



HAL
open science

Santé, Inégalités et Ruptures Sociales à Antananarivo

Isabelle Parizot, Faly Rakotomanana, Mireille Razafindrakoto, François Roubaud, Jean-Michel Wachsberger

► **To cite this version:**

Isabelle Parizot, Faly Rakotomanana, Mireille Razafindrakoto, François Roubaud, Jean-Michel Wachsberger. Santé, Inégalités et Ruptures Sociales à Antananarivo: Enquêtes 1-2-3, Premiers résultats. 2005. hal-03963048

HAL Id: hal-03963048

<https://hal.science/hal-03963048>

Preprint submitted on 30 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

DOCUMENT DE TRAVAIL

DT/2005-19

Santé, inégalités et ruptures sociales à Antananarivo

Premiers résultats de l'enquête SIRS 2003

Isabelle PARIZOT

Faly RAKOTOMANANA

Mireille RAZAFINDRAKOTO

François ROUBAUD

Jean-Michel WACHSBERGER

DIAL • 4, rue d'Enghien • 75010 Paris • Téléphone (33) 01 53 24 14 50 • Fax (33) 01 53 24 14 51

E-mail : dial@dial.prd.fr • Site : www.dial.prd.fr

SANTE, INEGALITE ET RUPTURES SOCIALES A ANTANANARIVO *ENQUETES 1-2-3, PREMIERS RESULTATS*

Isabelle Parizot
INSERM, Paris
parizot@u707.jussieu.fr

Faly Rakotomanana
INSTAT - DSM, Antananarivo
rakotomananafaly@yahoo.fr

Mireille Razafindrakoto
IRD, DIAL, Paris
razafindrakoto@dial.prd.fr

François Roubaud
IRD, DIAL, Paris
roubaud@dial.prd.fr

Jean-Michel Wachsberger
ERIS, DIAL, Paris
jean-michel.wachsberger@ensae.org

Document de travail DIAL
Décembre 2005

RESUMÉ

L'enquête « *Santé, inégalités et ruptures sociales* » (SIRS), conduite à Antananarivo en avril 2003 auprès d'un échantillon représentatif de 2807 personnes, fait partie d'un programme de recherche international qui entend comparer les relations entre la santé, les inégalités et les ruptures sociales dans différentes grandes villes du monde. L'hypothèse de départ est que les inégalités socio-économiques inscrites dans le territoire des villes se traduisent par des problèmes spécifiques de santé et de ruptures sociales et peuvent, dans certains cas, conduire à une dégradation tant de la sécurité sanitaire collective que de la cohésion sociale des populations. Le document présente les premiers résultats de cette enquête au travers de l'étude des différentes composantes du lien social à Antananarivo et de leurs rapports avec la santé. Quatre types de liens sont distingués : le lien de filiation, le lien de participation élective (relations d'amitiés, de voisinage, de couple, etc.), le lien de participation organique (lié à l'insertion économique des individus dans le système de production) et le lien de citoyenneté (assuré par un ensemble de droits civils et politiques).

Mots clés : Santé, inégalités, Ruptures sociales, lien social, pauvreté, quartiers

ABSTRACT

The *Health, Inequalities and Social Breakdown* (SIRS) survey carried out in Antananarivo in April 2003 on a representative sample of 2,807 people, is part of an international research programme designed to compare the relationships between health, inequalities and social breakdowns in different cities throughout the world. The initial assumption is that the socio-economic inequalities found within cities give rise to specific problems of health and social breakdowns and can, in certain cases, lead to deterioration in collective health security and in social cohesion within the population. The document presents the first results of this survey, with the study of the different components of social relationships in Antananarivo and the way they are related to health. Four types of relationship are distinguished: i) filiation; ii) elective participation (relationships with friends, neighbours, couple, etc.); iii) organic participation (relating to the individuals' economic integration in the production system) and iv) citizenship (concerning all civil and political rights).

Key Words : Health, inequalities, social breakdowns, social relationship, poverty, neighbourhoods.

JEL Code : I10, I30

Table des matières

AVANT-PROPOS	i
INTRODUCTION.....	6
1 L'INSERTION SOCIO-RELATIONNELLE	7
1.1 Les liens familiaux.....	7
1.1.1 Composition des ménages	7
1.1.2 Importance des liens familiaux	8
a) Descendance et fécondité.....	8
b) Sociabilité et entraide familiales	9
1.1.3 Force et fragilités des liens conjugaux.....	11
a) Importance et solidité des couples	12
b) Difficultés vécues au sein de la relation conjugale	14
1.1.4 Ruptures familiales dans l'enfance	15
a) Difficultés dans l'enfance	15
b) Jugement porté sur son enfance	16
1.2 Les liens de voisinage	16
1.2.1 Sociographie des quartiers	17
a) Niveau et concentration des revenus au sein des quartiers	17
b) Caractéristiques des quartiers	19
1.2.2 La vie de quartier	20
a) Ancrage dans le quartier	20
b) Insécurité et stigmatisation du quartier	22
c) Sociabilité et solidarité.....	24
1.2.3 La participation associative	26
1.3 L'essoufflement du Fihavanana ?.....	28
a) Le soutien social	28
b) Estime de soi et capacités d'adaptation.....	32
2 L'INTEGRATION PAR LE TRAVAIL ET LA PARTICIPATION CITOYENNE.....	33
2.1 La participation organique.....	33
2.1.1 La formation scolaire	34
a) Les niveaux de formation	34
b) Les parcours scolaires.....	35
2.1.2 L'insertion par le travail	37
a) Caractéristiques objectives du marché du travail.....	38
b) Rapport subjectif au travail.....	41
2.1.3 Jugement porté sur sa situation matérielle	43
2.2 L'intégration citoyenne.....	44
2.2.1 La gouvernance.....	45
a) La perception des usagers sur les institutions publiques.....	45
b) Corruption et absentéisme dans l'administration.....	46
2.2.2 Démocratie et participation politique.....	48
a) Adhésion aux principes démocratiques	48
b) Fonctionnement de la démocratie	49
c) Les Tananariviens et la politique : participation et politisation	51

3	LA SANTE ET L'INTEGRATION SOCIALE.....	55
3.1	Santé et recours aux soins.....	55
3.1.1	L'état de santé de la population	55
a)	La santé physique et mentale	55
b)	Demande de soins et recours aux soins médicaux	60
3.1.2	La perception des relations entre santé et situation sociale.....	65
a)	Comportements et habitudes de vie pouvant être liés à la santé	65
b)	Perception d'un impact de ses conditions de vie sur sa santé	66
c)	Perception d'un impact de problèmes de santé sur sa situation sociale	67
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	70

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Répartition des ménages selon le sexe du chef de ménage (en %).....	8
Tableau 2 :	Nombre moyen d'enfants par femme selon l'âge et le niveau de diplôme.....	9
Tableau 3 :	Fréquence des rencontres avec son père, sa mère ou ses enfants (en %).....	10
Tableau 4 :	Pourcentage d'adultes déclarant être hébergés par leur famille par classe d'âge et proportion d'entre eux n'habitant pas chez leurs parents (en %).....	10
Tableau 5 :	Soutien familial (pouvoir compter sur, avoir reçu et avoir dispensé une aide familiale) selon le type d'aide (en %).....	11
Tableau 6 :	Soutien familial (compter sur, avoir reçu et avoir dispensé une aide familiale) selon le niveau de revenus (en %).....	11
Tableau 7 :	Événements difficiles de la vie de couple selon le sexe (en %).....	14
Tableau 8 :	Difficultés vécues par les femmes dans leur(s) vie(s) de couple selon le niveau de revenu.....	14
Tableau 9 :	Proportion d'individus confrontés à des difficultés dans leur famille avant l'âge de 18 ans, selon leur niveau de revenus actuel.....	16
Tableau 10 :	Polarisation des quartiers	18
Tableau 11 :	Répartition des individus par quartier selon le niveau de richesse (en %).....	19
Tableau 12 :	Caractéristiques des logements et de l'environnement selon le type et le niveau de revenus moyen du quartier.....	19
Tableau 13 :	Composition sociologique des quartiers.....	20
Tableau 14 :	Appréciation des habitants sur leur logement et leur quartier selon le type de quartier.....	22
Tableau 15 :	Sentiment d'insécurité dans le quartier selon les revenus du ménage et le type de quartier (% de personnes ne se sentant pas en sécurité).....	23
Tableau 16 :	Problèmes de violence et de drogue selon le niveau de richesse du quartier (en %).....	23
Tableau 17 :	Réputation du quartier et relations sociales. % d'individus estimant que la mauvaise réputation du quartier a nui à leurs relations (collègues et amis, famille, recherche d'emploi) ou qu'elle leur a fait honte.....	24
Tableau 18 :	Pourcentage d'individus ayant des amis dans leur quartier de résidence.....	24
Tableau 19 :	Pourcentage d'individus ayant parlé plus de 6 fois avec des voisins lors de la semaine écoulée ..	25
Tableau 20 :	Pourcentage d'individus ayant de la famille dans leur quartier de résidence.....	25
Tableau 21 :	Participation aux activités d'une association selon le type d'association (en %).....	27
Tableau 22 :	Multi-participation associative : % d'adultes participant à des activités associatives, selon le niveau de revenu et le nombres d'associations fréquentées.....	27
Tableau 23 :	Pourcentage d'individus ayant reçu un soutien psychologique ou moral d'une association selon leur participation associative	28
Tableau 24 :	Ne pas être aidé par ses proches. Pourcentage de personnes n'ayant pas reçu d'aide au cours des 6 derniers mois	29
Tableau 25 :	L'interdépendance des sources d'aide. Proportion d'individus, parmi ceux n'étant pas aidés par l'une ou l'autre des sources de soutien, qui n'ont pas été aidés par les autres sources	29
Tableau 26 :	L'interdépendance des types d'aide. Proportion d'individus, parmi ceux n'ayant pas reçu un type d'aide particulier, qui n'ont pas non plus reçu les autres types d'aide (% par ligne).....	30

<i>Tableau 27 : Ne pas avoir aidé autrui lors des 6 derniers mois, selon le type d'aide et de destinataire.....</i>	<i>30</i>
<i>Tableau 28 : Position dans le système du soutien social selon le revenu (en %).....</i>	<i>31</i>
<i>Tableau 29 : L'estime de soi selon le sexe.....</i>	<i>32</i>
<i>Tableau 30 : Estime de soi selon le niveau de diplôme, la situation au regard de l'emploi et la position dans le système d'aide (en %).....</i>	<i>33</i>
<i>Tableau 31 : Sentiment d'être valorisé selon l'estime de soi et la confiance en soi (en %).....</i>	<i>33</i>
<i>Tableau 32 : Pourcentage d'adultes n'ayant aucun diplôme selon l'âge et le sexe.....</i>	<i>34</i>
<i>Tableau 33 : Difficultés à lire en Français selon l'âge et les revenus (en %).....</i>	<i>35</i>
<i>Tableau 34 : Répartition des niveaux de diplôme par génération (en %).....</i>	<i>35</i>
<i>Tableau 35 : Structure de la population active par catégorie socio-professionnelle (%).....</i>	<i>39</i>
<i>Tableau 36 : Caractéristiques de l'emploi principal par secteur institutionnel.....</i>	<i>40</i>
<i>Tableau 37 : Caractéristiques de l'emploi principal par secteur institutionnel et catégorie socio-professionnelle.....</i>	<i>41</i>
<i>Tableau 38 : Avantages sociaux selon le secteur d'activité (en %).....</i>	<i>41</i>
<i>Tableau 39 : Jugements portés sur son emploi selon le secteur d'activité (en %).....</i>	<i>42</i>
<i>Tableau 40 : Jugements portés sur son emploi selon la position socio-professionnelle (en %).....</i>	<i>42</i>
<i>Tableau 41 : La perception de la situation financière selon le niveau de revenu (en %).....</i>	<i>43</i>
<i>Tableau 42 : Jugements sur la vulnérabilité financière du ménage selon le revenu (en %).....</i>	<i>44</i>
<i>Tableau 43 : Incidence et coût de la corruption.....</i>	<i>47</i>
<i>Tableau 44 : Absentéisme des fonctionnaires (% d'individus confrontés).....</i>	<i>48</i>
<i>Tableau 45 : Le discrédit de la classe politique (en %).....</i>	<i>51</i>
<i>Tableau 46 : Participation électorale et raisons de l'abstention suivant le niveau de revenu (en %).....</i>	<i>52</i>
<i>Tableau 47 : Autres formes de participation politique selon le niveau de revenus (en %).....</i>	<i>53</i>
<i>Tableau 48 : La politisation des Tananariviens suivant le niveau de revenu (en %).....</i>	<i>54</i>
<i>Tableau 49 : Maladies graves ou chroniques selon le sexe (%déclarant être actuellement atteints par différentes maladies).....</i>	<i>57</i>
<i>Tableau 50 : Indicateurs d'estime de soi.....</i>	<i>59</i>
<i>Tableau 51 : Suivi médical selon le niveau de revenu et le niveau de diplôme.....</i>	<i>61</i>
<i>Tableau 52 : Habitudes de vie liées à la santé.....</i>	<i>65</i>
<i>Tableau 53 : Problèmes ressentis du fait de son état de santé (en %).....</i>	<i>67</i>
<i>Tableau 54 : Impact négatif de problèmes de santé sur la situation sociale des individus.....</i>	<i>68</i>

Liste des graphiques

<i>Graphique 1 : Ancienneté moyenne du couple selon le sexe et la classe d'âge.....</i>	<i>12</i>
<i>Graphique 2 : Proportion de personnes vivant en couple selon le sexe et l'âge.....</i>	<i>13</i>
<i>Graphique 3 : Situation familiale des femmes ne vivant pas en couple, selon leur âge.....</i>	<i>13</i>
<i>Graphique 4 : Répartition des quartiers selon leur niveau moyen de revenu et leur niveau de concentration.....</i>	<i>18</i>
<i>Graphique 5 : Proportion de personnes nées dans leur actuel quartier de résidence, selon l'âge et selon le revenu moyen du quartier.....</i>	<i>21</i>
<i>Graphique 6 : Proportion d'individus aidés par des voisins au cours des 6 derniers mois selon le type de quartier de résidence.....</i>	<i>26</i>
<i>Graphique 7 : Niveau de diplôme selon la scolarisation du père et de la mère.....</i>	<i>36</i>
<i>Graphique 8 : Confiance des individus dans les différentes institutions publiques.....</i>	<i>45</i>
<i>Graphique 9 : Opinions sur le respect des principes fondamentaux de la démocratie.....</i>	<i>50</i>
<i>Graphique 10 : Importance de la politique dans la vie des Tananariviens.....</i>	<i>54</i>
<i>Graphique 11 : Problèmes avec l'alcool ou la drogue (% de personnes déclarant avoir eu de tels problèmes depuis l'âge de 18 ans).....</i>	<i>66</i>

AVANT-PROPOS

Les résultats d'enquête présentés ici s'inscrivent dans un schéma d'études et de collaborations originales qui mérite d'être précisé.

Le programme « Santé, Inégalités et Ruptures Sociales » (SIRS) pour le suivi et l'évaluation des stratégies de développement.

Ce programme de recherche se propose de comparer les relations entre la santé, les inégalités et les ruptures sociales dans les grandes métropoles situées dans différentes régions du monde (Abidjan, Antananarivo, New York, Paris, Sao Paulo et Varsovie). L'hypothèse de base qu'il s'agit de valider est que les inégalités socio-économiques inscrites dans le territoire de ces métropoles se traduisent par des problèmes spécifiques de santé et de ruptures sociales et peuvent, dans certains cas, conduire à une dégradation tant de la sécurité sanitaire collective que de la cohésion sociale des populations. Ce projet international entend mettre à l'épreuve la thèse de l'homogénéisation des effets de la mondialisation de l'économie sur les populations défavorisées. Il part de l'hypothèse que la pauvreté et l'exclusion sociale peuvent prendre des formes différentes dans chaque société en raison à la fois de particularités de la structure sociale (plus ou moins fortes inégalités), des caractéristiques du développement économique et du marché de l'emploi, des modes d'intervention des pouvoirs publics (politique urbaine, sanitaire et sociale) et du rôle des solidarités primaires (familiales et communautaires). La recherche prendra en compte de façon comparative l'ensemble de ces dimensions. Il s'agira d'analyser à la fois les processus macro-économiques et macro-sociologiques à l'œuvre dans chaque métropole, les représentations collectives des mutations en cours et les expériences vécues (modes d'adaptation et de résistance) des populations confrontées à la précarité professionnelle, au chômage et à l'exclusion sociale. La matière première de ce programme scientifique est basée sur la réalisation d'enquêtes dans chacune des six métropoles à partir de 2003, dont le tronc commun a été établi au cours d'ateliers réalisés en 2001 et 2002. Ce programme implique l'EHESS, l'INSERM, l'INED et l'IRD, ainsi que des équipes de recherche dans chacun des pays des six métropoles concernées (Brésil, Côte d'Ivoire, Etats-Unis, France, Madagascar, Pologne).

Le principe de greffe d'enquête : une méthodologie consolidée.

L'enquête SIRS à Madagascar menée par une équipe conjointe de l'INSTAT et de l'IRD/DIAL (d'abord dans le cadre du projet MADIO, puis dans une collaboration bilatérale, à l'échéance du projet), a été réalisée à Antananarivo en avril 2003. En prenant appui sur le dispositif d'*enquêtes 1-2-3* mises en place sur une base annuelle depuis 1995 par le projet MADIO, l'enquête SIRS a été greffée sur la phase 1 de l'*enquête 1-2-3*, (enquête-emploi) sur un échantillon représentatif de 3 000 Tananariviens de 18 et plus appartenant aux 3.000 ménages de l'enquête-emploi. L'enquête SIRS à Madagascar constitue la première enquête en grandeur réelle des six opérations prévues dans le cadre du programme international.

Une collaboration scientifique réussie et multiforme.

Signes évidents de la réussite de cette opération : la cohérence interne des résultats, l'appropriation de la méthode de conduite, de traitement et d'analyse de l'enquête portant sur ces thématiques nouvelles. L'opération menée sur le terrain par une équipe de l'INSTAT a bénéficié de l'appui technique de **Mireille RAZAFINDRAKOTO** et **François ROUBAUD**, chercheurs à DIAL, ainsi que de **Isabelle PARIZOT**, chercheur de l'INSERM, coordonnatrice du programme SIRS, qui a participé à la formation des enquêteurs et des superviseurs, ainsi qu'au lancement de l'enquête sur le terrain.

La conduite des travaux de cette enquête a été placée sous la coordination technique et administrative de **Faly RAKOTOMANANA**, la responsabilité technique des opérations a été l'œuvre de ce dernier en collaboration avec **Irène RABEMANJARA**, qui ont mené de main de maître ce travail à son terme, en dirigeant de bout en bout les opérations de collecte et de traitement. La publication des premiers résultats, objet de la présente contribution, a été rédigée par **Isabelle PARIZOT**, **Faly RAKOTOMANANA**, **Mireille RAZAFINDRAKOTO**, **François ROUBAUD** et

Jean-Michel WACHSBERGER. Ces premiers résultats annoncent une série d'autres publications spécifiques à partir des données de la présente enquête.

L'INSTAT et DIAL espèrent vivement que la mise à disposition des informations et analyses tirées de l'enquête SIRS contribuera à une meilleure compréhension des dynamiques de la pauvreté et de l'exclusion, afin d'éclairer les politiques dans ce domaine qui, en dernière analyse, visent à améliorer le bien-être des populations.

Remerciements

Nous tenons à remercier la Coopération française qui a assuré le financement de la première phase de l'*enquête 1-2-3* (enquête-emploi) dans le cadre du projet MADIO, tandis que DIAL (unité de recherche CIPRE de l'IRD) prenait en charge l'ensemble des coûts de l'enquête SIRS.

Nous tenons également à féliciter l'équipe des enquêteurs et des superviseurs qui ont travaillé dans des conditions parfois difficiles, et surtout **l'ensemble des 3.000 ménages qui ont répondu à cette enquête**, notamment les plus démunis d'entre eux, qui ont accepté de distraire quelques moments de leur temps précieux, le plus souvent consacré à la recherche d'activités économiques susceptibles de leur procurer des conditions de vie décentes et dignes. Nous espérons que ces instants offerts gratuitement contribueront, à travers l'utilisation des résultats de ce travail, à œuvrer dans le sens de ces objectifs légitimes.

Jean RAZAFINDRAVONA

Directeur Général de l'INSTAT

François ROUBAUD

Directeur de l'UR CIPRE/IRD

L'enquête « *Santé, inégalités et ruptures sociales* » (SIRS) a été conduite à Antananarivo en avril 2003, auprès d'un échantillon représentatif de 2807 personnes, dans le cadre du projet MADIO, dans le cadre d'un partenariat de long terme entre DIAL-IRD et l'INSTAT. Elle a permis de recueillir des informations sur les conditions de vie, l'intégration sociale ainsi que la santé et le recours aux soins – informations riches et nombreuses rarement, voire jamais, renseignées de façon représentative à Madagascar. Cette enquête fait partie d'un programme de recherche international qui entend comparer les relations entre la santé, les inégalités et les ruptures sociales dans différentes grandes villes du monde. L'hypothèse de départ est que les inégalités socio-économiques inscrites dans le territoire des villes se traduisent par des problèmes spécifiques de santé et de ruptures sociales et peuvent, dans certains cas, conduire à une dégradation tant de la sécurité sanitaire collective que de la cohésion sociale des populations.

Ce projet international et pluridisciplinaire trouve son origine dans un contexte de mondialisation et de libéralisme économique conduisant à une fragilisation croissante de certaines franges de la population. Il part du constat que la pauvreté et l'exclusion sociale peuvent prendre des formes différentes dans chaque société - en raison à la fois des particularités de la structure sociale, des caractéristiques du développement économique et du marché de l'emploi, des modes d'intervention des pouvoirs publics et du rôle des solidarités primaires (familiales et communautaires) – mais qu'elles se traduisent partout par des inégalités de santé et des situations sanitaires dégradées.

L'originalité de cette enquête tient aussi au fait qu'elle confronte systématiquement les situations concrètes des individus et les perceptions subjectives qu'ils ont de ces situations. Elle s'attache particulièrement à rendre compte des différentes composantes du lien social. Quatre dimensions sont distinguées : le lien de filiation, le lien de participation élective (relations d'amitiés, de voisinage, de couple, etc.), le lien de participation organique (lié à l'insertion économique des individus dans le système de production) et le lien de citoyenneté (assuré par un ensemble de droits civils et politiques). Chacune des dimensions du lien social contribue à l'intégration sociale des individus en leur assurant protection et reconnaissance. En regard de l'étude de ces liens, l'objectif était aussi d'avancer dans la compréhension des déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins.

Les liens familiaux

Les ménages d'une seule personne sont très rares (3%) au regard de ce que l'on constate dans les grandes capitales d'Afrique de l'Ouest ainsi que des métropoles occidentales. **La majorité (47%) des ménages sont des familles nucléaires** alors que les ménages élargis représentent 43% des ménages. On compte aussi 5% de familles monoparentales, essentiellement des femmes seules avec un ou plusieurs enfants.

Dans leur immense majorité, les habitants d'Antananarivo jugent très positivement les relations qu'ils ont avec les membres proches de leur famille. Cette qualité des relations familiales se retrouve dans la fréquence de leurs rencontres. Plus de 60% des individus concernés et n'habitant pas avec leur père, leur mère ou leurs enfants disent les rencontrer au moins une fois par mois et bien rares sont ceux qui les rencontrent moins d'une fois par an. Elle se retrouve également dans le fait que les 3/4 des Tananariviens adultes (et 83% des plus pauvres) ont des membres de leur famille qui vivent dans le même quartier qu'eux. L'entraide familiale est très fréquente également. Près de 80% des Tananariviens estiment pouvoir compter sur une aide familiale et, de fait, les 3/4 d'entre eux ont bénéficié d'au moins une aide financière, d'un coup de main dans la vie quotidienne ou d'un soutien psychologique ou moral au cours des 6 derniers mois.

La relation de couple est tout particulièrement valorisée : 80% des personnes interrogées estiment très important le fait de vivre avec un partenaire avec lequel on s'entend bien. Les couples apparaissent plutôt solides et se constituent relativement jeunes.

La protection assurée par la famille n'est cependant pas généralisée. Elle touche différemment les individus selon leur niveau de revenu (mais aussi selon leur genre) : **21% des Tananariviens n'ont reçu, au cours des six derniers mois, aucune aide d'aucune sorte de la part de leur famille**, les pauvres plus fréquemment que les autres. Cette carence relative en soutien social des plus pauvres se

retrouve pour presque tous les types d'aide, y compris les aides dans la vie quotidienne et le soutien affectif.

Bien que fortement valorisée, la vie de couple peut se révéler très pénalisante pour les femmes. **20% des femmes vivant ou ayant vécu en couple subissent ou ont subi des violences conjugales**, 30% se sont déjà senties dévalorisées par la personne avec qui elles vivaient, 23 % souffrent de l'alcoolisme ou la toxicomanie de leur conjoint **Ces expériences, bien que susceptibles d'affecter les femmes de tout niveau social, sont plus fréquemment relatées par les plus pauvres**, tout particulièrement la violence et la dévalorisation.

Les liens de voisinage

La population n'est pas socialement répartie aléatoirement sur le territoire : un quart des quartiers n'ont aucun ménage du premier décile, ce qui indique l'exclusion des plus pauvres d'un grand nombre de quartiers. C'est moins vrai à l'autre extrémité de l'échelle des revenus : 13% des voisinages ne comptent aucun ménage du dernier décile (les plus riches). On constate également que 18% des quartiers ne comprennent aucune famille monoparentale et 7% ne comptent aucun ménage élargi.

On constate des inégalités importantes dans l'équipement des logements. Le raccordement à l'eau et l'accès à des toilettes avec fosse septique se révèlent être des facteurs particulièrement discriminants. Dans les quartiers pauvres (les 25% des quartiers dont le revenu moyen est le plus faible), moins de 10% des individus ont l'eau courante et 3% seulement ont des WC avec fosse septique contre respectivement 85% et 72% des individus habitant dans les quartiers riches. L'environnement est aussi plus dégradé et le surpeuplement des logements plus élevé dans les quartiers pauvres (en moyenne 3,5 personnes/pièce contre 1,8 dans les quartiers riches).

Les quartiers les plus pauvres se caractérisent par le faible niveau de formation scolaire de leurs habitants : dans le quart des quartiers les plus pauvres, 39% des adultes n'ont aucun diplôme et moins de 10% d'entre eux ont le Baccalauréat ou un diplôme supérieur, contre respectivement 11% et 43% des adultes habitant dans le quart des quartiers les plus riches. Ils se distinguent aussi des autres par la très forte proportion d'actifs occupés dans la population adulte. Cette différence marquée entre les quartiers **traduit la nécessité, dans les ménages les plus défavorisés, que tous les membres adultes du ménage, et en particulier les femmes, exercent une activité rémunérée**.

D'une façon générale, la mobilité géographique est faible à Madagascar mais **l'ancrage dans le quartier est tout particulièrement affirmé dans les quartiers pauvres**. Ces derniers connaissent souvent aussi des relations sociales dégradées. Pourtant, dans l'ensemble, l'attachement au quartier de résidence est important : 87% des Tananariviens (84% des habitants des quartiers pauvres) ne souhaitent pas déménager et seuls 16% répondent qu'ils déménageraient s'ils en avaient le choix.

Au delà de ses caractéristiques physiques, le quartier peut aussi exercer sur ses habitants un ensemble de contraintes spécifiques, susceptibles de peser sur les trajectoires sociales des individus et sur leur bien-être. Deux de ces caractéristiques risquent en particulier d'avoir des effets délétères sur les individus : le sentiment d'insécurité et la mauvaise réputation. La première est assez répandue à Antananarivo puisqu'en moyenne **20% des adultes se sentent en insécurité dans leur quartier** (et ce sentiment diminue régulièrement avec le niveau de richesse du quartier). Le sentiment d'insécurité est étroitement corrélé à la perception de problèmes de violence et de drogue dans le quartier. De tels problèmes sont fréquemment mentionnés : **31% des individus estiment qu'il y a des problèmes de violence dans leur quartier**.

Les quartiers, et plus particulièrement les quartiers les plus pauvres, sont des lieux importants de sociabilité : 91% des individus disent avoir de bonnes ou très bonnes relations avec leurs voisins et 84% ont des amis dans leur quartier. **A l'inverse, les habitants d'Antananarivo ont un jugement très mesuré sur les solidarités de voisinage**, la majorité d'entre eux (52%) déclarant qu'il n'y en a qu'un peu. De fait, plus de 70% des individus n'ont échangé aucun service avec leurs voisins au cours de la semaine précédant l'enquête et seuls 16% ont échangé plus d'un service. Dans les quartiers pauvres à forte concentration de pauvreté, le risque de n'avoir reçu aucune aide d'aucune sorte, même

s'il demeure très important, est bien plus faible que dans les quartiers riches (76% contre 83%). Soulignons enfin que dans les quartiers pauvres, la participation à des associations locales (animation, défense du quartier, ...) est beaucoup plus fréquente que dans les autres : elle concerne respectivement 49% et 41% des habitants.

L'essoufflement du Fihavanana ?

Quiconque a mis un jour les pieds à Madagascar a entendu parlé du Fihavanana. Ce terme que certains estiment intraduisible renvoie au caractère extrêmement pacifié des relations interpersonnelles et au soutien indéfectible, non seulement de la famille (havana) mais aussi des voisins et amis, dont bénéficieraient les individus. Le Fihavanana implique un ordre social dans lequel chacun est reconnu dans la place qu'il occupe. **Or, un cinquième des adultes estime n'avoir reçu aucune aide au cours des six derniers mois, ni de leurs proches, ni d'institutions, services publics ou associations, et ce dans aucun des domaines interrogés** (aide pour trouver un logement, un emploi, aide matérielle ou financière, aide dans la vie quotidienne, soutien moral ou affectif). Les différentes aides reçues sont par ailleurs étroitement corrélées et, loin de se substituer les uns aux autres ou de se compenser, les sources et types d'aides se renforcent mutuellement, amplifiant par là même les inégalités entre les individus, les plus pauvres étant aussi les moins fréquemment aidés (26 % d'entre eux n'ont reçu aucune aide d'aucune sorte).

De plus, **12% des adultes ont été en dehors du réseau d'aide entre proches au cours des six derniers mois** (cette proportion est deux fois plus importante parmi les personnes les plus pauvres - 16% - que parmi les plus riches). Cependant, et de façon étonnante, ces individus en dehors du réseau d'aide (n'ayant ni reçu ni donné aucune aide d'aucune sorte dans le réseau de la famille, des amis et des voisins) ont en moyenne une relativement forte estime de soi¹. Cela peut traduire une certaine fierté liée à l'indépendance vis-à-vis de l'aide, ce qui pourrait signifier qu'être en dehors du réseau d'aide est moins une exclusion qu'un choix stratégique

L'enquête SIRS ayant été menée auprès de ménages ordinaires, l'échantillon exclut par définition l'ensemble des personnes sans-abri au moment de l'enquête. Toutefois, un questionnement rétrospectif a permis de repérer ce type de situations vécues par le passé. Au total, **6% des Tananariviens vivant en ménage ordinaire ont déjà été sans domicile au moins une nuit dans leur vie** (c'est-à-dire à la rue ou dans un centre d'hébergement pour sans-abri, hors période de vacances). Cette proportion apparaît cependant relativement faible en comparaison d'autres pays ; à titre de comparaison, dans des quartiers défavorisés de la capitale française, 15% de la population adulte (interrogée en 2003) avaient été au moins une nuit sans domicile.

Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes avoir une faible estime de soi. L'importance de cette dévalorisation subjective des femmes est un indicateur fort de l'inégalité des sexes en matière de reconnaissance sociale.

L'insertion par le travail

Parmi les personnes âgées d'au moins 18 ans, 18% des hommes et 28% des femmes n'ont aucun diplôme. En dehors de la détention d'un titre scolaire, 13% (16% des femmes) ont des difficultés à lire le Malgache, et 41% (46% des femmes) à lire le Français. Par ailleurs, **85% des adultes disent avoir été contraints d'arrêter leurs études**, dont une moitié (45%) pour des raisons financières et/ou un tiers pour travailler.

Il existe une certaine reproduction sociale, entre parents et enfants, quant à l'accès aux formations qualifiantes. **Le niveau de diplôme des individus est fortement lié à celui de leurs parents.** Ainsi, 56% des personnes dont le père n'a pas été scolarisé ne possèdent aucun diplôme, alors que ce n'est le cas de quasiment aucune des personnes dont le père ou la mère a suivi des études supérieures.

¹ L'estime de soi correspond à l'appréciation subjective que les individus ont d'eux-mêmes mais est aussi en partie le reflet intériorisé de son image sociale.

Inversement, être diplômé du supérieur ne concerne que 3% des personnes dont le père n'a jamais été à l'école, mais 38% de celles dont le père a lui-même poursuivi ses études au-delà du Baccalauréat.

Les données recueillies sur l'emploi et le rapport au travail sont fortement affectées par la crise politique et économique de 2002 et marquent **un recul important de l'emploi formel, de la salarisation, des revenus réels, du travail et des avantages sociaux**. Elles pointent parallèlement une montée du chômage et du sous-emploi. Ces variations globales affectent pourtant très différemment les individus selon leur catégorie socioprofessionnelle, le secteur dans lequel ils travaillent, leur âge, leur sexe. Elles confirment alors la diversité des situations d'emploi à Antananarivo et, partant, l'inégalité de leurs effets sur l'insertion sociale des individus.

Les actifs occupés marquent un rapport ambigu au travail. Si 83 % d'entre eux jugent intéressant ou très intéressant leur emploi actuel, ils ne sont que 46 % en moyenne à dire être fier de travailler pour l'organisation pour laquelle ils travaillent. Par ailleurs, ils sont nombreux à estimer que leur travail est stressant (44 %) et qu'il les empêche de consacrer le temps qu'ils souhaitent à leur famille (45 %). Enfin, **les trois quarts des personnes qui travaillent disent rentrer épuisées de leur travail**.

L'intégration citoyenne

Le jugement des Tananariviens sur le fonctionnement de l'administration publique est largement positif, quelque soit leur âge, leur sexe ou leur position sociale : 72 % la jugeaient efficace. La conséquence directe de cette opinion favorable est le fort niveau de confiance que la population accorde aux institutions publiques. Pris globalement, **trois Tananariviens sur quatre font confiance à l'administration** (en général) dans l'accomplissement de sa mission.

Ils déplorent cependant un certain nombre de dysfonctionnements. Parmi ceux qui ont eu des relations avec l'administration au cours de l'année, **plus d'un Tananarivien sur quatre a été victime d'au moins un acte de corruption**. La ponction de la corruption affecte d'abord les plus pauvres. En effet parmi les victimes, les ménages du quartile le plus pauvre ont dû verser 8 % de leur revenu à des fonctionnaires indéliçats, contre 2 % pour le quartile le plus riche. De plus, **près d'un tiers des administrés n'ont pas trouvé les fonctionnaires à leur poste au moment où ils avaient besoin d'eux**.

Toutes les catégories de population approuvent majoritairement la démocratie. Quelle que soit la variable socio-démographique considérée, la démocratie recueille toujours plus de 85 % de partisans et **près des trois quarts des Tananariviens sont globalement satisfaits de la manière dont les principes démocratiques sont mis en œuvre dans le pays**.

Avec un taux déclaré de 73 % à la dernière élection présidentielle de 2001, dans un pays où le vote n'est pas obligatoire, la participation électorale peut être considérée comme élevée à l'aune des standards internationaux. Cette participation certes plus fréquente chez les hommes (76%) est cependant également très importante chez les femmes (71%), ce qui mérite d'être souligné.

Près d'un Tananarivien sur deux (48 %) a participé à au moins une action politique de type pétition, grève ou manifestation, au cours de sa vie. On est donc loin de l'apathie citoyenne souvent dénoncée, comme caractéristique des pays pauvres. Si les plus pauvres ont moins souvent été impliqués dans une forme ou une autre de mouvement politique, cette implication n'a cependant pas été négligeable. (39 % vs 53 % des adultes appartenant au quartile de revenu le plus élevé).

Etat de santé

La grande majorité (79%) des Tananariviens de plus de 18 ans estime être en bonne santé. Comme dans la plupart des enquêtes sur la santé, les femmes se déclarent moins souvent en bonne santé que les hommes (63% vs 75%), les plus pauvres moins souvent que les plus riches (62% vs 74%) les non diplômés moins souvent que les diplômés du supérieur (65% vs 75%). Ces données sur l'état de santé ressentie sont très proches de celles qu'on observe par exemple en France. Ce résultat peut surprendre mais il s'agit là de données sur la santé perçue et non sur la santé réelle. Ainsi, un état

de santé dégradé peut être considéré comme « normal » lorsqu'il est partagé par de nombreuses personnes autour de soi, ou que l'on n'a pas les moyens d'y remédier.

Néanmoins les deux tiers des Tananariviens désignent sur une liste au moins un problème de santé, les maladies graves ou chroniques les plus fréquemment mentionnées étant celles touchant le système digestif (pour 29% des enquêtés), puis la migraine (23%) et les troubles importants du sommeil (16%). La population d'Antananarivo rencontre également fréquemment des problèmes de santé dentaire. **Plus d'un adulte sur dix a perdu toutes ou presque toutes ses dents.** La santé dentaire des femmes apparaît significativement plus dégradée que celle des hommes. **Près de la moitié des enquêtés estiment avoir des dents à soigner** mais seulement un tiers d'entre eux a consulté pour ces problèmes. Par ailleurs, environ **9% de la population présente un profil compatible avec des symptômes de dépression.** Parmi eux, seuls 19% ont parlé de ces problèmes à un médecin ou un personnel de santé (sans différence selon le niveau de revenus ni le niveau d'étude). Lorsqu'on interroge ceux qui n'ont pas consulté pour leurs symptômes de dépression, 52% disent que « ce n'est pas un problème qui relève d'un médecin », 53% que « cela passera tout seul, ce n'est pas grave » et 19% qu'ils se soignent tout seuls. Toutefois, 46% répondent aussi que ce non recours est lié à des problèmes financiers et 18% expliquent qu'ils ne savent pas à qui s'adresser et/ou ne connaissent pas de médecin pour cela.

Inégalités sociales et recours aux soins

La protection sociale contre la maladie est peu développée : un tiers de la population majeure a déjà eu, au cours de sa vie, une couverture maladie et, **au moment de l'enquête, 24% bénéficiaient d'un système de prise en charge des frais médicaux.** Le bénéfice d'une couverture maladie est d'autant plus fréquent que le niveau de diplôme des individus est élevé (43% des diplômés du supérieur contre 12% des non-diplômés) et que leurs ressources financières sont élevées (45% dans le quartile le plus riche, contre 13% dans le plus pauvre).

Dans la population, **68% des adultes ont un professionnel de santé régulier** qui les connaît déjà et qu'ils vont consulter en priorité s'ils sont malades. Ce taux est extrêmement corrélé au niveau de revenus, de diplôme et à la protection sociale. Par ailleurs, ce « suivi » médical est davantage répandu parmi les personnes souffrant d'au moins une maladie grave ou chronique. Mais il faut souligner que **30% des personnes déclarant souffrir d'au moins deux problèmes de santé chroniques n'ont pas de médecin régulier.** Les explications les plus fréquemment avancées pour ne pas avoir de médecin régulier sont le manque de ressources financières (42%) et l'absence de besoins ressentis (37%). 14% déclarent recourir à la médecine traditionnelle (*mpanotra*, guérisseurs, etc.). Soulignons cependant que le recours à ce type de médecine n'est pas exclusif d'un recours à la médecine moderne : parmi les personnes qui expliquent qu'elles n'ont pas de médecin régulier parce qu'elles ont d'autres types de recours, 37% ont néanmoins consulté un médecin au cours de l'année précédente.

Les consultations et examens de prévention sont davantage pratiqués par les personnes les plus riches et les plus diplômées. C'est notamment le cas des recours médicaux préventifs, ainsi que du recours au test de dépistage contre le VIH-sida (seuls 5% des adultes déclarent avoir déjà eu au cours de leur vie un tel test). De même, **le suivi gynécologique est encore peu développé à Antananarivo.** Seules 11% des femmes en effet sont suivies régulièrement pour les questions de gynécologie – et ce de façon beaucoup moins fréquente parmi les femmes les moins riches et les moins instruites.

Au cours du mois précédent l'enquête, 37% de la population a consommé des médicaments. Cette consommation est bien sûr liée à l'état de santé ressentie. Pourtant, et bien qu'elles soient globalement en meilleure santé, **les personnes les plus riches sont les plus nombreuses à consommer des médicaments** : 42% ont consommé au moins une fois des médicaments au cours du dernier mois, contre 33% des plus pauvres. **L'automédication est une pratique fréquente et similaire pour tous les niveaux d'éducation et de revenus** : 78% des personnes ayant consommé des médicaments au cours des quatre dernières semaines l'ont fait au moins une fois sans avis médical.

Un quart des Tananariviens (de plus de 18 ans) déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières lors de l'année écoulée. Dans 88% des cas, les soins auxquels ils ont dû renoncer

leur paraissent tout à fait ou assez importants. Il s'agit surtout de soins dentaires (15%), de consultations ou soins médicaux (10%) et de médicaments (5%). Un tel renoncement est évidemment corrélé aux revenus du ménage : 34% des personnes les plus pauvres ont connu un tel renoncement, soit deux fois plus que les personnes aux revenus les plus élevés. Le bénéfice d'une couverture sociale maladie semble protéger d'un tel renoncement, mais pas totalement (20% des personnes ayant une telle couverture ont renoncé à des soins, vs 26% des autres). Au total, **un tiers des Tananariens disent s'occuper de leur santé moins souvent qu'ils ne le souhaiteraient**, la première explication avancée étant un manque d'argent (dans 84% des cas), puis un manque de temps (40%) et d'autres préoccupations (24%).

Liens entre conditions de vie, situation sociale et santé

On le sait, certains comportements et habitudes de vie peuvent contribuer à préserver sa santé ou, au contraire, être péjoratif pour la santé, par exemple les habitudes alimentaires. Or sur ce point, de nombreuses personnes à Antananarivo ne consomment pas régulièrement des produits pourtant essentiels. Ainsi, **un tiers de la population adulte consomme moins d'une fois par mois du lait ou des produits laitiers** ; 12% ne mangent pas tous les mois des fruits ou légumes crus. Concernant les sources de protéines animales, les enquêtés sont 49% à manger du poisson et 64% à manger de la viande plusieurs fois par semaine. Ces comportements alimentaires dépendent de la situation financière des ménages, de même que le tabagisme et l'alcoolisme. **Chez les hommes, les plus pauvres sont les plus nombreux à fumer** (36% fument dans le quartile de revenus le plus bas, contre 23% dans le quartile le plus riche). Chez les femmes à l'inverse, le tabagisme est le moins répandu dans les catégories défavorisées. Les 2/3 de la population déclarent ne pas consommer de boissons alcoolisées ; 40% de ceux qui consomment de telles boissons, soit **14% de la population totale, ont une consommation excessive d'alcool**. D'une façon générale, les femmes boivent moins souvent de l'alcool que les hommes mais, lorsqu'elles le font, elles sont autant qu'eux à boire de façon excessive. Globalement, un homme sur cinq (soit trois fois plus que les femmes) déclare avoir eu des problèmes avec l'alcool ou la drogue au cours de sa vie.

Près d'un tiers des enquêtés estiment que certaines choses dans leur vie nuisent à leur santé physique, psychologique ou à leur moral. Cette proportion ne diffère pas de façon significative selon le sexe ni l'âge des personnes. Elle augmente par contre lorsqu'on descend dans la hiérarchie des diplômes et est particulièrement élevée parmi les plus pauvres. Trois grands types de situation sont mentionnés par 13% des Tananariens comme nuisant à leur santé : les problèmes économiques ou financiers, les conditions de travail (ou la situation de non emploi) et, enfin, les habitudes de vie ou l'alimentation. **Parmi les actifs occupés, ceux qui travaillent dans le secteur informel jugent plus souvent que les autres que leurs conditions de travail nuisent à leur santé**.

Dans l'autre sens de la causalité entre santé et situation sociale, des problèmes de santé peuvent avoir différentes conséquences sur la situation sociale. Six domaines susceptibles d'être affectés étaient interrogés : le travail, la vie sociale, les relations avec les autres membres du foyer, l'entretien de la maison, les loisirs et la vie sexuelle. Au total, 12% des Tananariens ressentent des conséquences négatives de leur santé dans au moins un domaine. **10% des Tananariens estiment que leur état de santé leur pose des difficultés pour travailler**. Par ailleurs, 14% de la population estiment que problèmes de santé, des accidents corporels ou des maladies survenus au cours de leur vie ont entraîné de graves problèmes d'argent. Au total, **c'est plus d'un Tananarivien sur quatre qui estime que des problèmes de santé ont eu un impact négatif sur sa situation sociale ou son mode de vie**.

INTRODUCTION

L'enquête « Santé, inégalités et ruptures sociales » (SIRS) a été menée à Antananarivo en 2003, auprès d'un échantillon représentatif de 2807 personnes. Elle a permis de recueillir des informations sur les conditions de vie, l'intégration sociale ainsi que la santé et recours aux soins – informations riches et nombreuses, rarement voire jamais renseignées de façon représentative à Madagascar. Mais cette enquête fait aussi partie d'un programme de recherche international qui entend comparer les relations entre la santé, les inégalités et les ruptures sociales dans différentes grandes villes du monde. L'hypothèse de base est que les inégalités socio-économiques inscrites dans le territoire des villes se traduisent par des problèmes spécifiques de santé et de ruptures sociales. Elles peuvent, dans certains cas, conduire à une dégradation tant de la sécurité sanitaire collective que de la cohésion sociale des populations.

Ce projet international, qui trouve son origine dans un contexte de mondialisation et de mutation du marché du travail conduisant à une fragilisation croissante de certaines franges de la population, entend néanmoins mettre à l'épreuve la thèse de l'homogénéisation des effets de l'internationalisation de l'économie sur les populations défavorisées. Il part de l'hypothèse que la pauvreté et l'exclusion sociale peuvent prendre des formes différentes dans chaque société en raison à la fois des particularités de la structure sociale (plus ou moins fortes inégalités), des caractéristiques du développement économique et du marché du travail, des modes d'intervention des pouvoirs publics (politique urbaine, sanitaire et sociale, politiques de citoyenneté) et du rôle des solidarités primaires (familiales et communautaires). La recherche prend en compte de façon comparative l'ensemble de ces dimensions. Il s'agit d'analyser à la fois, et conjointement, les processus macro-économiques et macro-sociologiques à l'œuvre dans chaque métropole, les représentations collectives des mutations en cours, ainsi que les expériences vécues des populations et leurs modes d'adaptation au développement urbain, à la précarité professionnelle, au chômage et à l'exclusion sociale. L'originalité de cette enquête tient donc aussi au fait qu'elle se donne les moyens de confronter systématiquement les situations concrètes des individus et les perceptions subjectives qu'ils ont de ces situations.

L'enquête SIRS s'attache tout particulièrement à rendre compte des différentes composantes du lien social. Quatre dimensions sont distinguées (Paugam, 2005)². **Le lien de filiation** est celui qui rattache l'individu à sa famille. Source première et nécessaire de l'intégration des personnes, il est cependant insuffisant pour assurer une réelle intégration dans des sociétés où l'ordre social n'est pas essentiellement réglé par les relations familiales. Néanmoins, du fait qu'il est bien souvent plus solide et plus durable, il constitue un filet de sécurité essentiel. **Le lien de participation élective** est celui qui résulte des relations librement choisies par les individus (relations d'amitiés, relations de voisinage, relations de couple, ...). Plus moderne, puisqu'il se développe avec l'indépendance croissante des individus à l'égard des tutelles qui auparavant les contraignaient dans leurs choix, il est aussi souvent plus fragile et plus sélectif : il nécessite en effet un certain nombre de ressources pour se développer (capital économique, capital social, capital humain, estime de soi, ...) qui s'avèrent inégalement distribuées dans l'espace social. **Le lien de participation organique** est lié à l'insertion économique des individus dans le système de production. Il résulte des formes particulières du marché du travail mais aussi de l'état de développement et de l'efficacité du système scolaire. Essentiel dans des sociétés productives dans lesquelles le statut social dépend du degré et du niveau de participation à la production de richesses, il se révèle plus incertain depuis une vingtaine d'années en raison des mutations du marché du travail. Enfin, **le lien de citoyenneté** est celui qui rattache directement l'individu à la société toute entière. Il est assuré par un ensemble de droits civils et politiques et se traduit par le sentiment d'appartenance collective et la participation à la chose commune. Il dépend donc beaucoup des politiques publiques d'intégration citoyenne.

Chacune des dimensions du lien social contribue à l'intégration sociale des individus en leur assurant protection et reconnaissance. Aucune ne suffit cependant à garantir cette intégration, même celle-ci ne

² Cette typologie a été élaborée par Serge Paugam dans le cadre de son séminaire de direction d'études à l'EHESS sur "Sociologie des inégalités et des ruptures sociales" en 2003-2004 et en 2004-2005.

nécessite pas systématiquement que tous les liens sociaux soient développés à même hauteur. Bien que ces dimensions soient déterminées par des processus différents, elles ne sont pas indépendantes les unes des autres. La faiblesse d'une des dimensions du lien social peut en effet conduire à en distendre certaines autres. Par exemple, le lien de participation élective pâtit souvent de la rupture du lien de participation organique.

Par la suite, nous présenterons les premiers résultats de l'enquête SIRS en identifiant successivement ces différentes facettes de l'intégration sociale. Le premier chapitre abordera les dimensions de l'**insertion socio-relationnelle**. Une première partie rendra compte des forces et faiblesses des liens familiaux dans la capitale malgache. Une deuxième partie poursuivra avec l'analyse des liens électifs, tout particulièrement les liens de voisinage au sein des quartiers. Un bilan d'étape fera alors le point sur l'insertion socio-relationnelle des habitants d'Antananarivo. Le deuxième chapitre rendra compte des **dimensions organiques et politiques de l'intégration sociale**. Dans un premier temps, nous observerons les formes d'intégration par le travail ; puis nous examinerons les aspects de l'intégration citoyenne. Enfin, le dernier chapitre portera sur l'**état sanitaire de la population d'Antananarivo**, en insistant particulièrement sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, et sur les effets en retour de la santé sur l'intégration sociale.

1 L'INSERTION SOCIO-RELATIONNELLE

Quiconque a mis un jour les pieds à Madagascar a entendu parler du Fihavanana. Ce terme que certains estiment intraduisible renvoie au caractère extrêmement pacifié des relations interpersonnelles et au soutien indéfectible, non seulement de la famille (havana) mais aussi des voisins et amis³, dont bénéficieraient les individus. Les données de l'enquête SIRS, même si elles ne rendent certainement pas compte de toute la subtilité des relations soumises à la logique du Fihavanana, permettent néanmoins de mesurer la réalité des relations de solidarité familiale, amicale ou de voisinage dans la capitale malgache.

1.1 Les liens familiaux

La famille est un lieu essentiel de protection et de reconnaissance pour les individus. Les liens de filiation ont en règle générale une très grande solidité et peuvent pallier en partie les carences des autres liens sociaux. A Antananarivo, la famille conserve un rôle de premier plan pour l'insertion sociale des individus. Pourtant, elle n'apporte pas un soutien indéfectible et la puissance de son soutien dépend en partie de certaines caractéristiques sociologiques des individus tels que le sexe ou niveau de richesse.

1.1.1 Composition des ménages

La composition des ménages donne une première appréciation sur les formes familiales à Antananarivo. Les ménages d'une seule personne sont très rares (3 %) au regard de ce que l'on constate dans les grandes métropoles occidentales (où ils représentent souvent près du tiers des ménages) et d'Afrique de l'Ouest (par exemple 20% en Lomé, 18 % à Abidjan et 8 % à Dakar⁴). Les

³ J.M. Rasolonjatovo identifie les dimensions suivantes du Fihavanana à l'aide de proverbes malgaches :

- **Un sentiment d'être chez soi**, même si on se trouve chez le voisin (« *trano atsimo sy avaratra, izay tsy mahalena ialofana* – maison bâtie au nord, l'autre au sud : on s'abrite là où l'eau ne suinte pas ».)
- **Un esprit d'entraide** (« *asa vadi-drano tsy vita tsy ifanakonana* – le travail des rizières ne peut se faire que si on s'y met à plusieurs »)
- **Un sentiment de solidarité** (« *tondro tokana tsy mahazo hao ; ny hazo tokana tsy mba ala ; ny mita be tsy lanin'ny mamba* – un seul doigt ne peut attraper un pou ; un seul arbre ne fait pas la forêt ; si l'on est nombreux à traverser (la rivière), on n'est pas mangé par les caïmans »)
- **Un esprit de compromis** (« *ny iray tsy tia mafana, ary ny iray tsy tia mangatsiaka : ka ataovy ny marimaritra iraisana* – l'un n'aime pas le chaud, l'autre n'apprécie pas le froid ; comme terrain d'entente (=juste milieu), faites tiède »)
- **Un esprit d'échange mutuel et de dialogue** (« *ny teny ierana tsy mba loza ; tsy misy mangidy noho ny sakay, fa raha teny ierana dia hanina* – la consultation ne peut faire de mal ; rien n'est plus piquant que le piment, mais si l'on s'accorde pour le manger, on y arrive quand même »).

Cf. <http://www.afrikaworld.net/afrel/martialrasolonjatovo.htm>

⁴ D'après les résultats des enquêtes 1-2-3, PARSTAT, 2001-2002.

ménages tananariviens sont ainsi dans leur grande majorité constitués de personnes liées entre elles par des liens familiaux.

Si l'on exclut les domestiques présents éventuellement dans le ménage, **les familles mono-nucléaires (formées uniquement de parents et de leurs enfants) constituent plus de la moitié des ménages.** Ainsi, 44 % des ménages sont des couples avec enfants, 5 % des familles monoparentales, 3 % des couples sans enfants. Cette prépondérance des ménages nucléaires fait de Madagascar une exception sur le continent africain. A titre d'exemple, les ménages constitués d'un couple, avec ou sans enfants, représentaient en 1993, 25 % des ménages urbains du Kenya, 17 % de ceux du Sénégal.

Les familles monoparentales (un seul parent avec des enfants) représentent 5 % des ménages et concernent essentiellement des femmes seules avec leurs enfants. Ces femmes chefs de famille sans conjoint mais vivant avec leurs enfants sont dans 57 % des cas veuves et dans 35 % séparées ou divorcées.

Tableau 1 : Répartition des ménages selon le sexe du chef de ménage (en %)

Type de ménage	Uni personnel	Couple sans enfants	Couple avec enfants	Mono parental	Mono parental élargi	Elargi
Sexe du chef de ménage						
Masculin	2,0	3,7	54,3	0,9	1,9	37,2
Féminin	9,6	0,2	1,6	23,1	48,3	17,3
Ensemble	3,4	3,1	44,3	5,1	10,7	33,4

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

En dépit de la prépondérance des ménages mono-nucléaires, la taille moyenne des ménages s'élève à 4,7 personnes par ménage. A titre de comparaison, on signalera que cette taille moyenne est à Abidjan de 4,5 et à Dakar de 7,4 personnes⁵. Elle ne doit pas non plus occulter la grande diversité des situations. En effet, 3 % des ménages ne comptent qu'une personne (domestiques non compris), tandis que à l'inverse, 10 % des ménages comptent 10 personnes ou plus.

1.1.2 Importance des liens familiaux

a) Descendance et fécondité

Importance de la filiation

La force de la valeur famille se traduit notamment dans l'importance accordée à la filiation. **90 % des adultes estiment très important le fait d'avoir des enfants et 6 % que c'est plutôt important.** Au total, ce sont donc 96 % des adultes qui valorisent le fait d'avoir des enfants. Cette valeur accordée à la descendance se retrouve dans la fécondité des adultes. La probabilité de n'avoir pas d'enfants se réduit, bien sûr, au fur et à mesure que l'on avance en âge. Dans la génération des plus de 54 ans, seuls 2 % des personnes n'ont pas eu d'enfants.

Elle se retrouve également dans le nombre moyen d'enfants mis au monde. Les femmes de 45 à 54 ans ont ainsi eu une descendance finale de 4,3 enfants par femme. Cette fécondité élevée reste néanmoins nettement plus faible que celle des générations précédentes (5,4 enfants par femme pour les femmes de 55 ans et plus) ce qui signe l'amorce d'une modification des comportements de fécondité dans l'ordre des générations. Néanmoins, cette forte fécondité continue (et continuera) de peser lourdement sur la dynamique démographique.

Les comportements de fécondité sont très fortement liés au niveau de diplôme des femmes, la fécondité diminuant nettement à mesure que le niveau de diplôme atteint augmente : parmi les femmes âgées de plus de 45 ans, celles qui sont sans diplôme ont en moyenne 4,0 enfants contre 1,3 pour les titulaires d'un diplôme d'études supérieures. Parallèlement, et sachant que les plus pauvres sont aussi les moins diplômées, la fécondité est aussi liée au niveau de ressources financières. Les

⁵ D'après les résultats des enquêtes 1-2-3, PARSTAT, 2001-2002..

femmes du premier quartile ont en effet en moyenne 3,5 enfants par femme contre 2,4 pour les femmes les plus riches.

Fécondité et niveau d'étude des femmes

L'effet du diplôme joue cependant différemment selon les générations. Plutôt faible dans la génération des femmes de 55 ans et plus, donc nées avant 1950 (dans cette génération, seules les femmes ayant fait des études supérieures se distinguent nettement des autres), il est en revanche très marqué pour la génération des femmes de 45-54 ans. L'effet du diplôme joue donc dans un contexte historique spécifique.

Si l'on fait l'hypothèse que cet effet reste important pour les femmes plus jeunes (ce qui semble avéré au vu de leurs indices provisoires de fécondité), **on ne peut toutefois anticiper qu'une faible poursuite de la baisse de la fécondité liée à l'amélioration de la formation des femmes.** En effet, cette amélioration passe essentiellement par la diminution de la proportion de femmes sans diplômes ou très peu qualifiées, alors que les écarts de fécondité sont surtout marqués pour les plus hauts niveaux de diplôme. De plus, le développement de la scolarisation a marqué un arrêt brutal (voire même un recul) dans les dernières décennies (mais a repris depuis pour les enfants dernièrement scolarisés). En effet, le pourcentage de femmes sans diplôme passe de 50 % dans la génération des plus de 54 ans à 30 % dans celle des 45-54 ans puis à 19 % dans celle des 35-44 ans, mais il est repassé à 24 % dans la génération des 18-34 ans. En appliquant aux femmes de 35-44 ans les indices de fécondité par niveau de diplôme des femmes de 45-54 ans, on obtient une descendance finale de 4,0 enfants par femmes. En appliquant ces mêmes indices aux femmes de 18-34 ans, on obtient une descendance finale de 4,2, soit très proche de celle constatée dans la génération des 45-54 ans.

Tableau 2 : Nombre moyen d'enfants par femme selon l'âge et le niveau de diplôme

	18-34	35-44	45-54	55-99	ensemble
Sans diplôme	1,8	4,6	5,8	5,6	4,0
CEPE	2,0	4,3	4,2	6,0	3,4
BEPC ou équivalent	1,1	2,9	3,5	4,8	2,3
Baccalauréat	0,6	2,5	3,4	5,6	2,0
Etudes supérieures	0,1	2,0	2,4	2,6	1,3
Ensemble	1,4	3,5	4,3	5,4	3,0

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

b) Sociabilité et entraide familiales

Qualité des relations familiales et fréquence des rencontres

L'enquête SIRS permet de rendre compte de la fréquence des rencontres et des échanges familiaux ainsi que de la qualité des relations familiales telle que ressentie par les personnes elles-mêmes. L'ensemble des indicateurs tend à montrer que les liens familiaux sont denses et solides.

Dans leur immense majorité, les habitants d'Antananarivo jugent très positivement les relations qu'ils ont avec les membres proches de leur famille, qu'il s'agisse de leur mère, de leur père ou de leurs enfants. Ils ne sont en effet que 5 % à avoir de mauvaises relations avec leur père, 2 % avec leur mère et pratiquement aucun avec leurs enfants. Dans plus des trois quarts des cas, ils déclarent même avoir de très bonnes relations avec ces proches familiaux.

Cette qualité des relations familiales se retrouve aussi dans la fréquence des rencontres. Plus de 60 % des individus concernés et n'habitant pas avec leur père, leur mère ou leurs enfants disent les rencontrer au moins une fois par mois et bien rares sont ceux qui les rencontrent moins d'une fois par an. De plus, lorsque les individus voient leurs parents moins d'une fois par an, c'est dans plus de 60 % des cas lié à la distance géographique qui les sépare. C'est avec le père que les relations sont le plus souvent distendues, avec les enfants qu'elles le sont le moins.

Tableau 3 : Fréquence des rencontres avec son père, sa mère ou ses enfants (en %)

	Au moins une fois par mois	Une fois tous les deux mois	1 à 2 fois par an	Moins d'une fois par an	Total
Père	60	10	18	11	100
Mère	65	10	18	7	100
Enfants	84	8	4	4	100

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO. Les pourcentages sont calculés parmi les personnes dont le père (la mère ou les enfants) est encore en vie et qui ne vivent pas avec lui.

Nature des aides familiales

Au-delà des rencontres avec les membres de la famille, l'enquête a aussi enregistré les échanges d'aide au sein de la famille. Plusieurs types d'aide sont pris en compte : aide pour trouver du travail, pour trouver un logement, aide financière ou matérielle, « coup de main » dans la vie quotidienne, soutien moral ou affectif, Le mode de questionnement permet de distinguer clairement les individus ne pouvant compter sur personne de leur famille, n'ayant pas été aidés ou n'ayant pas aidé un membre de leur famille au cours des six derniers mois, de ceux qui participent d'une façon ou d'une autre aux échanges familiaux.

L'enquête permet également de saisir une autre forme de soutien familial : l'hébergement par des membres de sa famille. **32 % des adultes ont indiqué être hébergés par leur famille.** Or cette forme de soutien dépasse largement l'aide apportée à ses enfants en attendant qu'ils s'établissent. En effet, les jeunes de moins de 25 ans logés chez leurs parents ne constituent qu'un tiers des personnes se déclarant hébergées par leur famille. D'une part, les moins de 25 ans ne représentent que 44% des personnes se déclarant hébergées. D'autre part, un quart des moins de 25 ans hébergés par leur famille le sont par d'autres personnes que leurs parents. L'hébergement par sa famille représente ainsi une pratique sociale courante, témoignant de la puissance des solidarités familiales.

Tableau 4 : Pourcentage d'adultes déclarant être hébergés par leur famille par classe d'âge et proportion d'entre eux n'habitant pas chez leurs parents (en %)

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-99 ans	Ensemble
% d'adultes hébergés par leur famille	63	35	23	15	32
% des hébergés n'habitant pas chez leurs parents	24	39	66	85	44

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Dans l'ensemble, **près de 80 % des individus estiment pouvoir compter sur un membre de leur famille pour au moins l'une de ces aides.** De fait, au cours des six derniers mois, les trois quarts des Tananariviens ont bénéficié d'au moins une de ces formes d'aides (80 % si on inclut l'hébergement par sa famille) – celles qui touchent le plus de personnes étant les aides financières, les aides dans la vie quotidienne et le soutien moral ou affectif. L'importance de ces échanges est une nouvelle traduction de la place prépondérante des relations familiales dans la vie des individus.

A l'exception des aides pour trouver un travail ou un logement, les proportions d'individus déclarant avoir été aidés par leur famille dans les six derniers mois sont supérieures aux proportions de ceux déclarant avoir aidé un membre de leur famille au cours de la même période. Ceci peut être le signe qu'une partie du soutien familial reçu provient de membres de la famille établis dans d'autres régions ; mais dans la mesure où ce soutien est en partie un soutien de proximité (soutien moral ou affectif, aide dans la vie quotidienne), cela traduit surtout une relativement forte concentration des « donneurs » qui aideraient alors plusieurs membres de leur famille.

Tableau 5 : Soutien familial (pouvoir compter sur, avoir reçu et avoir dispensé une aide familiale) selon le type d'aide (en %)

Type d'aide	Pouvoir compter sur	Avoir été aidé dans les 6 derniers mois	Avoir été aidé ou hébergé lors des 6 derniers mois	Avoir aidé dans les 6 derniers mois
Aide pour trouver du travail	25	11	11	15
Aide pour trouver un logement	20	5	5	9
Aide financière ou matérielle	58	48	48	39
Aide dans la vie quotidienne	60	54	54	42
Soutien moral ou affectif	62	53	53	44
Hébergement		-	29	-
Aucune aide	22	26	21	33
Au moins une aide	78	74	79	67
Toutes les aides	10	1	0	2

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Bénéficiaires des aides familiales

Si le soutien familial est important il n'est pourtant pas systématique puisque 21 % des Tananariviens n'ont reçu, au cours des six derniers mois, aucune aide d'aucune sorte de la part de leur famille. De plus, ce soutien, inégalement distribué selon le niveau de richesse, est plus affirmé pour les catégories aisées que pour les plus pauvres. Ces derniers comptent en effet moins souvent sur des aides familiales que les plus riches (28 % des personnes du premier quartile de revenu estiment ne pouvoir compter sur aucune aide de la part d'un membre de leur famille contre 19 % des plus riches), en reçoivent de fait moins (25 % n'ont reçu aucune aide contre 19 % des plus riches), en dispensent également moins (43 % des individus les plus pauvres n'ont dispensé aucune aide contre 25 % des plus riches). Or cette carence relative en soutien social des plus pauvres n'est pas uniquement liée à la faiblesse des revenus de leur entourage familial, mais se retrouve pour presque tous les types d'aide, en particulier les aides dans la vie quotidienne et le soutien affectif. Ils ne sont en effet que 46 % à avoir reçu une aide de la famille dans la vie quotidienne (contre 56 % pour la moyenne des Tananariviens et 61 % pour les personnes les plus riches), 51 % à avoir reçu un soutien moral ou psychologique (contre 56 % pour la moyenne et 59 % pour les plus riches). **Si la famille est un élément protecteur pour les individus, cette protection est donc sensiblement plus faible pour les personnes les plus pauvres.**

Tableau 6 : Soutien familial (compter sur, avoir reçu et avoir dispensé une aide familiale) selon le niveau de revenus (en %)

	Pouvoir compter sur au moins une aide	avoir reçu une aide dans les 6 derniers mois (sans compter hébergement)	Avoir reçu une aide dans les 6 derniers mois (en comptant hébergement)	avoir dispensé une aide dans les 6 derniers mois
1 ^{er} quartile (pauvres)	72	69	75	57
2 ^{ème} quartile	78	75	82	68
3 ^{ème} quartile	77	73	78	65
4 ^{ème} quartile (riches)	81	77	81	75
Tous	78	74	79	67

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

1.1.3 Force et fragilités des liens conjugaux

La constitution du couple résulte le plus souvent d'un choix librement consenti. « Une enquête (enquête référence 4D) menée en milieu rural dans la province d'Antananarivo révèle ainsi que les femmes sont autant actrices que les hommes dans le choix de leur premier conjoint, la famille intervenant peu directement. La famille empêche parfois des projets de mariage, mais elle impose

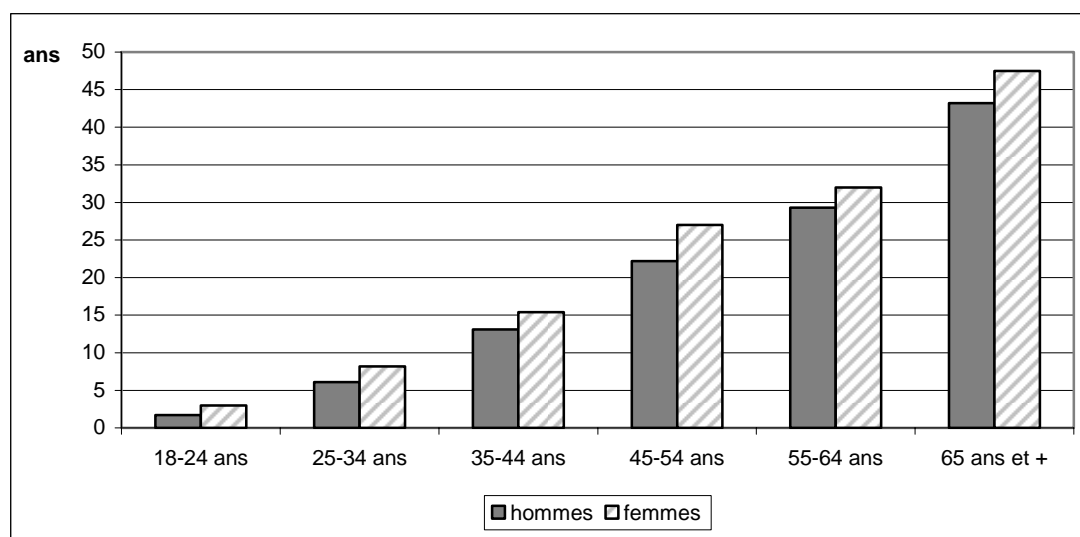
rarement un mari ou une femme »⁶. A cet égard, le lien de couple constitue un élément du lien familial sans être du même ordre que le lien de filiation. Ce dernier présente en effet un caractère impératif voire définitif que la relation de couple ne connaît pas. Ainsi, les ruptures dans les relations de couple sont-elles bien plus fréquentes que les ruptures du lien de filiation.

a) Importance et solidité des couples

Le resserrement du ménage autour de la famille nucléaire est en partie le signe de l'importance accordée à la relation de couple dans la métropole : **80 % des personnes interrogées estiment très important (et 17 % plutôt important) le fait de vivre avec un partenaire avec lequel on s'entend bien.** Parmi celles vivant en couple, 98 % estiment d'ailleurs que leurs relations de couple sont très bonnes (71 %) ou plutôt bonnes (27 %).

La rupture des relations conjugales n'en sont pas pour autant un phénomène rare. Ainsi, un adulte sur quatre déclare avoir vécu par le passé une séparation d'avec son partenaire (qu'il s'agissait d'un couple marié ou non). Mais les relations conjugales en cours au moment de l'enquête apparaissent, dans l'ensemble, plutôt solides. L'ancienneté du couple croît en effet régulièrement avec l'âge (et pratiquement au même rythme) ce qui atteste de la solidité de ce lien. Les couples se constituent donc souvent jeunes (90 % des individus vivant en couple ont amorcé leur actuelle vie de couple avant 30 ans). L'âge moyen au début de l'union (pour les couples actuels) est ainsi de 25 ans pour les hommes et de 22 ans pour les femmes⁷.

Graphique 1 : Ancienneté moyenne du couple selon le sexe et la classe d'âge



Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Caractéristiques des adultes ne vivant pas en couple

Compte tenu de l'importance accordée à la vie conjugale et de la stabilité moyenne des couples, il est intéressant de s'interroger sur les caractéristiques des personnes déclarant n'être pas en couple au moment de l'enquête. C'est le cas en effet 30 % des hommes et 37 % des femmes.

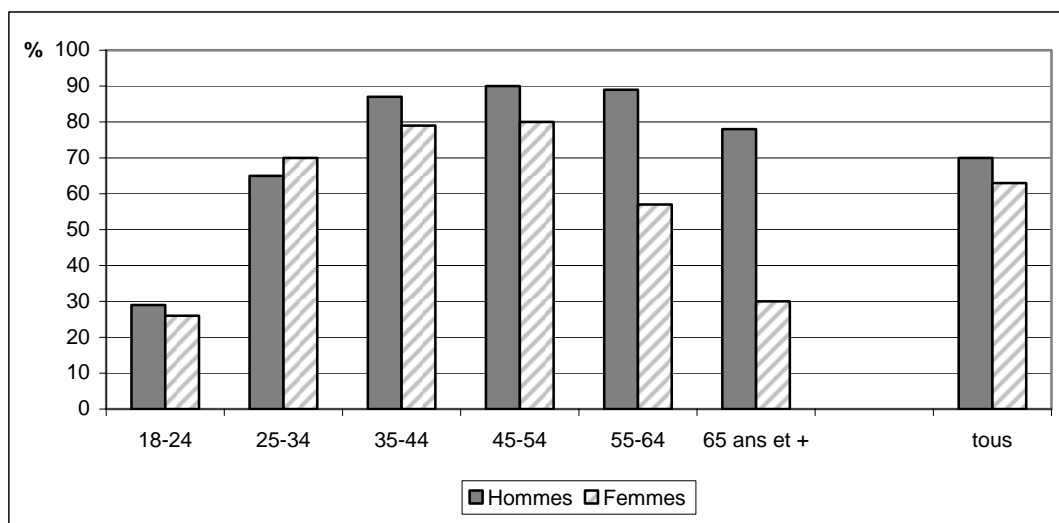
Pour les hommes, le célibat est essentiellement un célibat de jeunesse. L'âge moyen des hommes ne vivant pas en couple est en effet de 29 ans et 70 % d'entre eux ont moins de 30 ans. En revanche, l'âge moyen des femmes ne vivant pas en couple est de 36 ans, et seules 50 % d'entre elles ont moins de 30 ans. Les taux de célibat des femmes deviennent même très importants après 55 ans : 43 % des femmes

⁶ Bulletin d'information sur la population de Madagascar, numéro 4. Avril 2005, p.1

⁷ « L'âge des femmes au premier mariage reste stable à Madagascar. La moitié des jeunes filles entraient en union avant 19 ans en 2003 ce qui n'apparaît pas comme le plus précoce. En 2001, l'âge médian à la première union était de 16,5 ans au Mali et de 17,8 ans en Ouganda. Depuis 1996, date de la première enquête démographique, cet âge a peu augmenté ». *Bulletin d'information sur la population de Madagascar*, numéro 4. Avril 2005, p.2

de 55-64 ans ne vivent pas en couple (contre 11 % des hommes de cette tranche d'âge), 70 % des femmes de 65 ans et plus sont dans ce cas (contre 22 % des hommes de cette tranche d'âge).

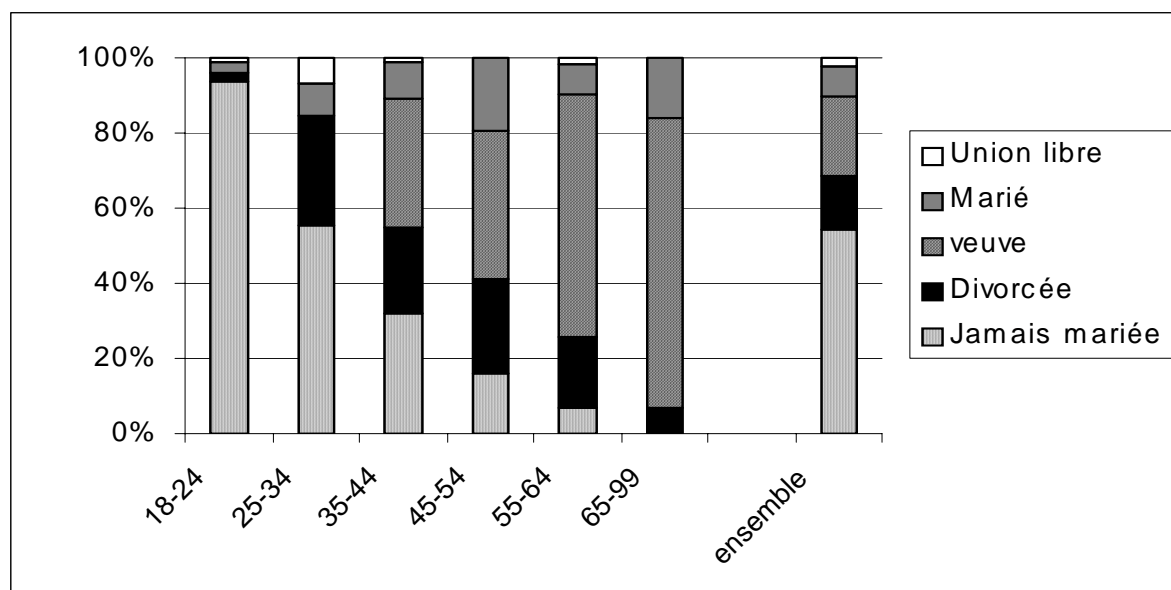
Graphique 2 : Proportion de personnes vivant en couple selon le sexe et l'âge



Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Ne pas être en couple répond ainsi à des origines très différentes selon les sexes. Pour les hommes, c'est fréquemment lié au fait de ne pas s'être encore marié (87 %) et beaucoup plus rarement la conséquence d'un décès (5 %) ou d'un divorce ou une séparation (5 %). Pour les femmes en revanche, c'est jusqu'à 25 ans essentiellement un célibat de jeunesse (94 %) mais de plus en plus fréquemment, à mesure que l'âge augmente, la conséquence d'une rupture de couple par décès ou divorce. **Sur l'ensemble des femmes ne vivant pas en couple, 14 % sont divorcées et 21 % sont veuves.** Une telle différence entre les hommes et les femmes n'est que pour une faible part la conséquence d'une mortalité plus précoce des hommes (en effet, les plus de 55 ans représentent 6 % des hommes et 7 % des femmes). Elle traduit plutôt la plus grande probabilité de remise en couple pour les hommes après une rupture.

Graphique 3 : Situation familiale des femmes ne vivant pas en couple, selon leur âge



Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

b) Difficultés vécues au sein de la relation conjugale

La solidité des liens de couple ne doit cependant pas occulter les difficultés auxquels les partenaires sont parfois confrontés. La vie conjugale peut être source d'amour, d'accomplissement, de réconfort, de reconnaissance personnelle... mais aussi de dévalorisation ou de violence. Ce sont les femmes qui déclarent le plus souvent être confrontées à ces « dangers » de la vie en couple – ce qui pourrait être relié à une partie des ruptures conjugales.

Près d'un tiers (30 %) des femmes ayant vécu en couple se sont déjà senties, de façon ponctuelle ou permanente, dévalorisées par la personne avec qui elles vivaient ; et ce sentiment est plus fréquent chez les femmes célibataires à la suite d'un divorce (57 %). Par ailleurs, **20 % des femmes ont connu ou connaissent des actes de violence de leur conjoint à leur rencontre**. Cette expérience étant nettement plus fréquente chez les femmes célibataires à la suite d'un divorce (46 %). **23 % des femmes ont été ou sont actuellement confrontées à l'alcoolisme ou la toxicomanie de leur mari** – et c'est le cas de 46 % des femmes vivant actuellement seule à la suite d'une rupture.

Tableau 7 : Événements difficiles de la vie de couple selon le sexe (en %)

	Hommes	Femmes	Femmes seules après un divorce
Avoir ou avoir eu le sentiment d'être dévalorisé par son conjoint	16	30	57
Etre ou avoir été victime des comportements violents de son conjoint	6	20	46
Etre ou avoir été confronté à l'alcoolisme ou la toxicomanie de son conjoint	3	23	46
Etre ou avoir été privé de liberté par son conjoint	5	7	14

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO. Les pourcentages sont calculés sur les personnes ayant vécu au moins une relation de couple.

On peut supposer, au vu de l'importance de ces expériences traumatisantes chez les femmes seules à la suite d'un divorce, que les séparations trouvent une partie de leurs explications dans ces événements (même si la différence dans l'occurrence des événements entre les femmes en couple et les femmes divorcées ou séparées pourrait aussi s'expliquer par une difficulté plus grande des femmes en couple à avouer vivre de tels faits).

Ces difficultés touchent quoiqu'il en soit différemment les femmes selon leur niveau de richesse, tout particulièrement la violence et la dévalorisation. 35 % des femmes situées dans le quart des personnes les plus pauvres ont le sentiment d'être ou d'avoir été dévalorisées par leur conjoint contre 27 % des femmes situées dans le quart des personnes les plus riches ; 29 % d'entre elles connaissent ou ont connu des comportements violents du conjoint à leur égard contre 12 % des plus riches. **Ces expériences, bien que susceptibles d'affecter les femmes de tout niveau social, sont donc plus fréquemment relatées par les plus pauvres.**

Tableau 8 : Difficultés vécues par les femmes dans leur(s) vie(s) de couple selon le niveau de revenu

	1 ^{er} quartile	2 ^{ème} quartile	3 ^{ème} quartile	4 ^{ème} quartile
Avoir ou avoir eu le sentiment d'être dévalorisé par son conjoint	35	32	28	27
Etre ou avoir été victime des comportements violents de son conjoint	29	26	15	12
Etre ou avoir été confronté à l'alcoolisme ou la toxicomanie de son conjoint	26	25	26	15
Etre ou avoir été privé de liberté par son conjoint	6	12	5	7

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

1.1.4 Ruptures familiales dans l'enfance

Les conditions d'intégration à l'âge adulte dépendent notamment des conditions de vie, des expériences et des éventuelles ruptures sociales vécues dans l'enfance et la jeunesse. Or les conditions de vie dans la jeunesse sont liées au milieu social et culturel dans lequel se sont déroulées les premières années de vie. L'étude de la fragilisation voire de la rupture des liens sociaux dans l'enfance et la jeunesse apporte un point de vue novateur pour la compréhension des situations sociales et, plus largement, des mécanismes de reproduction des inégalités sociales.

La rupture ou la fragilisation du lien de filiation ne sont pas rares à Antananarivo. En effet, **un Tananarivien sur cinq (19 %) a vécu le décès de son père ou de sa mère avant son 16^{ème} anniversaire**. A l'âge de 15 ans, 14 % des enquêtés étaient orphelins de père et 7% orphelins de mère. Par contre, seuls **7 % ont connu, avant leurs 15 ans, le divorce ou la séparation de leurs parents**. Que ce soit dû au décès, au divorce des parents ou à de nombreuses autres raisons, **28 % des Tananariviens ne vivaient pas avec leurs deux parents à l'âge de 15 ans** : 12 % vivaient avec leur mère (seule ou avec un nouveau conjoint), 4 % avec leur père (seul ou avec un conjoint), et 9 % vivaient avec d'autres membres de leur famille, qu'il s'agisse de leurs grands-parents (3 %) ou d'autres personnes.

La famille élargie joue donc un rôle non négligeable d'accueil des enfants, tout particulièrement en cas de décès de l'un ou des deux parents biologiques des enfants. 71 % de ceux qui avaient perdu leurs père et mère à 15 ans étaient alors élevés par un membre de leur famille. Mais la famille élargie participe aussi, dans une moindre mesure, à l'éducation des enfants qui ont encore leurs deux parents. Ainsi, 5 % de ceux qui avaient encore leur père et leur mère vivaient avec un autre membre de leur famille à l'âge de 15 ans.

Les générations les plus anciennes (personnes âgées de plus de 60 ans) se distinguent par des séparations familiales plus précoces : seuls 40 % d'entre eux vivaient encore avec leurs deux parents à 15 ans (contre 71 à 75 % pour les trois autres groupes d'âges). Par ailleurs, plus on augmente dans la hiérarchie des diplômes ou dans celle des revenus, et plus les personnes vivaient avec leurs deux parents lorsqu'ils avaient 15 ans.

a) Difficultés dans l'enfance

D'autres types d'événements sont également susceptibles de fragiliser l'équilibre familial et perturber la socialisation des enfants. Les personnes ayant grandi dans un milieu défavorisé semblent davantage concernées par certaines de ces difficultés, comme le décès d'un frère ou d'une sœur, le divorce des parents, ou de graves difficultés financières.

Le fait d'avoir vécu, avant son 18^{ème} anniversaire, le décès d'un frère ou d'une sœur est en effet deux fois plus fréquent dans le quartile le plus pauvre que dans le plus riche, presque trois fois plus fréquent lorsque le père n'avait aucun diplôme que lorsqu'il avait suivi des études supérieures (25 % vs 9 %), et beaucoup plus fréquent encore lorsque la mère n'avait aucun diplôme que lorsqu'elle était diplômée du supérieur (24 % vs 2 %).

De même, le fait que ses parents aient connu de graves problèmes d'argent est d'autant plus fréquent que le niveau scolaire du père ou de la mère est bas (13 % lorsque la mère est diplômée du supérieur, contre 39 % pour ceux dont la mère n'avait aucun diplôme ; ces proportions étant respectivement de 16 % et 47 % concernant le niveau de diplôme du père).

Le divorce (ou la séparation) de ses parents constitue également un événement susceptible de perturber les conditions d'intégration sociale des enfants. Or là encore, la proportion d'individus ayant vu leurs parents divorcer est la plus faible parmi ceux dont les parents ont un niveau d'études supérieur (2 % lorsque le père ou la mère a poursuivi ses études au-delà du Baccalauréat). Elle est en revanche particulièrement élevée lorsque la mère n'a eu aucun diplôme (10 %). Il est intéressant de noter que ce sont les individus ayant de faibles revenus ou un faible niveau de scolarisation qui mentionnent le plus souvent le divorce de leurs parents : 10 % de ceux qui n'ont aucun diplôme ou le seul CEPE ont vu leurs parents se séparer (avant 15 ans), contre seulement 3 % des titulaires d'un diplôme de

l'enseignement supérieur. De façon similaire, cette proportion diminue lorsque l'on passe du quartile de population le plus pauvre (10 %) à celui le plus riche (4 %).

En revanche, certaines difficultés vécues dans l'enfance sont tout particulièrement rapportées par les personnes dont la mère avait un diplôme du supérieur : le fait d'avoir été privé de liberté et d'autonomie par des membres de sa famille (19 %, contre 5 % en moyenne pour l'ensemble des individus) ; et le fait d'avoir connu de graves conflits avec un membre de sa famille (19 % contre 4 % en moyenne).

Tableau 9 : Proportion d'individus confrontés à des difficultés dans leur famille avant l'âge de 18 ans, selon leur niveau de revenus actuel

	Quartile pauvre	Autres quartiles
Graves problèmes de santé des parents	22,7	22,7
Gros problèmes d'argent des parents	36,5	29,0
Séparation ou divorce des parents	11,8	7,2
Prison de l'un des membres du ménage	2,2	2,1
Décès ou perte de vue de son père ou de sa mère	26,5	23,7
Décès d'un frère ou d'une sœur	22,0	13,7
Tentative de suicide d'un parent ou d'un frère ou d'une sœur	0,1	0,8
Graves conflits avec un membre de sa famille	2,4	4,0
Privation d'autonomie et de liberté par un membre de sa famille	4,3	4,8

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

b) Jugement porté sur son enfance

En dépit des difficultés que certains ont vécues avant l'âge de 18 ans, **dans l'ensemble, neuf Tananariviens sur dix estiment que leur enfance a été heureuse**. Le jugement global porté sur son enfance est statistiquement lié à différentes difficultés vécues durant cette période. Ainsi, les Tananariviens sont plus nombreux à dire que leur enfance n'a pas été heureuse lorsque leur famille a été confrontée à certains événements difficiles ; en particulier lorsque leurs parents ont eu de graves problèmes de santé (c'est le cas de 16% d'entre eux, contre 8 % de ceux dont les parents n'ont pas eu de tels problèmes), lorsque leurs parents ont divorcé (24 % vs 9 %), lorsque leur famille a connu de gros problèmes financiers (14 % vs 8%), lorsqu'un membre de leur ménage a été en prison (27 % vs 10 %) ou encore lorsque l'un de leurs parents ou de leurs frères et sœurs est décédé (respectivement 19 % et 16 % contre 9 % et 7 %). Egalement, les personnes disent plus souvent que leur enfance n'a pas été heureuse lorsqu'elles ont personnellement vécu, avant l'âge de 18 ans, de graves problèmes de santé (14 % d'entre elles, contre 9 % des autres), des conflits importants avec un membre de leur famille (27 % vs 10 %), lorsqu'elles ont été régulièrement privées de liberté par un membre de sa famille (28 % vs 9 %), ou encore lorsqu'elles ont subi de mauvais traitements (24 % vs 9 %).

Ce jugement porté sur son enfance révèle lui aussi une tendance aux cumuls de difficultés pour les plus pauvres, et à la reproduction des inégalités. Parmi ceux dont le père n'a pas été scolarisé, près d'une personne sur cinq (18 %) estime que son enfance n'a pas été heureuse – alors que ce n'est le cas que de 2 % des personnes dont le père était diplômé du supérieur. Si le bien-être durant l'enfance semble bien lié au niveau socio-culturel de sa famille à cette époque, il apparaît aussi lié aux conditions de vie à l'âge adulte. Ainsi, ceux qui estiment que leur enfance ne fut pas heureuse sont deux fois plus nombreux dans le quartile pauvre que dans le quartile riche (12 % vs 7 %). On peut aussi souligner que 19 % des Tananariviens qui n'ont aucun diplôme estiment que leur enfance n'a pas été heureuse (contre 2 % seulement de ceux qui ont obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur).

1.2 Les liens de voisinage

Le quartier de résidence peut être défini comme un espace urbain délimité par ses frontières réelles ou subjectives (perception du quartier par ses membres ou par les membres des autres quartiers) et par des éléments caractéristiques de morphologie sociale (composition sociologique mais aussi caractéristiques urbanistiques). Lieu de vie, il peut s'y développer un système de relations sociales spécifiques (violence, entraide, rapport aux autres quartiers, ...).

Morphologie sociale et système de relations font du quartier de résidence une entité sociologique propre à structurer la vie sociale des individus qui le composent (qualité de vie, mode de vie, identité, ...) et leurs trajectoires sociales. L'appartenance à un quartier défavorisé peut par exemple constituer un handicap pour l'insertion des individus, du fait de son image négative aux yeux des individus, de son éloignement des zones d'emploi, de ses conditions de vie dégradées qui peuvent avoir un effet délétère pour la santé, etc. A l'inverse, la qualité des relations qui s'y nouent peut constituer, pour ses habitants, un support moral ou matériel essentiel.

L'objectif de l'enquête SIRS était aussi de rendre compte d'éventuels « effets-quartier ». L'enquête permet de saisir la réalité des quartiers de deux façons différentes.

D'autre part, Le plan de sondage retenu utilise la technique des enquêtes aréolaires stratifié à deux degrés, le premier consistant en un tirage de segments (constitué dans la plupart des cas de Fokontany⁸) de la zone urbaine d'Antananarivo⁹, et le second sélectionnant des ménages dans ces segments. Les 108 segments tirés au premier degré proviennent d'un échantillon-maître de zones de dénombrement¹⁰. Il s'agit ici d'un sondage stratifié (4 strates ont été retenues en fonction du type d'habitat et du niveau d'instruction) avec tirage aléatoire proportionnel à la taille de la population. Au second degré, l'échantillon de ménages a été constitué par tirage aléatoire systématique de ménages sur liste (25 ménages en moyenne), ces ménages ayant été exhaustivement dénombrés dans l'ensemble des 108 segments. Les ménages tirés dans chaque zone de dénombrement peuvent donc être considérés comme représentatifs du quartier. Il est dès lors possible d'avoir une approche par quartier (Fokontany).

D'autre part, les individus ont été systématiquement questionnés sur leur logement, leur quartier et leurs relations de voisinage. De plus les enquêteurs ont porté systématiquement un avis sur l'environnement urbain des personnes interrogées (propreté, état des bâtiments, etc.).

1.2.1 Sociographie des quartiers

Les analyses classiques de sociologie urbaine soulignent combien l'espace physique urbain est socialement structuré. La population en effet n'est pas répartie aléatoirement sur le territoire, mais suivant des logiques spécifiques de regroupement. Ces regroupements répondent en partie à des facteurs économiques tels que le prix des logements et des terrains ou les formes de la division spatiale du travail. Ces déterminants économiques impliquent des différences marquées entre les quartiers selon le niveau de richesse, et des phénomènes de concentration de la pauvreté (et de la richesse) dans quelques zones géographiques spécifiques. Ils peuvent aussi s'analyser comme l'effet des choix voire des stratégies des individus dans la recherche d'un « entre-soi » économique, social ou culturel. Il s'en suit des différenciations souvent fortement marquées entre les quartiers et une hiérarchie territoriale reflétant en bonne partie les hiérarchies sociales.

a) Niveau et concentration des revenus au sein des quartiers

Un quart des quartiers n'ont aucun individu adulte du premier décile, ce qui indique l'exclusion des plus pauvres d'un grand nombre de quartiers. C'est moins vrai à l'autre extrémité de l'échelle des revenus : 13,4 % des quartiers ne comptent aucun individu du dernier décile (les plus riches).

On constate également que les familles monoparentales et les ménages élargis ne sont pas répartis aléatoirement dans les quartiers. 17,9 % des quartiers ne comprennent aucun adulte vivant dans une famille monoparentale et 7,1 % ne comptent aucune personne vivant dans un ménage élargi.

⁸ Le Fokontany constitue la structure administrative de base de la commune. Il est l'équivalent d'un quartier et est dirigé par un président de Fokontany nommé par les maires sous proposition de la population. (depuis 2004)

⁹ Les limites de la conurbation ont été obtenues à partir d'une mosaïque de photo-aériennes récentes (février 1994) de la ville après validation sur le terrain. L'agglomération est définie comme un ensemble d'habitations connexes (les solutions de continuité ne devant pas dépasser 200 mètres), englobant la ville administrative d'Antananarivo Renivohitra

¹⁰ mis au point par la DDSS de l'INSTAT à partir du recensement de la population de 1993.

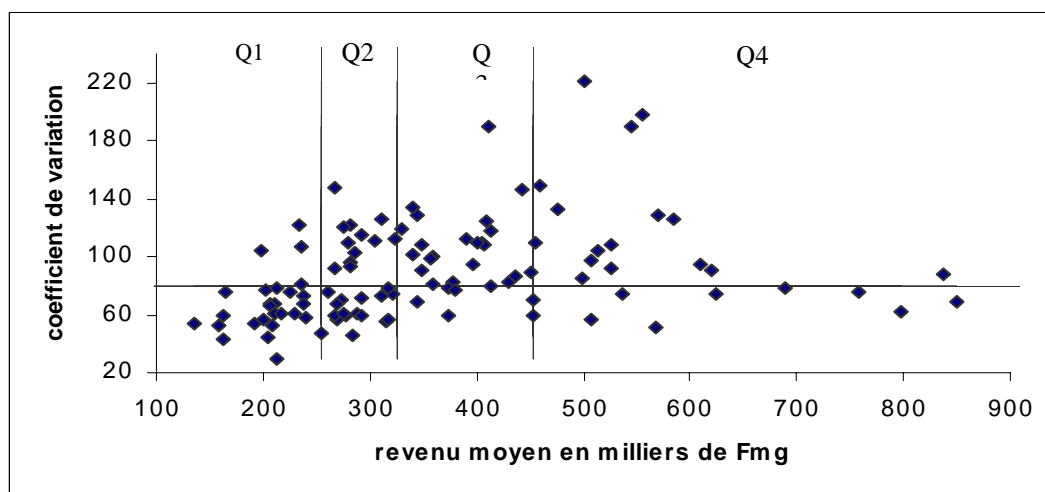
Tableau 10 : Polarisation des quartiers

	Proportion dans la population adulte	% de quartiers	
		où la proportion est nulle parmi les adultes	tels que la proportion serait nulle si la mixité était parfaite ¹¹
Faible revenu (premier décile)	8,6	25,9	1,6
Premier quartile (pauvres)	21,7	8,0	0,0
Deuxième quartile	22,7	6,3	0,0
Troisième quartile	25,1	0,9	0,0
Quatrième quartile (riches)	30,5	1,8	0,0
Fort revenu (dernier décile)	12,2	13,4	0,4
Études primaires	34,6	2,7	0,0
Études supérieures	12,4	8,9	0,4
Ne parle pas français	24,7	3,6	0,0
Est divorcé	3,5	15,2	14,3
Vit dans un ménage élargi	26,3	7,1	0,0
Vit dans une famille monoparentale	6,8	17,9	4,4

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Les données recueillies permettent de différencier les quartiers en fonction de leur niveau de richesse et de leur degré d'hétérogénéité. Le niveau de richesse est obtenu par la moyenne des revenus des habitants. L'hétérogénéité peut quand à elle être calculée à partir du coefficient de variation – soit, en pourcentage, l'écart-type de la distribution des revenus rapporté à la moyenne. Nous distinguons ainsi les quartiers selon quatre quartiles de revenu moyen ; nous différencions également parmi les quartiers pauvres ceux caractérisés par une forte concentration de la pauvreté (faible hétérogénéité des revenus) et, parmi les quartiers riches, ceux caractérisés par une forte concentration des richesses. Dans la suite de ce rapport, nous entendons ainsi par « quartiers pauvres » les 25% de quartiers qui ont les revenus moyens par unité de consommation les plus bas (quartile pauvre), et par « quartiers riches » ceux faisant partie des 25% qui ont les revenus moyens par unité de consommation les plus élevés (quartile riche). Parallèlement, nous considérons qu'il y a une forte concentration de pauvreté ou de richesse lorsque le coefficient de variation est inférieur au coefficient de variation moyen.

Graphique 4 : Répartition des quartiers selon leur niveau moyen de revenu et leur niveau de concentration



Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

L'analyse fait apparaître une importante concentration des pauvres dans les quartiers les plus pauvres. **Un tiers des personnes pauvres (premier quartile de revenus par unité de consommation) habitent en effet dans un quartier pauvre à forte concentration de pauvreté.** A l'inverse, elles ne

¹¹ On a calculé ici pour chaque quartier la probabilité de ne trouver aucune personne ayant une des caractéristiques étudiées (revenu, niveau d'étude, ...) si cette caractéristique était répartie de manière aléatoire sur le territoire. Par exemple dans un quartier de 40 personnes adultes, la probabilité de ne trouver aucune personne du premier décile est $(1-0,086)^{40}$ soit 2,7 %. Les données du tableau sont la moyenne de ces proportions.

sont que 8 % à habiter dans un quartier riche et aucune n'habite dans un quartier à forte concentration de richesse.

Les personnes les plus riches (quatrième quartile) se répartissent, elles, de façon moins inégalitaire dans l'espace urbain. Si 42 % d'entre elles habitent dans des quartiers riches, on les retrouve cependant dans tous les quartiers. Elles sont par exemple 10 % à habiter dans des quartiers pauvres à forte concentration de pauvreté.

Tableau 11 : Répartition des individus par quartier selon le niveau de richesse (en %)

Revenus des ménages par UC	Revenus moyens des quartier				Total	Quartier pauvre à forte concentration de pauvreté	Quartier riche à forte concentration de richesse
	Quartier du quartile 1 (pauvre)	Quartier du quartile 2	Quartier du quartile 3	Quartier du quartile 4 (riche)			
1 ^{er} quartile	47	31	15	8	100	34	0
2 ^{ème} quartile	42	26	18	14	100	36	1
3 ^{ème} quartile	30	28	24	17	100	26	4
4 ^{ème} quartile	14	22	22	42	100	10	17
Ensemble	33	27	20	20	100	26	6

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Clef de lecture : parmi les personnes du 1^{er} quartile (pauvre) de revenus par Unité de Consommation (UC), 47% vivent dans un quartier pauvre (c'est-à-dire un quartier dont le revenu moyen fait partie des 25% les plus faibles), et 8% vivent dans un quartier riche (c'est-à-dire dont le revenu moyen fait partie des 25% les plus élevés).

b) Caractéristiques des quartiers

Conditions matérielles des quartiers

Cette structuration économique des quartiers recoupe des différences marquées dans les caractéristiques matérielles des quartiers et de leurs logements. On constate ainsi des inégalités importantes dans l'équipement des logements. Le raccordement à l'eau et l'accès à des toilettes avec fosse septique se révèlent être des facteurs particulièrement discriminants. **Dans les quartiers pauvres, moins de 10 % des individus ont l'eau courante et 3 % seulement ont des WC avec fosse septique** contre respectivement 85 % et 72 % des individus habitant dans un quartier riche à forte concentration de richesse. L'environnement apparaît également plus dégradé, tant sur le plan de l'entretien des bâtiments que de la propreté en général, dans les quartiers pauvres. Dans ceux-ci en effet, les enquêteurs ont noté dans 42 % des cas qu'il y avait très souvent ou assez souvent des papiers ou ordures jetés ou éparpillés par terre, contre 6 % dans les quartiers les plus riches.

Les quartiers pauvres sont aussi caractérisés par leur forte densité de population par logement. On y compte en effet en moyenne 3,5 personnes par pièce contre 2,3 dans les quartiers riches et 1,8 dans ceux à forte concentration de richesse.

Tableau 12 : Caractéristiques des logements et de l'environnement selon le type et le niveau de revenus moyen du quartier

Quartiles de revenus moyens des quartiers	quartile 1 (Q1)	quartile 2	quartile 3	quartile 4 (Q4)	Q1 à forte concentration de pauvreté	Q4 à forte concentration de richesse	Total
---	-----------------	------------	------------	-----------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-------

Conditions de logement (% d'individus qui ont...)

Maison en dur	37	50	67	73	39	87	56
Accès à l'électricité	57	77	83	91	50	97	76
Raccordement à l'eau	8	18	36	53	7	85	28
WC avec fosse septique	3	5	16	40	2	72	16

Entretien du quartier (% d'individus dont le quartier fait face à...)

Manque de propreté	39	26	18	17	42	6	30
Dégradation des bâtiments	37	17	8	7	39	1	18

Peuplement des logements

Nombre moyen de personnes par pièce	3,5	2,9	2,7	2,3	3,6	1,8	2,9
-------------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Composition sociologique des quartiers

Mais les quartiers se distinguent aussi par leur composition sociologique. En prenant en compte le niveau de diplôme des personnes de 18 ans et plus, on note que le niveau général de formation est d'autant plus faible que le quartier est pauvre. **Dans le quart des quartiers les plus pauvres, 39 % des adultes n'ont aucun diplôme et moins de 10 % d'entre eux ont un niveau de diplôme au moins égal au baccalauréat**, contre respectivement 11 % et 43 % des adultes habitant dans le quart des quartiers les plus riches.

Les quartiers pauvres se distinguent aussi des autres par la très forte proportion d'actifs occupés dans la population adulte. Les trois quarts des adultes (et presque 80 % dans les quartiers à forte concentration de pauvreté) exercent ainsi une activité professionnelle contre 68 % en moyenne dans la capitale. A l'inverse, dans les quartiers les plus riches, les actifs occupés ne représentent que 60 % des adultes tandis que 30% sont inactifs. Cette différence marquée entre les quartiers traduit la nécessité, dans les ménages les plus défavorisés, que tous les membres adultes du ménage, et en particulier les femmes, exercent une activité rémunérée. Dans les quartiers du quartile pauvre, 70 % des femmes adultes exercent une activité rémunérée alors que ce n'est le cas que de 56 % des femmes des quartiers riches.

Enfin les quartiers diffèrent aussi par leur structure par âge et tout particulièrement par la proportion des personnes âgées de moins de 18 ans. Celles-ci sont d'autant plus nombreuses en effet que le quartier est plus pauvre – ce que l'on perçoit notamment au travers du surpeuplement des logements.

Tableau 13 : Composition sociologique des quartiers

	quartile 1 (Q1)	quartile 2	quartile 3	quartile 4 (Q4)	Q1 à forte concentration de pauvreté	Q4 à forte concentration de richesse	Total
% des adultes selon le diplôme le plus élevé obtenu							
Aucun diplôme	39	22	18	11	42	7	23
CEPE	33	36	27	16	32	7	28
BEPC ou équivalent	19	24	28	30	18	30	25
Baccalauréat	5	11	17	26	5	33	14
Diplôme du supérieur	4	7	11	17	2	24	10
% des adultes selon leur situation par rapport à l'emploi							
Inactif	18	26	34	30	17	28	26
Actif occupé	76	68	61	65	79	69	68
chômeur	6	6	4	5	4	3	6
% de personnes de moins de 18 ans							
	52	48	43	38	53	32	46

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

1.2.2 La vie de quartier

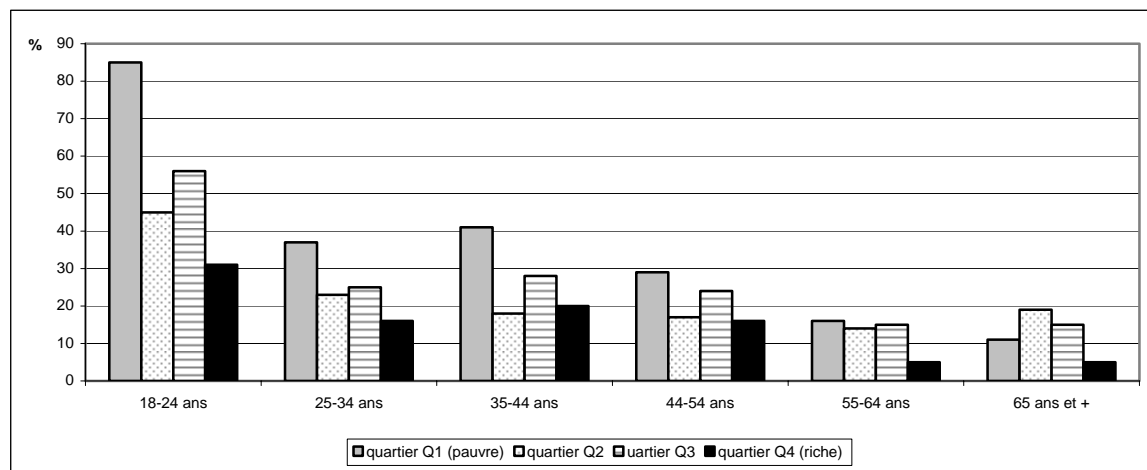
a) Ancrage dans le quartier

Les habitants d'Antananarivo sont relativement peu mobiles d'un point de vue spatial. L'ancienneté dans leur quartier de résidence est en moyenne de 21 ans, et ils vivent dans leur logement actuel depuis 16 ans en moyenne. 83 % des habitants vivent dans leur quartier depuis plus de 5 ans et 26 % y sont nés.

Cet ancrage dans le quartier est tout particulièrement affirmé dans les quartiers pauvres et ceux à forte concentration de pauvreté. En effet plus de 40 % des habitants adultes de ces quartiers y sont nés (contre moins de 20 % des habitants des quartiers riches). Un tel écart est pour une petite part lié aux différences dans la structure par âge des quartiers (l'âge moyen étant en effet plus faible dans les quartiers pauvres que dans les quartiers riches : 36 ans contre 39 ans). Mais cet écart se retrouve pour toutes les classes d'âge, ce qui indique bien que les quartiers pauvres constituent des zones de plus

grande stabilité (ce que l'on pourrait plus ou moins associer à des « trappes de pauvreté »). Par exemple, plus de 80 % des personnes de 18-24 ans et plus de 40 % des personnes de 35-44 ans vivant dans des quartiers pauvres sont nées dans leur quartier (contre respectivement 31 % et 20 % dans les quartiers riches).

Graphique 5 : Proportion de personnes nées dans leur actuel quartier de résidence, selon l'âge et selon le revenu moyen du quartier



Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

On pourrait dès lors penser que les quartiers pauvres constituent, pour les plus pauvres, une nasse dont ils ne peuvent que difficilement s'extraire – du fait en particulier de leur incapacité financière à accéder à un logement dans un autre quartier. Compte tenu des caractéristiques des quartiers pauvres (faible accès à l'eau, éloignement des centres de santé, surpopulation des logements), un tel ancrage pourrait constituer un handicap supplémentaire pour leurs habitants. On verra d'ailleurs par la suite que ces quartiers connaissent souvent aussi des relations sociales dégradées.

Cet avis doit cependant être nuancé au regard de l'avis porté par les habitants sur leur propre quartier. Dans l'ensemble en effet, 87 % des adultes (85 % des habitants des quartiers pauvres à forte concentration de pauvreté) ne souhaitent pas déménager, **95 % déclarent aimer (tout à fait ou plutôt) habiter dans leur quartier** et seuls 16 % (17 % dans les quartiers pauvres à forte concentration de pauvreté) répondent qu'ils déménageraient s'ils en avaient le choix. Cette satisfaction est en outre retrouvée dans des proportions relativement similaires quel que soit le niveau de richesse des quartiers. La stabilité résidentielle est donc aussi la marque d'un attachement psychologique au lieu d'habitation. L'ancrage général dans le quartier est par ailleurs favorisé par le fait que la majorité des individus (56 % en moyenne, 58 % des plus pauvres) sont propriétaires de leur logement (avec ou sans titre de propriété). Or les propriétaires souhaitent déménager bien plus rarement que les autres. Seuls en effet 4 % des propriétaires avec titre et 9 % des propriétaires sans titre souhaitent déménager ; alors que c'est le cas de 13 % des personnes hébergées par leur famille et même de plus d'un locataire sur quatre). Un autre point d'ancrage mérite également d'être souligné : comme on le verra par la suite, les trois quarts des Tananariviens ont des membres de leur famille dans leur quartier de résidence, ce qui constitue une attache supplémentaire.

Insatisfaction à l'égard de différents aspects du quartier et du logement

L'attachement au quartier et au logement n'implique pourtant pas une parfaite satisfaction des individus. Il se fait au contraire en dépit des inconvénients que le quartier ou le logement peuvent présenter. En effet, les Tananariviens sont nombreux à s'estimer confrontés à des problèmes de logement. Seuls 30% environ considèrent n'être touchés par aucun des problèmes énumérés : logement trop petit, en mauvais état ou trop cher, logement éloigné du lieu de travail, des centres de santé ou des écoles. Bien sûr, ces chiffres renvoient à une appréciation subjective des individus, par conséquent soumise au fait que les besoins ressentis augmentent souvent avec le niveau de vie. Ils sont quoiqu'il en soit intéressants dans la mesure où ils indiquent un certain degré d'insatisfaction de la population concernant ses conditions de logement.

De même, interrogés sur différents aspects de leur quartier, les Tananariviens soulignent un certain nombre de lacunes quant à l'équipement et l'aménagement urbain. L'insatisfaction est particulièrement forte en ce qui concerne les opportunités d'emploi dans le quartier (les trois quarts des individus n'en sont pas satisfaits) et les équipements culturels (78 % se déclarent insatisfaits sur ce point). Mais elle concerne aussi d'autres domaines ; par exemple, 44 % déplorent un défaut d'entretien et de propreté de la voie publique.

D'une manière générale, ces insatisfactions à propos du logement et du quartier sont davantage prégnantes dans les quartiers les plus pauvres. 44 % des Tananariviens (51 % dans les zones à forte concentration de pauvreté) jugent leur logement trop petit, et 34 % (48 % dans les zones à forte pauvreté) en mauvais état. Dans les quartiers les plus pauvres, plus d'un adulte sur quatre déplore l'éloignement de son logement des centres de santé (contre seulement 9 % dans les quartiers riches à forte concentration de richesse).

Tableau 14 : Appréciation des habitants sur leur logement et leur quartier selon le type de quartier

	quartile 1 (Q1)	quartile 2	quartile 3	quartile 4 (Q4)	Q1 à forte concentration de pauvreté	Q4 à forte concentration de richesse	Total
% d'adultes confrontés à ces problèmes de logement							
Trop petit	40	44	41	41	51	41	44
En mauvais état	47	33	29	27	48	18	34
Trop cher	10	13	10	11	10	10	11
Loin du lieu de travail	18	20	17	18	19	12	18
Loin des centres de santé	26	12	12	13	27	9	16
Loin des écoles	15	9	10	12	15	9	12
Aucun des problèmes précédents	27	32	35	31	26	35	31
% des adultes insatisfaits de ces aspects du quartier							
Transports en commun	24	15	8	2	25	9	15
Commerces	31	14	16	29	31	14	20
Opportunités d'emploi	76	70	75	74	77	74	74
Services médicaux	47	30	34	35	50	50	37
Ecoles et établissement d'enseignement	36	18	21	25	38	32	25
Entretien et propreté de la voie publique	53	44	38	40	55	26	44
Equipements culturels	84	76	78	70	86	76	78
Equipements sportifs	78	77	78	70	80	73	76
Au moins 2 motifs d'insatisfaction	14	7	6	4	14	2	8

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

b) Insécurité et stigmatisation du quartier

Insécurité dans le quartier de résidence

Au delà de ses caractéristiques physiques, le quartier peut aussi, du fait des relations qui s'y nouent, exercer sur ses habitants un ensemble de contraintes spécifiques susceptibles de peser sur les trajectoires sociales des individus et sur leur bien-être. Deux de ces caractéristiques risquent en particulier d'avoir des effets délétères sur les individus : l'insécurité et la mauvaise réputation.

Le sentiment d'insécurité est assez répandu à Antananarivo puisqu'en moyenne, 20 % des adultes se sentent en insécurité dans leur quartier. Mais ce sentiment diminue régulièrement avec le niveau de richesse du quartier. **Dans les quartiers les plus pauvres, 23 % des adultes disent ne pas s'y sentir en sécurité, alors qu'ils ne sont que 8 % dans ce cas lorsqu'ils vivent dans des quartiers riches à forte concentration de richesse.**

Le sentiment d'insécurité touche cependant très inégalement les individus selon leur propre niveau de richesse. **D'une façon générale, les plus pauvres se sentent plus souvent en sécurité que les autres, et ce quel que soit le quartier dans lequel ils vivent.** En revanche, le sentiment d'insécurité est, pour

les plus riches, directement corrélé au niveau de richesse de leur quartier, l'insécurité étant bien plus fortement ressentie lorsqu'ils habitent dans des quartiers pauvres (près d'un quart d'entre eux disent alors ne pas se sentir en sécurité).

Tableau 15 : Sentiment d'insécurité dans le quartier selon les revenus du ménage et le type de quartier (% de personnes ne se sentant pas en sécurité)

Type de quartier	quartier Q1	quartier Q2	quartier Q3	quartier Q4	Q1 à forte concentration de pauvreté	Q4 à forte concentration de richesse	Ensemble
1 ^{er} quartile	14	14	14	16	14	-	14
2 ^{ème} quartile	30	26	14	37	31	-	27
3 ^{ème} quartile	25	25	19	18	24	5	22
4 ^{ème} quartile	26	20	18	14	25	6	18
Tous	23	21	17	18	23	8	20

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Le sentiment d'insécurité est étroitement corrélé à la perception de problèmes de violence et de drogue dans le quartier. 89 % des individus déclarant qu'il n'y pas ou pas vraiment de violence ou de problèmes de drogue dans le quartier disent s'y sentir en sécurité contre 49 % de ceux déclarant qu'il y a beaucoup de violence (60 % de ceux déclarant qu'il y a beaucoup de problèmes de drogue).

De tels problèmes sont fréquemment mentionnés. 31 % des individus estiment qu'il y a des problèmes de violence dans leur quartier, 11 % estimant même qu'il y en a beaucoup. Quand aux problèmes de drogue, ils sont 40 % à penser qu'il y en a dans leur quartier, 15 % estimant qu'il y en a beaucoup. Ces problèmes sont signalés dans tous les quartiers. Ils sont néanmoins plus fréquents dans les quartiers pauvres – même si les quartiers pauvres à forte concentration de pauvreté y sont un peu moins exposés que les quartiers pauvres plus hétérogènes.

Tableau 16 : Problèmes de violence et de drogue selon le niveau de richesse du quartier (en %)

	quartier Q1	quartier Q2	quartier Q3zd	quartier Q4	Q1 à forte concentration de pauvreté	Q4 à forte concentration de richesse	Tous
Problèmes de violence	37	31	26	27	34	14	31
Problèmes de drogue	49	40	34	35	45	27	40

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Mauvaise réputation et effet de stigmatisation

Par ailleurs, un tiers des Tananariviens estiment que leur quartier a mauvaise ou très mauvaise réputation. De façon étonnante, on trouve dans tous les quartiers des individus déclarant que leur quartier a mauvaise réputation. Les avis sont cependant significativement différents selon leur composition sociologique, une mauvaise réputation du quartier étant d'autant plus fréquemment constatée que le quartier est pauvre : 44 % des individus vivant dans des quartiers pauvres expriment cet avis, contre seulement 9 % dans les quartiers riches à forte concentration de richesse. Cette mauvaise réputation du quartier peut nuire aux relations sociales des individus. Les effets de stigmatisation peuvent par exemple entraver le recrutement dans un emploi ou affecter la capacité à développer des échanges avec des collègues ou amis. De tels effets ne sont cependant pas fréquemment mis en avant par les habitants d'Antananarivo : ils ne sont que 4 % à affirmer que la mauvaise réputation de leur quartier a déjà nui à leurs relations avec des collègues, amis ou membres de leur famille, 3 % qu'elle a nui à leur recherche d'emploi, 3 % encore à estimer qu'elle leur a fait honte personnellement. Dans l'ensemble, cependant, 9 % (11 % dans les quartiers pauvres) sont concernés par au moins l'un de ces impacts négatifs du quartier. A titre de comparaison, on peut mentionner que dans des quartiers défavorisés de la capitale française, ces effets de stigmatisation semblent davantage accentués puisque 10% des habitants estiment que la mauvaise réputation de leur quartier a nui à leurs relations amicales ou familiales, et 8% ont éprouvé de la honte personnelle vis-à-vis de lieu de résidence (Parizot, Péchoux, Bazin et Chauvin, 2004).

Si le fait d'habiter dans un quartier défavorisé est dans l'ensemble plus souvent stigmatisant, cet effet de stigmatisation est surtout ressenti pour les habitants pauvres des quartiers pauvres. Dans ce type de

quartiers, 17 % des individus du premier quartile de revenu ont ainsi déjà souffert de la mauvaise réputation de leur quartier alors que ce n'est le cas que de 8 % des habitants les plus riches de ces quartiers. **On échappe donc d'autant plus facilement à la mauvaise réputation de son quartier que l'on occupe par ailleurs une position sociale plus valorisée.**

Tableau 17 : Réputation du quartier et relations sociales. % d'individus estimant que la mauvaise réputation du quartier a nui à leurs relations (collègues et amis, famille, recherche d'emploi) ou qu'elle leur a fait honte

Type de quartier	quartier Q1	quartier Q2	quartier Q3	quartier Q4	Q1 à forte concentration de pauvreté	Q4 à forte concentration de richesse	Tous
Revenu individuel							
1 ^{er} quartile	17	12	5	15	17	-	13
2 ^{ème} quartile	11	18	4	18	12	-	13
3 ^{ème} quartile	5	10	4	12	6	-	8
4 ^{ème} quartile	8	6	6	4	6	1	6
Tous	11	11	5	8	11	4	9

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

c) Sociabilité et solidarité

Sociabilité de quartier

Quelles que soient les difficultés qui y sont rencontrées, le quartier peut cependant représenter un support essentiel pour les individus qui y habitent. Lieu de sociabilité, de réconfort et d'entraide, il peut constituer une source de protection et d'intégration sociale. Or c'est dans les quartiers les plus pauvres que ces effets positifs sont les plus marqués. Ce qui peut notamment expliquer le fort attachement de leurs habitants à des lieux pourtant marqués par des problèmes de manque d'équipement, d'insécurité, de violence, etc.

Les quartiers, et plus particulièrement les quartiers les plus pauvres, sont des lieux importants de sociabilité. 91 % des individus disent avoir de bonnes ou très bonnes relations avec leurs voisins et 84 % ont des amis dans le quartier. Les personnes les plus riches déclarent un moins souvent que les autres avoir des amis dans leur quartier (81 %). Toutefois, cette sociabilité de voisinage dépend du type de quartier dans lequel ils résident. En effet, ils ont d'avantage d'amis dans leur quartier lorsqu'ils vivent dans un quartier pauvre que lorsqu'ils vivent dans quartier riche – et ce alors même que les personnes de leur voisinage sont a priori plus éloignées d'eux socialement. Ce qui semble bien indiquer l'importance du contexte de résidence quant aux liens tissés entre voisins. Cette différence est d'ailleurs encore plus marquée lorsque les quartiers sont plus homogènes (seulement 67 % des riches ont des amis dans le quartier quand ils vivent dans les quartiers riches à forte concentration de richesse, alors qu'ils sont 90 % quand ils vivent dans les quartiers pauvres à forte concentration de pauvreté).

Tableau 18 : Pourcentage d'individus ayant des amis dans leur quartier de résidence

Type de quartier	quartier Q1	quartier Q2	quartier Q3	quartier Q4	Q1 à forte concentration de pauvreté	Q4 à forte concentration de richesse	Tous
Revenu individuel							
1 ^{er} quartile	80	92	83	79	79	86	84
2 ^{ème} quartile	88	94	84	71	87	99	86
3 ^{ème} quartile	93	89	84	83	93	68	88
4 ^{ème} quartile	88	86	87	72	90	67	81
Tous	87	90	85	74	87	69	84

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

En dehors même des relations amicales qui peuvent être tissées entre voisins, la sociabilité se repère également au travers des divers échanges que les Tananariviens entretiennent au sein de leur quartier. Les échanges verbaux entre voisins sont également importants puisque la quasi-totalité des individus

(95 %) a parlé plus d'une fois avec un voisin au cours de la semaine écoulée et 73 % plus de six fois (Blanpain et Pan Ké Shon, 1998)¹². Là encore, c'est dans les quartiers les plus pauvres que les discussions entre les voisins sont les plus fréquentes. **Dans des quartiers pauvres d'Antananarivo, 79 % des individus ont parlé au moins 7 fois avec leurs voisins au cours de la dernière semaine, contre 62 % des individus dans les quartiers les plus riches.** Ces différences s'expliquent notamment par les caractéristiques individuelles de leurs habitants : ce sont en effet les individus les plus pauvres qui, d'une manière générale, parlent le plus avec leurs voisins. Mais elles s'expliquent aussi par un effet spécifique du quartier puisque, à niveau égal de revenu individuel, les personnes habitant les quartiers pauvres sont plus sociables que celles des quartiers riches.

Tableau 19 : Pourcentage d'individus ayant parlé plus de 6 fois avec des voisins lors de la semaine écoulée

Type de quartier	quartier Q1	quartier Q2	quartier Q3	quartier Q4	Q1 à forte concentration de pauvreté	Q4 à forte concentration de richesse	Tous
Revenu individuel							
1 ^{er} quartile	83	79	75	74	81	72	80
2 ^{ème} quartile	81	79	70	64	83	78	76
3 ^{ème} quartile	73	79	74	64	73	62	73
4 ^{ème} quartile	74	77	66	60	71	73	67
Tous	79	79	70	62	78	71	73

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Enfin, **le quartier de résidence est bien souvent un espace de regroupement familial.** Les trois quarts des Tananariviens adultes ont en effet des membres de leur famille (hors ceux de leur ménage) qui vivent dans le même quartier qu'eux. La présence de membres de la famille pourrait être une raison déterminante de l'installation ou du maintien dans un quartier – tout particulièrement pour les plus pauvres qui sont 83 % à avoir de la famille dans leur voisinage. Cette proximité familiale pourrait aussi expliquer en partie la présence de personnes riches dans les quartiers pauvres. Nous avons vu en effet que 14 % d'entre elles résident dans les quartiers les plus pauvres et encore 10 % dans des quartiers à forte concentration de pauvreté. Or la probabilité d'avoir, pour ces personnes riches (quartile supérieur), de la famille dans leur voisinage est plus forte lorsqu'elles résident dans un quartier pauvre que lorsqu'elles vivent dans un quartier riche : ils sont 85 % dans ce cas dans les quartiers à forte concentration de pauvreté, contre 61 % dans les quartiers à forte concentration de richesse.

Tableau 20 : Pourcentage d'individus ayant de la famille dans leur quartier de résidence

Type de quartier	quartier Q1	quartier Q2	quartier Q3	quartier Q4	Q1 à forte concentration de pauvreté	Q4 à forte concentration de richesse	Tous
Revenu individuel							
1 ^{er} quartile	90	80	79	67	89	49	83
2 ^{ème} quartile	86	81	82	70	85	23	81
3 ^{ème} quartile	89	75	78	67	91	42	78
4 ^{ème} quartile	78	70	63	65	85	61	67
Tous	87	76	73	66	87	56	76

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Solidarité au sein du quartier

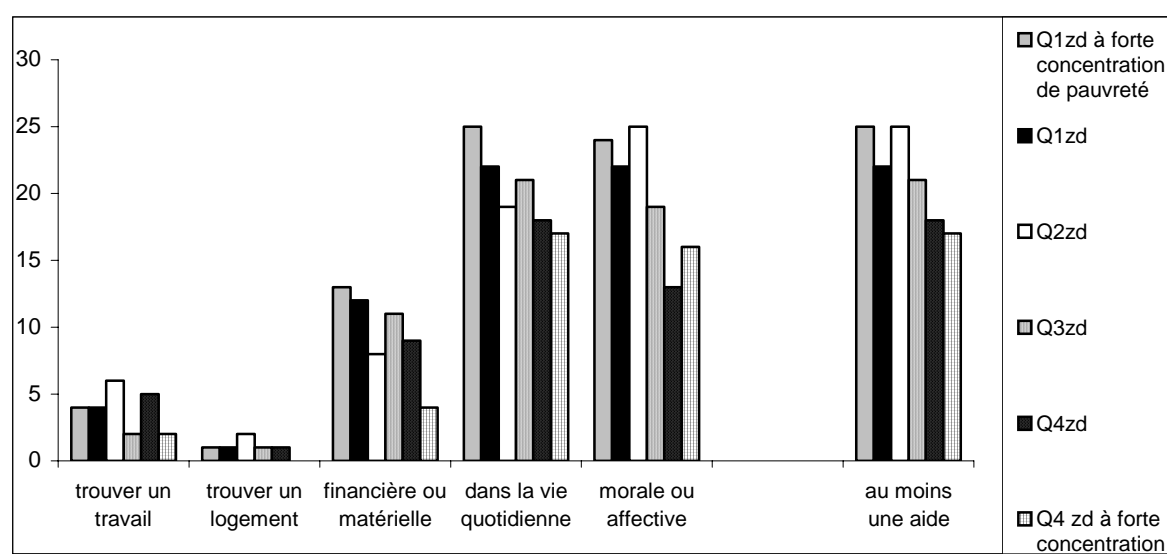
Ancrage dans le quartier et regroupement familial n'impliquent cependant pas systématiquement que le quartier soit un lieu important de solidarité. Certains habitants d'Antananarivo ont en effet un jugement très mesuré sur les solidarités de voisinage. Ainsi, 17 % estiment qu'il n'y a pas vraiment ou pas du tout de solidarité, et la majorité d'entre eux (52 %) déclarent qu'il n'y en a qu'un peu. Dans les quartiers les plus riches et les plus pauvres, l'appréciation sur la solidarité de voisinage est encore plus réservée, plus d'un individu sur cinq estimant qu'il n'y a pas ou peu de solidarité. Ces jugements sont

¹² Cette sociabilité de quartier est nettement plus forte que celle constatée en France par exemple. Les deux grandes enquêtes de l'INSEE sur la sociabilité (enquêtes « contacts » en 1983 et « Relation de la vie quotidienne et isolement » en 1997) ont montré, qu'à peine plus de 50 % des français (55 % en 1983, 51 % en 1997) avaient parlé avec un voisin au cours de la semaine.

corroborés par les déclarations sur les échanges de menus services. Plus de 70 % des individus n'ont en effet échangé aucun service avec leurs voisins au cours de la semaine précédent l'enquête et seuls 16 % ont échangé plus d'un service (ces pourcentages n'étant pas significativement différents selon le niveau de richesse du quartier).

Au-delà de ces simples échanges de service, le questionnaire SIRS permet de mesurer un ensemble de relations d'entraide entre voisins. Dans l'ensemble, les Tananariviens comptent peu sur l'aide de leurs voisins pour trouver un travail (10 % d'entre eux sont dans ce cas) ou un logement (8 %), ni pour recevoir une aide matérielle ou financière (15 %). Ils sont un peu plus nombreux à estimer pouvoir compter sur une aide dans la vie quotidienne, par exemple pour un coup de main, etc. (26 %) ou un soutien moral ou affectif (24 %). **Plus de 60 % estiment ne pas pouvoir compter sur un voisin pour aucun de ces types d'aide.** Ce sentiment de pouvoir peu compter sur ses voisins correspond assez bien à l'aide qu'ils en reçoivent dans les faits, puisque 82 % des individus disent n'avoir reçu de leurs voisins aucune aide dans aucun de ces domaines au cours des six derniers mois.

Graphique 6 : Proportion d'individus aidés par des voisins au cours des 6 derniers mois selon le type de quartier de résidence



Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

On trouve là encore des différences selon les quartiers. Dans les quartiers les plus riches, la proportion d'individus aidés par des voisins est sensiblement plus faible que dans les quartiers appartenant aux 50 % les plus pauvres. Dans les quartiers pauvres à forte concentration de pauvreté, le risque de n'avoir reçu aucune aide d'aucune sorte, même s'il demeure très important, est bien plus faible que dans les quartiers riches (76 % contre 83 %).

On peut donc relier la puissance de l'attachement aux quartiers pauvres avec la qualité des liens sociaux qui s'y nouent. En dépit des nombreux handicaps qu'ils présentent, ces quartiers offrent en effet un espace de réconfort et d'échange susceptible de tempérer les effets négatifs de la pauvreté. On peut d'ailleurs souligner parallèlement que dans ces quartiers, la participation à des associations locales (animation, défense du quartier, ...) est beaucoup plus fréquente que dans les autres : 49 % des personnes habitant dans un quartier pauvre participent régulièrement ou occasionnellement aux activités d'une association de quartier, contre 41 % en moyenne sur l'ensemble de la capitale.

1.2.3 La participation associative

Importance de la participation associative

Les associations traduisent une volonté d'organisation collective en vue de répondre à certaines préoccupations. La participation associative est donc bien sûr un indicateur fort de l'insertion socio-relationnelle des individus. Les associations sont nombreuses à Antananarivo et la participation

fréquente, tout particulièrement en ce qui concerne les associations religieuses et les associations familiales. **70 % des habitants adultes d'Antananarivo participent aux activités d'au moins une association.** Plus d'un sur deux participe aux activités de deux associations, et même un sur trois aux activités d'au moins trois associations.

La participation aux associations dépend peu du sexe, à l'exception de la participation aux associations professionnelles plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, et de la participation aux associations religieuses plus fréquente et plus intense chez les femmes : **53 % des femmes participent aux activités d'une association religieuse et 26 % y participent régulièrement contre respectivement 39 % et 19 % des hommes.**

On constate cependant que la participation associative est plus fréquente chez les plus riches (76 % d'entre eux participent aux activités d'au moins une association) que chez les plus pauvres (67 %). Cette différence renvoie essentiellement au fait que les plus pauvres participent moins souvent à une association familiale (42 % y participent contre 49 % en moyenne) et dans une moindre mesure à une association professionnelle (11 % y participent contre 16 % en moyenne)

Tableau 21 : Participation aux activités d'une association selon le type d'association (en %)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Association politique	8	6	7
Association professionnelle	20	12	16
Association de quartier	42	40	41
Association religieuse	39	53	47
Association familiale	49	49	49
Au moins une participation associative	70	71	70

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Tableau 22 : Multi-participation associative : % d'adultes participant à des activités associatives, selon le niveau de revenu et le nombres d'associations fréquentées

	Au moins 1 association	Au moins 2 associations	Au moins 3 associations	4 associations et plus
1er quartile	67	54	35	17
2 ^{ème} quartile	67	54	30	17
3 ^{ème} quartile	69	53	31	19
4 ^{ème} quartile	76	62	38	23
Ensemble	70	56	33	19

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Participation associative et soutien psychologique

La participation associative est souvent une source essentielle de support social pour les individus. Elle leur permet d'entrer dans un réseau susceptible de leur apporter aide, réconfort et sentiment d'utilité. La fonction de réconfort moral des associations est évidente lorsque l'on prend en considération les aides reçues par les individus en provenance des associations ou ONG. Si peu de Tananariviens ont trouvé auprès d'elles une aide matérielle au cours des six derniers mois (1 % en ont reçu une aide pour trouver un logement ou un travail, 2 % une aide dans la vie quotidienne et 3 % une aide financière), les associations ou ONG contribuent en revanche fortement au soutien moral, puisque 25 % des individus font mention de cette sorte d'aide. Or ce soutien est très lié au fait de participer aux activités d'une association. La probabilité d'être aidé par une association est par multipliée par 1,9 lorsque les individus participent à une association de quartier, par 2,1 lorsqu'ils participent à une association familiale, et par 2,9 lorsqu'ils participent aux activités d'une association religieuse. **Dans l'ensemble, participer aux activités d'une association multiplie par 4,7 la probabilité d'affirmer avoir reçu un soutien moral ou affectif d'une association ou ONG au cours des six derniers mois.**

Tableau 23 : Pourcentage d'individus ayant reçu un soutien psychologique ou moral d'une association selon leur participation associative

Type d'association	Participation	Hommes	Femmes	ensemble
Association de quartier	Ne participe pas	17,1	20,1	18,3
	Participe	26,5	42,3	35,6
Association professionnelle	Ne participe pas	20,2	24,5	23,0
	Participe	22,3	35,3	35,9
Association politique	Ne participe pas	21,7	26,9	25,5
	Participe	23,6	26,6	24,6
association familiale	Ne participe pas	17,5	16,5	16,7
	Participe	26,1	35,2	35,7
association religieuse	Ne participe pas	12,6	12,3	13,3
	Participe	31,1	40,9	39,2
Au moins une association	Ne participe pas	5,7	7,8	6,8
	Participe	27,5	36,3	32,2

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

1.3 L'essoufflement du Fihavanana ?

a) Le soutien social

Ce que les malgaches qualifient de Fihavanana renvoie en partie à ce que la littérature sociologique nomme le soutien social. L'ensemble des relations interpersonnelles constitue en effet un support des individus en leur apportant aide, réconfort, énergie collective. De l'importance de ces relations dépend en partie l'intégration sociale des personnes. Dans sa dimension instrumentale, le soutien social, lorsqu'il est financier ou matériel, permet d'améliorer le niveau de vie des individus. Les aides pour trouver un logement ou un travail sont une source de richesse qui augmente les capacités d'action des individus. Les « coups de main » dans la vie quotidienne et le soutien moral ou affectif jouent conjointement sur les déterminants objectifs et subjectifs de la pauvreté, en limitant les dépenses des individus ou en leur libérant du temps mais aussi en favorisant les conditions psychologiques nécessaires pour éviter l'enfermement dans la pauvreté (capacité d'action, estime de soi, etc.). Dans sa dimension intrinsèque, le soutien social dont bénéficie (ou que dispense) un individu est un indicateur de son insertion socio-relationnelle. En effet, comme l'a énoncé Claude Levi-Strauss, « il y a plus dans l'échange que les choses échangées » et les aides reçues ou données sont aussi l'occasion de tisser des liens sociaux et de marquer des positions sociales : ne recevoir aucune aide d'aucune sorte peut être le signe d'une mise hors du jeu social ; être soutenu sans pouvoir rendre peut être porteur de dévalorisation subjective ; donner sans recevoir peut être une façon de « se faire valoir », de manifester la valeur et les mérites de sa personne. La place relative des individus dans le système de l'aide est donc aussi un facteur influençant la reconnaissance sociale.

Les Tananariviens de 18 ans ou plus ont été interrogés sur les aides qu'ils ont reçues, et celles qu'ils ont données, dans cinq domaines : aides pour trouver un travail, un logement, aides financières ou matérielles, aides dans la vie quotidienne (y compris des « coups de main ») et, enfin, le soutien moral ou affectif. L'enquête révèle que les aides reçues et données ne se répartissent pas aléatoirement selon les individus mais répondent au contraire à des logiques sociales spécifiques. En ce sens, comme le signale D. Galibert¹³, le Fihavanana serait moins un contrat global de citoyenneté qu'une relation de confiance mutuelle réservée à une parenté effective éventuellement étendue aux voisins immédiats.

¹³ Galibert Didier. *Etat et société à Madagascar depuis l'indépendance*. http://amis.univ-reunion.fr/Conference/Complement/217_mada

La famille est au cœur du soutien social. Les personnes sont plus fréquemment aidées par leur famille (74 % des individus ont reçu au moins un type d'aide de leur famille au cours des 6 derniers mois) **que par leurs amis ou voisins** (32 % environ des individus déclarant dans chaque cas avoir été aidé au moins une fois) **ou par des associations** (27 %). Les institutions ou services publics quant à eux ne jouent un rôle que pour un nombre marginal de personnes. L'ampleur de l'entraide constatée ne doit pas occulter le fait que **20 % des adultes estiment n'avoir reçu aucune aide au cours des six derniers mois**, ni par leurs proches, ni par des institutions, services publics ou associations, et ce dans aucun des domaines interrogés. Cela peut renvoyer à des situations différentes pour les individus, que ce soit parce qu'ils n'ont pas eu besoin d'aide, qu'ils n'en ont pas sollicité, parce qu'ils n'ont trouvé personne pour les aider, ou encore parce qu'ils ne perçoivent pas l'action d'autrui comme une aide.

Tableau 24 : Ne pas être aidé par ses proches. Pourcentage de personnes n'ayant pas reçu d'aide au cours des 6 derniers mois

N'a pas été aidé par	Par la famille	Par des amis	Par des voisins	Par des institutions / services publics	Par des associations ou ONG	Par personne
Type d'aide						
Trouver un travail	89,2	91,7	95,5	99,7	98,7	84,8
Trouver un logement	94,7	98,2	98,8	99,7	99,5	93,3
Financière ou matérielle	52,2	87,4	89,9	99,4	97,6	47,1
Dans la vie quotidienne	46,3	86,8	79,8	99,6	98,1	41,1
Soutien moral ou affectif	46,9	76,4	80,2	98,0	74,6	37,5
Total : n'a reçu aucune aide	26,2	68,0	67,7	97,3	73,2	19,6

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

On peut se demander si les différentes sources potentielles de soutien permettent de compenser le déficit de l'une d'entre elles. Par exemple, en cas d'incapacité de la famille à aider un individu, est-ce que les amis, les voisins ou encore des organisations formelles peuvent en quelque sorte prendre le relais ? En réalité, on constate le contraire, les sources des aides reçues étant étroitement corrélées. Ainsi, ne pas être aidé par sa famille est associé à une très forte probabilité de ne pas l'être non plus par des amis ou de voisins (c'est le cas plus de 90 % des personnes n'ayant pas reçu d'aide de leur famille). Loin de se compenser les unes les autres, les différentes sources d'aide se renforcent donc mutuellement. Un même constat de renforcement s'impose (même s'il est moins marqué) concernant les types d'aides reçues par les individus. Ne pas avoir été aidé financièrement accroît par exemple significativement le risque de ne pas recevoir non plus de soutien moral et affectif, ou encore d'aides dans la vie quotidienne (parmi les personnes n'ayant pas reçu d'aide financière, 69 % n'ont pas reçu d'aide dans la vie quotidienne, 54 % n'ont pas bénéficié de soutien moral ou affectif). **Ainsi, loin de se substituer les uns aux autres ou de se compenser, les sources et types d'aides se renforcent mutuellement, amplifiant par là même les inégalités entre les individus.**

De plus l'aide reçue (de toute origine et de toute nature) est moins fréquente chez les plus pauvres que chez les plus riches. **La pauvreté monétaire réduit sensiblement la probabilité d'être aidé** : 26 % des pauvres (les individus du premier quartile de revenus) n'ont reçu aucune aide (dans les domaines financier, matériel, de la vie quotidienne ou du soutien moral ou affectif) contre 18 % des riches (individus du quatrième quartile)

Tableau 25 : L'interdépendance des sources d'aide. Proportion d'individus, parmi ceux n'étant pas aidés par l'une ou l'autre des sources de soutien, qui n'ont pas été aidés par les autres sources

Aucune aide reçue Parmi ceux qui n'ont reçu aucune aide de	De la famille	Des amis	Des voisins	D'associations	De personne
de la famille	100	90	94	87	87
des amis	35	100	79	76	34
des voisins	37	80	100	76	34
Moyenne	26	68	68	73	20

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Clef de lecture : par les personnes qui n'ont reçu aucune aide de leur famille, 90% n'ont reçu aucune aide de leurs amis et 94% n'ont reçu aucune aide de leurs voisins.

Tableau 26 : L'interdépendance des types d'aide. Proportion d'individus, parmi ceux n'ayant pas reçu un type d'aide particulier, qui n'ont pas non plus reçu les autres types d'aide (% par ligne)

Aucune aide reçue Parmi ceux qui n'ont reçu aucune aide	Trouver un travail	Trouver un logement	Financière - matérielle	Dans la vie quotidienne	Morale ou affective	aucune aide
pour trouver un travail	100	95	51	44	41	23
pour trouver un logement	86	100	49	43	38	21
financière ou mat.	92	97	100	69	54	42
dans la vie quotid.	91	97	79	100	62	48
morale ou affective	92	95	68	68	100	52

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Les aides données

Si pouvoir être aidé en cas de besoin est essentiel, il ne faut pas sous-estimer l'importance du fait d'aider et de pouvoir aider les autres. Il s'agit en effet d'une dimension capitale de l'insertion sociale. Le don est l'amorce d'une relation réciproque, un échange différé que Marcel Mauss a théorisé sous la forme d'un triptyque d'obligations : donner-recevoir-rendre (Mauss, 1983). La rupture de ce « cycle vertueux du don » expose l'individu au risque de voir s'essouffler progressivement les personnes susceptibles de l'aider et au-delà à un sentiment d'inutilité, de dévalorisation, voire de culpabilité. De surcroît, le don est bien plus qu'une simple assurance sur le contre-don à venir; il permet également d'asseoir sa position sociale. Donner est ainsi une façon d'accéder à (ou d'imposer) une forme de reconnaissance sociale. L'aide donnée a donc une dimension expressive qu'il convient de ne pas négliger.

Au total, 27 % des adultes déclarent n'avoir aidé personne au cours des six derniers mois, pour aucun des types d'aides pris en compte. Comme pour les aides reçues, les aides dispensées sont étroitement corrélées entre elles. Ainsi, on aide d'autant plus ses voisins et ses amis que l'on aide sa famille. Et l'on aide d'autant plus quelqu'un dans la vie quotidienne ou financièrement que l'on soutient un proche moralement ou psychologiquement. Par exemple, 90 % des individus n'ayant aidé aucun membre de leur famille n'ont pas aidé non plus d'ami ou de voisin; 78 % des individus n'ayant pas aidé de voisin n'ont pas non plus aidé d'ami (et réciproquement). De même, près de 70 % des individus n'ayant prodigué aucune aide morale n'ont dispensé aucune aide financière ou dans la vie quotidienne.

Tableau 27 : Ne pas avoir aidé autrui lors des 6 derniers mois, selon le type d'aide et de destinataire

% n'ayant pas aidé lors des 6 derniers mois Type d'aide	des membres de la famille	des amis	des voisins	des institutions / services publics	des ONG ou associations	personne
Pour trouver un travail	85,2	88,9	92,0	99,7	99,0	79,6
Pour trouver un logement	91,1	94,5	96,3	99,9	99,6	86,5
Financièrement ou matériellement	60,5	83,9	86,3	99,8	95,1	53,6
Dans la vie quotidienne, un coup de main	58,4	84	78,3	99,8	96,8	50,8
Soutien moral ou affectif	56,2	75,4	76,6	99,5	87,7	50,0
Aucune aide dispensée	32,7	63,2	65,4	99,1	85,7	27,2

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Le système de l'aide

En tenant compte simultanément des aides reçues et des aides données au sein du réseau des proches (famille, amis, voisins) et des organisations formelles, quatre positions relatives dans le système de l'aide peuvent être distinguées. Les « insérés » ont à la fois reçu et dispensé de l'aide au cours des six derniers mois ; les « assistants » ont aidé un proche sans être aidé ; les « assistés » ont été aidés mais n'ont pas aidé en retour ; enfin les « séparés » se situent dans une position marginale par rapport au système de l'aide, puisqu'ils n'ont ni reçu ni dispensé d'aide à des proches.

Les insérés sont les mieux intégrés dans le système de l'aide. Ils constituent d'ailleurs la majorité des individus, mais la probabilité d'être dans une telle position augmente nettement avec le niveau de richesse : 56 % des individus du premier quartile sont insérés contre 72 % de ceux du quatrième quartile. A l'inverse, les séparés sont en dehors de toute relation d'aide. 12 % des adultes sont dans une telle position. **Les plus riches ont une probabilité moindre d'être hors du réseau d'aide : seuls 8 % d'entre eux n'ont ni reçu ni aidé quelqu'un** alors que c'est le cas de 16 % des personnes du premier quartile et 18 % de celles du deuxième quartile.

Tableau 28 : Position dans le système du soutien social selon le revenu (en %)

	Donneurs Receveurs <i>Insérés</i>	Donneurs Non-receveurs <i>Assistants</i>	Non-donneurs Receveurs <i>Assistés</i>	Non-donneurs Non-receveur <i>Séparés</i>
Q1	56	7	21	16
Q2	65	4	13	18
Q3	64	9	16	11
Q4	72	8	12	8
Ensemble	65	7	15	12

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

L'hébergement chez des proches

La précarité en matière de logement constitue une dimension de la pauvreté et risque d'entraver l'intégration sociale des individus. Qu'il s'agisse de leur logement actuel ou d'un logement occupé par le passé, **10% des Tananariviens ont déjà fait l'objet d'une menace d'expulsion de leur logement**. Cette précarité face au logement est deux fois plus fréquente parmi les plus pauvres comparativement aux plus riches (12 % dans le quartile inférieur, contre 6 % dans le quartile supérieur). Elle est également très dépendante de la situation sur le marché du logement. Les propriétaires, avec ou sans titre de logement, ont deux fois moins souvent que les autres fait l'objet d'une menace d'expulsion (respectivement 5 et 6 % relatent cette menace) et ont effectivement moins souvent été expulsés (2 %).

Parmi les personnes ayant été menacées d'une expulsion, 37 % ont effectivement été obligées de quitter leur logement du fait de cette menace. Au total donc, 4 % de la population de la capitale a été, au moins une fois, expulsée de son logement ou obligée de le quitter sous une menace d'expulsion. **Les personnes sans diplôme sont tout particulièrement exposés à ce problème d'expulsion, puisque 7 % d'entre elles ont été expulsées au moins une fois dans leur vie**. Inversement, les personnes les plus riches semblent protégées de ce problème, puisque seul 1 % a dû quitter son logement du fait d'une expulsion (contre 4 % pour les autres).

Un autre symptôme de la précarité face au logement est le fait de se retrouver sans-domicile et de devoir dormir dans la rue. L'enquête SIRS ayant été menée auprès de ménages ordinaires, l'échantillon exclut par définition l'ensemble des personnes sans-abri au moment de l'enquête. Toutefois, un questionnement rétrospectif a permis de repérer ce type de situations vécues par le passé. Au total, **6 % des Tananariviens vivant en ménage ordinaire ont déjà été sans domicile au moins une nuit dans leur vie** (c'est-à-dire à la rue ou dans un centre d'hébergement pour sans-abri, hors période de vacances). Cette proportion apparaît relativement faible en comparaison d'autres pays ; à titre de comparaison, dans des quartiers défavorisés de la capitale française, 15 % de la population adulte (interrogée en 2003) avaient été au moins une nuit sans domicile (21 % des hommes et 11 % des femmes). Par ailleurs, et de façon similaire à ce qui est observé pour les expulsions du logement, les plus riches apparaissent davantage que les autres protégés du risque d'être sans-domicile (seuls 2 % d'entre eux ont été au moins une nuit sans domicile, contre 7 à 8 % dans les trois autres quartiles de revenus) ; et les personnes sans diplôme à l'inverse sont tout particulièrement touchées (12 % contre 3 à 5 % pour les autres niveaux de diplôme).

b) Estime de soi et capacités d'adaptation

Le fihavana est aussi un principe essentiel de reconnaissance et de considération de la position de chacun. L'enquête SIRS permet de mesurer deux indicateurs psychosociaux : l'estime de soi, qui correspond à l'appréciation subjective que les individus ont d'eux-mêmes, et la confiance dans ses capacités, qui renvoie aux possibilités d'action et de participation des individus.

Si l'estime de soi est une donnée individuelle, elle n'est pas indépendante de facteurs sociaux. Elle est en effet intimement liée à l'image que les autres renvoient à l'individu, si bien qu'elle est en partie liée à sa position et son insertion sociales. Et elle affecte en retour les capacités individuelles à établir des relations sociales. Ainsi, une faible estime de soi pourrait être un élément important (à la fois cause et conséquence) des processus d'exclusion sociale.

Pour appréhender l'estime de soi, l'enquête interrogeait quatre questions en particulier (présentées dans le tableau ci-dessous)¹⁴. A partir des réponses données à chacune d'elles, nous avons construit un score additif puis classé la population en quartile. Sont considérés comme ayant une faible estime de soi les 25 % d'individus qui ont le score le plus faible, et comme ayant une forte estime de soi les individus du quartile supérieur.

L'estime de soi est très dépendante du sexe. Les femmes ont répondu deux fois plus souvent que les hommes avoir une faible estime de soi. Elles sont 29 % à se déclarer non satisfaites d'elles-mêmes (contre 21 % des hommes), 34 % à ne pas penser avoir de bonnes qualités (contre 27 % des hommes), 24 % à ne pas se sentir capable de faire les choses aussi bien que la plupart des gens (14 % des hommes). Dans l'ensemble, 17 % d'entre elles ont aux moins données 3 réponses positives sur 4 aux questions mesurant leur faible estime de soi (contre 8 % des hommes). L'importance de cette dévalorisation subjective des femmes est un indicateur fort de l'inégalité des sexes en matière de reconnaissance sociale.

Tableau 29 : L'estime de soi selon le sexe

	% se déclarant en accord avec ces affirmations		
	Hommes	Femmes	Ensemble
Dans l'ensemble je ne suis pas satisfait de moi	21	29	25
Parfois je me sens réellement inutile	20	19	19
Je pense que je n'ai pas de bonnes qualités	27	34	30
Je ne suis pas capable de faire les choses aussi bien que la plupart des gens	14	24	19
Aucune réponse tout à fait d'accord ou plutôt d'accord	53	44	48
Au moins 3 réponses tout à fait d'accord ou plutôt d'accord	8	17	13

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Les femmes au chômage pâtissent tout particulièrement de cette dévalorisation subjective. Elles sont en effet 36 % à avoir donné trois réponses positives sur les quatre questions, contre 8 % des hommes au chômage. De plus, si le diplôme protège de façon très évidente contre une dégradation de l'estime de soi, l'absence ou la faiblesse des diplômes s'avère bien plus défavorable pour les femmes que pour les hommes.

Enfin, l'estime de soi est significativement liée à la position des individus dans le réseau d'aide. Les *assistants* qui ont aidé les autres sans recevoir eux-même d'aides sont les personnes qui ont le plus rarement une faible estime de soi. Ils ne sont en effet que 4 % à être dans ce cas. Dans une moindre mesure, et cela peut sembler étonnant, les *séparés*, qui sont en dehors de toute relation d'aide, ont une estime de soi plutôt bonne. En effet 54 % d'entre eux ont une forte estime de soi et seuls 9 % ont une estime de soi dégradée. Cet effet, qui est cependant moins marqué chez les femmes, peut traduire une certaine fierté lié à l'indépendance vis-à-vis de l'aide, ce qui pourrait signifier qu'être en dehors du réseau d'aide est moins une exclusion qu'un choix stratégique.

¹⁴ Ces questions sont reprises de l'échelle de Self-esteem développée par M. Rosenberg.

Tableau 30 : Estime de soi selon le niveau de diplôme, la situation au regard de l'emploi et la position dans le système d'aide 'en %)

	Faible estime de soi			Forte estime de soi		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Sans diplôme	16	31	25	39	28	32
CEPE	10	20	16	41	39	40
BEPC	7	7	7	56	50	53
Baccalauréat	2	3	3	62	70	65
> Baccalauréat	1	5	3	78	64	73
Actif occupé	7	17	11	52	44	48
Chômeur	8	36	21	53	25	39
Inactif	14	14	14	55	48	50
Inséré	9	17	12	54	45	49
Assistant	4	5	4	53	47	51
Assisté	17	23	20	38	40	39
séparé	6	12	9	64	45	54

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Comme pour l'estime de soi mais de façon moins marquée, les femmes font preuve d'une moindre confiance dans leur capacité d'action que les hommes. Les différences entre les hommes et les femmes sont surtout importante dans les réponses à la question « êtes-vous d'accord ou non avec l'affirmation : je n'ai pas confiance en moi pour résoudre les problèmes qui se présentent ? » : 37 % des femmes sont en effet d'accord avec cette affirmation contre 24 % des hommes. On retrouve pour les capacités d'actions des caractéristiques similaires à celle constatées pour l'estime de soi. On retrouve en particulier des différences identiques selon la position dans le système d'aide, les *séparés* ayant un degré de confiance dans leurs capacités élevé, très proche de celui des *assistants*. Ils sont en effet 62 % à avoir une forte confiance en eux contre 54 % en moyenne (et 46 % pour les *assistés*).

Les jugements des individus sur eux-mêmes sont aussi très corrélés au degré de reconnaissance sociale dont ils jouissent. 91 % des individus ayant une bonne estime de soi et 90 % de ceux qui ont globalement confiance dans leurs capacités s'estiment généralement valorisés par les personnes de leur entourage contre 61 % des adultes ayant une mauvaise estime de soi et 57 % de ceux ayant peu confiance en eux.

Tableau 31 : Sentiment d'être valorisé selon l'estime de soi et la confiance en soi (en %)

% d'individus se sentant valorisés par	Ses proches (famille, amis)	Les personnes rencontrées dans la vie professionnelles	Les autres personnes (voisins, commerçants)	Les trois
Mauvaise estime de soi	76	80	78	61
Bonne estime de soi	97	96	95	91
Mauvaise confiance en soi	73	76	72	57
Bonne confiance en soi	96	97	95	90
Ensemble	92	93	90	83

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

2 L'INTEGRATION PAR LE TRAVAIL ET LA PARTICIPATION CITOYENNE

2.1 La participation organique

Nous avons jusqu'à présent analysé les liens sociaux au travers de l'insertion socio-relationnelle. Une autre dimension essentielle de l'intégration sociale réside dans les liens de participation organique. La fonction productive tient une telle place dans les sociétés actuelles que la fonction intégratrice du travail est très importante. Le travail conditionne en effet les revenus propres à assurer l'existence des personnes et de leurs familles, et il détermine de surcroît, au moins pour une part, les statuts sociaux et les différenciations sociales. Nous étudierons dans cette partie différentes formes d'intégration par le travail. Dans la mesure où le diplôme devient un élément déterminant du mode d'entrée et d'installation dans la vie professionnelle, nous commencerons par étudier les inégalités de parcours

scolaires et leurs liens avec l’insertion sur le marché du travail. Dans un second temps, nous rendrons compte de l’intégration au travers de l’emploi et des caractéristiques objectives du marché du travail, puis du rapport subjectif que les individus entretiennent avec leur travail. Enfin, un dernier temps sera consacré à l’appréciation que les individus portent sur leur situation financière et leur éventuelle vulnérabilité matérielle – et ce que les personnes exercent ou non un emploi.

2.1.1 La formation scolaire

La scolarisation et les diplômes obtenus constituent des éléments importants de l’insertion et de la participation sociale à l’âge adulte. Ils conditionnent les capacités à s’insérer sur le marché du travail ; mais ils influencent aussi, plus largement, l’insertion dans différentes sphères sociales du fait, notamment, du capital culturel acquis et du fait qu’ils constituent en soi une valeur sociale souvent distinctive (c’est notamment le cas de la maîtrise du français à Antananarivo). La satisfaction générale à l’égard du parcours scolaire influe également sur la manière d’envisager sa situation professionnelle et sur l’image de soi construite en référence à cette situation.

a) Les niveaux de formation

Les personnes non diplômées

Peu d’adultes résidant à Antananarivo n’ont eu aucun contact avec l’école. Ils ne sont en effet que 2 % à ne pas répondre aux questions portant sur la scolarité primaire. Beaucoup plus nombreux en revanche sont ceux qui n’ont obtenu aucun diplôme, ce qui indique que la scolarisation primaire n’a pas abouti. Un tel échec est une source de handicap pour les personnes concernées du fait que la maîtrise des notions essentielles à l’insertion dans la vie moderne (tout particulièrement savoir lire, écrire et compter) risque de ne pas avoir été acquise.

Sur l’ensemble des personnes âgées d’au moins 18 ans, **18 % des hommes et 28 % des femmes n’ont aucun diplôme**. Ces chiffres importants doivent néanmoins être rapportés à l’âge. La part de personnes non diplômées diminue régulièrement au fil des générations, à l’exception notable de la génération des 18-24 ans (celle ayant effectué leur scolarisation primaire dans les années 1990). Alors que le pourcentage de non-diplômés s’était réduit de 52 % dans la génération des plus de 64 ans à 16 % dans celle des 25-34 ans, on trouve 23 % de personnes sans diplôme dans la plus jeune génération d’adultes. Les progrès de la scolarisation des femmes ont été très rapides jusque dans les années 80, contribuant alors à une réduction des inégalités d’accès à un diplôme entre les hommes et les femmes. Mais le recul de la scolarisation des femmes a commencé plus tôt que celui des hommes (les femmes ayant fait leur scolarité primaire dans les années 80 ont moins souvent un titre scolaire que celles de la génération précédente) et a été aussi plus marqué.

Tableau 32 : Pourcentage d’adultes n’ayant aucun diplôme selon l’âge et le sexe

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65 ans et +	tous
Hommes	19	11	16	24	21	37	18
Femmes	28	22	19	30	40	66	28
ensemble	23	16	18	27	31	52	23

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Maîtrise de la lecture et de l’écriture

En dehors de la détention d’un titre scolaire, la maîtrise de la lecture et de l’écriture sont des conditions nécessaires à une bonne intégration dans un monde urbain où l’écrit a pris une place capitale. Dans l’ensemble, 5 % seulement des Tananariviens adultes éprouvent *beaucoup* de difficultés dans la vie courante pour lire le Malgache mais ils sont 21 % à éprouver de telles difficultés pour lire en Français. On peut supposer néanmoins que les handicaps liés à un défaut de maîtrise de la lecture touchent aussi les personnes qui ont répondu avoir « un peu » de difficultés à lire. En additionnant les réponses « un peu » et « beaucoup » de difficultés, on trouve que **13 % des adultes (16 % des femmes) ont des difficultés à lire le Malgache, et 41 % (46 % des femmes) à lire le Français**. Les

difficultés de maîtrise de l'écriture sont légèrement plus répandues : 13 % des adultes en éprouvent lorsqu'il s'agit d'écrire en malgache, 45 % lorsqu'il s'agit d'écrire en français.

L'importance sociale particulière de la maîtrise de la lecture et de l'écriture se repère notamment dans les liens qui existent entre le niveau de revenu et le degré d'alphabétisation : 20 % des personnes du premier quartile de revenus ont des difficultés à lire en Malgache et 66 % à lire en Français, contre respectivement 5 % et 18 % dans le quartile le plus riche. La maîtrise du Français apparaît à cet égard particulièrement discriminante en matière de possibilité d'enrichissement, tout particulièrement pour les générations les plus récentes.

Tableau 33 Difficultés à lire en Français selon l'âge et les revenus (en %)

	1 ^{er} quartile (pauvres)	2 ^{ème} quartile	3 ^{ème} quartile	4 ^{ème} quartile (riches)	Ensemble
18-24 ans	71	35	43	13	37
25-34 ans	71	59	48	19	47
35-44 ans	61	62	36	14	38
45-54 ans	66	57	43	20	40
55-64 ans	53	70	52	14	42
65 ans et plus	62	56	61	43	52
Ensemble	66	55	44	18	41

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

A l'exclusion de la génération des 18-24 ans, on constate une tendance à l'augmentation du niveau de formation scolaire (mesurée par les diplômes obtenus) des Tananariviens au fil du temps. Cette augmentation s'est faite néanmoins essentiellement par un développement de la scolarisation primaire, les proportions de personnes ayant le BEPC ou un diplôme de même niveau, celles de personnes ayant le Baccalauréat et celles des adultes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur restant, à partir de la génération des 45-54 ans, pratiquement identiques d'une génération à l'autre.

Tableau 34 : Répartition des niveaux de diplôme par génération (en %)

	Sans diplôme	CEPE	BEPC ou équivalent	Baccalauréat	Diplôme supérieur
18-24 ans	23	23	27	18	10
25-34 ans	16	37	26	12	8
35-44 ans	18	27	27	18	10
45-54 ans	27	26	21	15	11
55-64 ans	31	29	23	7	10
65 ans et plus	52	15	27	2	5
Ensemble	23	28	25	10	10

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

b) Les parcours scolaires

85 % des adultes disent avoir été contraints d'arrêter leurs études. Ce chiffre semble indiquer l'importance que les individus accordent aux études et leur déception devant cette obligation d'interrompre leur scolarité – ainsi que les contraintes sociales pesant sur la scolarité des Tananariviens. Les femmes estiment un peu plus souvent que les hommes avoir dû interrompre leurs études (88 % vs 82 %), ce qui rejoint différents constats sur les inégalités devant l'école faits à Madagascar.

Les contraintes conduisant à l'arrêt des études sont diverses et souvent plurielles. Mais même si ce n'est pas toujours l'unique raison ressentie, la contrainte la plus fréquemment citée pour expliquer l'arrêt de sa scolarité est celle d'un manque de moyens financier : **45 % de la population a dû interrompre sa scolarité parce que cela coûtait trop cher** (ces raisons financières concernant donc 65 % de ceux qui ont dû arrêter leurs études). La seconde contrainte relève d'un souhait, ou d'un besoin, de travailler – et ce plus fréquemment pour les hommes que pour les femmes (respectivement 40 % et 24 %). Cette deuxième explication est en partie liée à la première lorsque cette volonté s'explique par la nécessité de gagner de l'argent. De fait, nombre de personnes ont cité à la fois l'une et l'autre de ces deux explications. On peut souligner par ailleurs que deux autres types d'obstacles (ou de freins) à la poursuite des études touchent tout particulièrement les jeunes femmes : **13 % des femmes ont dû arrêter leurs études parce qu'elles étaient enceintes ou qu'elles se sont mariées**

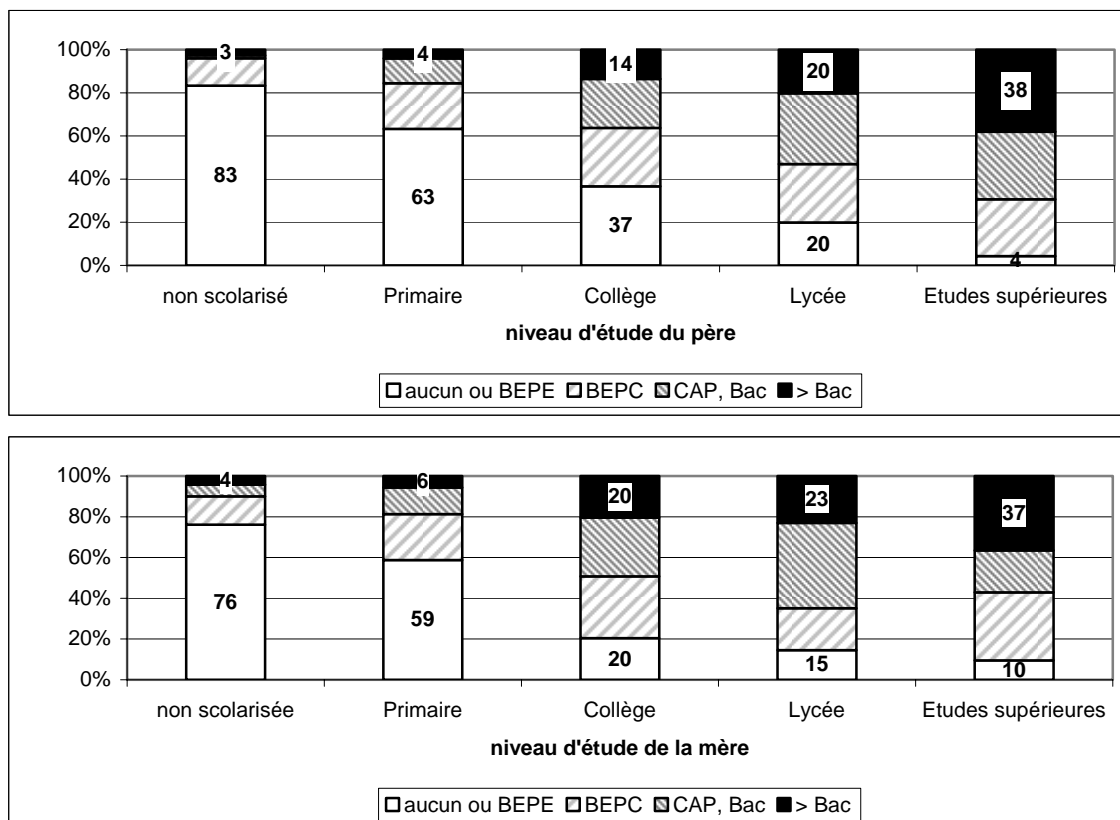
(contre 2 % des hommes) ; et 6 % des femmes ont mis un terme à leur scolarité parce que leur famille ne souhaitait pas qu'elles poursuivent leurs études (contre 4 % des hommes).

Par ailleurs, le redoublement est un événement courant des parcours scolaires : 45 % des personnes ayant suivi ces niveaux d'étude ont redoublé à l'école primaire, 58 % dans le secondaire, et 44 % dans le supérieur. Parmi les personnes concernées par un redoublement, 40 % ont redoublé une fois, 39 % deux fois, 15 % trois fois, 6 % quatre fois ou plus. Les redoublements, tout particulièrement ceux du primaire, ne sont pas sans lien avec l'issue de la scolarité (même si, bien sûr, il ne saurait être question d'en déduire une relation de cause à effet). Les redoublants à l'école primaire sortent plus souvent que les autres du système scolaire sans diplôme (28 % contre 17 %). Ceux d'entre eux qui poursuivent une scolarité secondaire après le passage du CEPE ont également des risques plus importants de ne pas avoir le baccalauréat (12 % l'obtiennent contre 24 % des non redoublants du primaire ayant au moins le CEPE).

La reproduction scolaire entre générations

Dans la mesure où l'alphabétisation et le niveau de diplôme des individus ne dépendent pas uniquement des capacités intellectuelles des enfants, mais aussi de leur environnement sociale, culturel, matériel, etc., il existe une certaine reproduction sociale, entre parents et enfants, quant à l'accès aux formations qualifiantes. C'est-à-dire que **le niveau de diplôme des individus est fortement lié à celui de leurs parents et tend à reproduire la hiérarchie de qualification de génération en génération**. Ainsi, 56 % des personnes dont le père n'a pas été scolarisé (et 51 % dont la mère n'a pas été scolarisée) se trouvent sans aucun diplôme, alors que ce n'est le cas de quasiment aucune des personnes dont le père ou la mère a suivi des études supérieures. Inversement, être diplômé du supérieur ne concerne que 3 ou 4 % des personnes dont le père ou la mère n'a jamais été à l'école, mais 38 ou 37 % de celles dont le père ou la mère a lui-même poursuivi ses études au-delà du Baccalauréat.

Graphique 7 : Niveau de diplôme selon la scolarisation du père et de la mère



Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Intégration scolaire

Parmi les personnes qui ont été à l'école, la majorité estime qu'elles étaient alors bien intégrées (acceptées socialement) en classe : 97 % au primaire, 94 % au secondaire et 93 % dans l'enseignement supérieur. Même si l'on ne peut pas en déduire une relation de cause à effet, on constate que les personnes qui se sentaient mal intégrées à l'école primaire sont deux fois plus nombreuses que les autres à avoir arrêté leurs études sans obtenir aucun diplôme (44 % vs 21 %).

A l'école primaire, cette intégration n'est pas liée au niveau de diplôme des parents. On note en revanche, **dans le secondaire, une moins bonne intégration des enfants dont les parents ont un faible niveau scolaire**¹⁵. Ainsi, parmi ceux qui ont été au collège ou au lycée, le sentiment de ne pas être bien intégré est très fréquent par les personnes dont les parents n'avaient aucun diplôme : par exemple, 17 % lorsque le père n'a pas été scolarisé, contre 6 % lorsqu'il a été jusqu'à l'école primaire ou au collège, et seulement 3 ou 4 % lorsque le père a été au lycée ou a fait des études supérieures.

Enfin, on peut noter que la majorité des personnes qui ont été scolarisées dressent un bilan positif sur leurs années de scolarité. 88 % disent avoir y pris du plaisir (45 % ont tout à fait aimé et 43 % avoir plutôt aimé leurs études), tandis que 9 % n'ont pas vraiment aimé et 3 % pas du tout aimé leurs études. Cette satisfaction est d'autant plus fréquente que les personnes ont poursuivi leurs études. Les diplômés du supérieur sont ainsi 98 % à avoir apprécié leurs études.

2.1.2 L'insertion par le travail

Dans les pays du Nord, le caractère central du travail dans les sociétés marchandes et monétarisées a fait de celui-ci un élément fondamental de l'insertion sociale. Pourvoyeur principal de revenus permettant l'accès à la norme sociale de consommation, il est également source de prestige et indicateur de position sociale. Support souvent essentiel des droits sociaux (en particulier lorsqu'il est salarié), il apporte de surcroît une certaine garantie quant à la sécurité et la protection des individus. Les mutations du marché du travail et de l'organisation productive depuis les années 1980 n'ont pas réduit la centralité du travail. Elles en ont cependant rendu moins automatique son efficacité en terme d'intégration. L'exclusion sociale trouve ainsi en partie sa source dans le processus de raréfaction relative des emplois, de précarisation du marché du travail, et de recul des droits sociaux.

Dans les zones urbaines des pays en développement, le travail est aussi un élément essentiel de l'insertion sociale. Pourtant, cette fonction est souvent imparfaite étant donné que le rapport salarial n'y a pas atteint le degré de normalisation en vigueur dans les pays développés (source de garanties et protections), du fait du faible développement des droits sociaux associés au travail, du fait encore de la segmentation du marché du travail. Cette sous-partie porte sur l'état et le rôle de l'insertion par le travail à Antananarivo en 2003. Le questionnaire SIRS couplé à celui de l'enquête Emploi permettent en effet de rendre compte des expériences et situations professionnelles tant du point de vue des indicateurs objectifs que de celui de la perception des individus de leur situation.

Les données recueillies sont fortement affectées par la crise politique et économique de 2002. Elles marquent en outre un recul important de l'emploi formel, de la salarisation, des revenus réels, du travail et des avantages sociaux. Elles pointent parallèlement une forte montée du chômage et du sous-emploi. Ces variations globales affectent pourtant très différemment les individus selon leur catégorie socio-professionnelle, le secteur dans lequel ils travaillent, leur âge, leur sexe. Elles confirment alors la diversité des situations d'emploi à Antananarivo et, partant, l'inégalité de leurs effets sur l'insertion sociale des individus.

¹⁵ En raison de la faiblesse des effectifs, il est impossible d'établir un lien entre niveau de diplôme des parents et intégration universitaire.

a) Caractéristiques objectives du marché du travail

L'analyse du marché du travail à Antananarivo a été conduite à partir des données recueillies auprès de l'ensemble des membres des ménages enquêtés âgés de plus de 10 ans.

Taux d'activité

La capitale Malgache se caractérise par un taux d'activité relativement élevé au regard des standards internationaux, mais aussi au regard des autres pays d'Afrique. Le **taux d'activité des individus de 10 ans et plus est en effet de 58 %**. (A titre de comparaison, à Yaoundé par exemple, capitale du Cameroun, le taux d'activité des 10 ans et plus était en 1998 inférieur à 50 %). Ce taux d'activité passe à 69 % si l'on restreint la population potentiellement active aux personnes de 15 ans et plus. L'importance de ce taux d'activité est une traduction de la nécessaire mobilisation des membres secondaires des ménages (tout particulièrement les enfants) pour l'apport de revenus monétaires.

Le taux d'activité des femmes est inférieur de 9 points à celui des hommes (respectivement 53 % et 62 %). Cet écart est cependant bien inférieur à ce que l'on constate souvent sur le continent africain. A Yaoundé par exemple, près de 20 points séparaient en 1998 les hommes des femmes.

Chômage

S'il apparaît indispensable qu'une bonne partie des membres des ménages travaillent, tous ne parviennent pas pour autant à occuper un emploi. En 2002, **le chômage¹⁶ atteint 7,4 % de la population active de la capitale**. Ce taux de chômage global recouvre de profondes disparités suivant la catégorie de population. Si la vulnérabilité au chômage n'est pas sensiblement différente entre hommes et femmes (respectivement 7,2 % et 7,6 %), elle varie fortement suivant la classe d'âge. Les jeunes actifs entre 15 et 24 ans rencontrent les plus grandes difficultés à s'insérer sur le marché du travail. Sans distinction de sexe, ce sont les seules tranches d'âge qui enregistrent un taux de chômage à deux chiffres (17 %). A partir de 25 ans en revanche, les taux de chômage décroissent fortement : 8 % des actifs de 25-34 ans sont au chômage, 4 % de ceux de 35-44 ans le sont, puis 2 % des 45-54 ans et 0,5 % des 55 ans et plus.

Un tiers (33 %) des chômeurs sont des « primo-demandeurs » (qui tentent d'obtenir leur premier emploi). Ceux là sont essentiellement des jeunes (près des trois quarts d'entre eux ont en effet moins de 25 ans) et ont un niveau d'éducation relativement élevé (presque 70 % ont accédé aux études secondaires, et 19 % aux études supérieures). Or, 61 % d'entre eux sont au chômage depuis plus de un an. L'importance du chômage des jeunes diplômés et la longueur des durées de chômage traduisent l'insuffisance des emplois offerts, tout particulièrement dans le secteur formel. 88 % de ces jeunes cherchent en effet un emploi de salarié, dont plus de 55 % dans des grandes entreprises ou des PME. Enfin, en dépit du caractère inconfortable de leur situation, la moitié d'entre eux dit ne jamais vouloir créer ou travailler dans une micro entreprise (petit commerce au bord de rue, petit atelier, ...) même si leur chômage devait se prolonger. On mesure là l'effet repoussoir de ce type d'activité qui assure bien souvent des revenus à peine suffisants pour vivre.

Les autres chômeurs sont des « anciens occupés » qui, dans 81 % des cas, ont été licenciés. Ils se distinguent des « primo demandeurs » par leur relativement faible qualification et se recrutent surtout dans les catégories socio-professionnelles les plus basses. Ils s'en distinguent également par une ancienneté dans le chômage bien moins grande : « seuls » 26 % d'entre eux sont des chômeurs de longue durée.

Dans leur grande majorité (91 % dans l'ensemble et 95 % des « primo-demandeurs »), les chômeurs sont pris en charge dans leur foyer pour vivre. Et 5 % bénéficient d'une aide financière de leur famille. On retrouve ici la force des liens familiaux soulignée dans le premier chapitre. La famille peut donc prendre en charge des chômeurs pour des durées souvent longues. Néanmoins, une telle capacité est

¹⁶ Au sens du BIT.

évidemment très fortement dépendante du niveau de ressource du foyer. Inversement, seuls 0,6 % déclarent vivre grâce à une indemnité de chômage, ce qui reflète la faiblesse de la protection sociale à Madagascar.

L'emploi

Le salariat ne caractérise pas la majorité des emplois. **Le taux de salarisation, est en effet à Antananarivo de 48 % en recul par rapport à la dernière enquête emploi où il était de 54 %.** La faiblesse de la formalisation du marché du travail est encore plus grande si on prend en compte les caractéristiques du rapport salarial. 38 % des salariés n'ont pas de contrat de travail (même si 34 % disent bénéficier d'un accord verbal), 40 % pas de feuille de paye, ce qui indique une certaine labilité de la relation salariale. Ainsi, dans la mesure où 13 % des salariés ont un contrat à durée déterminée, moins d'un salarié sur deux bénéficie d'un contrat à durée indéterminée.

Les indépendants sont constitués de patrons (5 %), mais surtout de personnes à leur propre compte (37 %) c'est à dire d'individus ayant constitué leur propre activité, dépourvue de salariés, bien souvent informelle. On compte également 11 % d'apprentis et d'aides familial.

Tableau 35 : Structure de la population active par catégorie socio-professionnelle (%)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Cadres	8,4	4,4	6,6
Employés et ouvriers qualifiés	25,3	16,8	21,3
Employés et ouvriers non qualifiés	19,7	20,3	20,0
Total salariés	53,4	41,5	47,9
Patrons	6,2	3,2	4,8
A son compte	33,2	40,4	36,5
Apprentis et aides familial	7,2	14,9	10,8
Total non salariés	46,6	58,5	52,1

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

La répartition par catégorie socio-professionnelle recoupe donc en partie la répartition par secteur institutionnel. On distingue cinq secteurs : les administrations publiques, le secteur parapublic, le secteur privé formel, le secteur informel et enfin le secteur social. La crise a favorisé la *recolonisation* de l'emploi par le secteur informel. **Le secteur informel est le principal secteur économique avec 60 % des actifs occupés** en 2003, contre 53 % en 2001. Le secteur privé moderne vient en seconde position avec 27 % des emplois. Enfin, seulement 11 % des actifs occupés travaillent dans le secteur public (8 % dans l'administration et 3 % dans les entreprises parapubliques). Il convient ainsi de noter la prédominance du secteur privé. Quant au secteur associatif, il n'emploie que 2 % des actifs occupés.

Les emplois publics absorbent plus de la moitié des emplois salariés qualifiés, puisque 58 % des cadres supérieurs et 46 % des cadres moyens y travaillent. Le niveau scolaire moyen de la main-d'œuvre y atteint 11 ans, et 35 % ont fait des études supérieures. C'est encore dans ce secteur que l'âge moyen est le plus élevé (44 ans), résultat associé à une très forte stabilité des emplois (11 ans en moyenne). Concernant le **secteur privé formel**, on peut noter qu'un quart des effectifs correspondant sont employés dans des établissements de plus de 100 personnes, et que 27 % travaillent dans des établissements de moins de 6 personnes.

La main-d'œuvre du secteur informel se concentre dans des établissements de petite taille exerçant dans des conditions d'activité précaires. 93 % des emplois proviennent d'unités de production de moins de 6 personnes, et 65 % sont des auto-emplois. Ceci se traduit par le taux de salarisation le plus faible de l'ensemble des secteurs institutionnels, 22 %. La précarité des établissements se mesure par le fait que 30 % seulement des emplois s'exercent dans de véritables établissements, tandis que 29 % s'exercent sur la voie publique, 36 % à domicile et 8 % sur des marchés. Ce secteur concentre l'essentiel de la main d'œuvre faiblement scolarisée puisque 77 % des actifs n'ayant pas atteint le niveau secondaire sont employés dans le secteur informel. La main-d'œuvre y est relativement jeune (24 % ont moins de 25 ans). De plus, c'est le secteur le plus féminisé (67 % des femmes y sont employées).

Revenus du travail et conditions d'activité

Les revenus perçus et les conditions de travail constituent de bons indicateurs de la qualité des emplois générés par les différents secteurs institutionnels. Or en la matière, tout oppose le secteur formel (administration, entreprises publiques, privées formelles et associatives) au secteur informel. Dans le **secteur public**, où l'ancienneté moyenne des salariés est la plus élevée, les revenus sont les plus élevés, avec un revenu moyen mensuel cependant plus important dans les entreprises publiques que dans l'administration : 724 000 Fmg contre 664 000 Fmg. Dans les **entreprises privées formelles**, l'ancienneté est beaucoup plus faible (5,6 ans). Le revenu moyen mensuel atteint 456 000 Fmg, tandis que le revenu médian est de 260 000 Fmg par mois. C'est dans le secteur privé formel que la charge de travail est la plus lourde, avec plus de 46 heures hebdomadaires. Enfin, le **secteur privé informel** a une position très particulière. L'ancienneté des actifs (7,2 ans) y est plus faible que dans le secteur public, mais plus élevée que celle du secteur privé formel, et le revenu moyen est bas, bien que supérieur de 38 % au salaire minimum en vigueur : soit 237 000 Fmg par mois, pour 39,8 heures de travail hebdomadaire. De plus, 70 % des emplois informels sont permanents. Ce résultat montre clairement que le secteur informel n'est pas principalement caractérisé par des emplois occasionnels qui génèrent des revenus d'appoint.

Tableau 36 Caractéristiques de l'emploi principal par secteur institutionnel

	Horaires hebdomadaires (heures)	Revenus mensuels (x1 000 Fmg)			Ancienneté moyenne (années)
		moyen	médian	horaire	
Administration publique	41,4	664	490	3,82	11,5
Entreprises publiques	43,2	724	490	3,99	9,6
Entreprises privées formelles	46,2	456	260	2,35	5,6
Entreprises privées informelles	39,8	237	130	1,42	7,2
Entreprises associatives	47,0	332	260	1,68	6,4
Total	41,9	347	250	1,97	7,2

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Ces écarts de revenus entre secteurs s'expliquent, en partie, par les différences de structures d'emplois entre les secteurs d'activité. Dans le public, 31 % des actifs sont des cadres (moyens ou supérieurs) alors que, dans le secteur informel, 59 % des actifs travaillent à leur propre compte sans diriger de salariés. On est donc conduit, pour permettre les comparaisons, à combiner catégories sociales et secteurs d'activité (public, privé, formel ou informel ; voir tableau).

A secteur institutionnel donné, la hiérarchie salariale est toujours respectée, des cadres supérieurs aux manœuvres. Cependant, l'existence d'une forte composante non salariale sur le marché du travail vient brouiller les cartes de cette hiérarchie. En particulier, les travailleurs à leur propre compte, qui représentent 37 % des emplois, obtiennent des revenus d'activité très hétérogènes. Ce sont bien sûr les **cadres et les patrons** qui gagnent le plus : 1 148 000 Fmg en moyenne dans le secteur public, 1 142 000 Fmg dans le secteur privé formel et 685 000 Fmg dans le secteur informel. L'avantage en faveur des cadres du privé s'explique par l'existence de catégories minoritaires très privilégiées en matière de salaire. Cet avantage se réduit lorsqu'on retient le revenu médian. Il n'est plus que de 790 000 Fmg pour le privé contre 970 000 Fmg pour les cadres du secteur public, alors qu'il n'atteint que 670 000 Fmg dans le secteur informel. Viennent ensuite les **employés et ouvriers**, dont les revenus sont très nettement inférieurs, pour des horaires moyens relativement lourds. L'écart est également très net entre les secteurs formel et informel pour les employés, ouvriers. Leur revenu moyen est inférieur de 15 % dans l'informel par rapport à leurs homologues du privé formel et de 38 % par rapport aux employés et ouvriers du secteur public. Mais ce sont aussi ces employés et ouvriers du secteur public qui enregistrent la plus forte ancienneté, avec une durée moyenne dans l'emploi proche de 12 ans.

Chez les **manœuvres, les apprentis et les aides familiaux**, la situation est tout aussi contrastée, l'écart des revenus moyens étant également en défaveur de l'informel. Ceci s'explique en partie par la plus forte proportion d'aides familiaux non rémunérés. Enfin, les **travailleurs à compte propre** du secteur informel bénéficient en moyenne de revenus relativement faibles : 269 000 Fmg par mois, soit 28 % de moins que les employés et ouvriers du secteur privé formel et 49 % de moins que ceux du secteur

public. 22 % des travailleurs à compte propre gagnent moins de la moitié du salaire minimum, soit 86.000 Fmg par mois, et seulement 5 % plus de 688 000 Fmg, soit plus de 4 fois le salaire minimum.

Au total, 40 % des actifs occupés perçoivent moins de 172.000 Fmg par mois, un montant qui correspond au salaire minimum des catégories les moins qualifiées, en 2002. Mais ils sont 55 % dans le secteur informel.

Tableau 37 : Caractéristiques de l'emploi principal par secteur institutionnel et catégorie socio-professionnelle

	Effectif (en milliers)	Répartition (%)	Ancienneté (années)	Horaires hebdomadaires (heures)	Revenu mensuel	
					moyen (x 1 000 Fmg)	médian
Secteur public						
- Cadres	18	3,3	9,2	40,6	1 148	970
- Employés, ouvriers	36	6,7	11,9	42,2	523	442
- Manœuvres et autres	7	1,3	11	43,0	285	270
Secteur privé formel						
- Cadres, patrons	32	5,9	7,0	44,4	1 018	682
- Employés, ouvriers	85	15,8	5,7	46,4	372	298
- Manœuvres et autres	39	7,2	4,6	47,3	145	130
Secteur informel						
- Patrons, cadres	18	3,3	9,9	44,1	630	435
- Travailleurs à leur compte	190	35,3	8,2	39,3	269	194
- Employés, ouvriers	27	5,0	5,0	47,3	276	250
- Manœuvres et autres	87	16,1	5,2	37,4	73	34
Total	539	100,0	7,2	41,9	348	120

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Travail et avantages sociaux

D'une façon générale le travail apporte peu d'avantages sociaux. Seuls 20 % des actifs bénéficient d'une assurance retraite, 14 % de services médicaux particuliers. Ces avantages sont également très différenciés selon le secteur d'activité. Même lorsque la loi les impose, comme c'est le cas pour les congés payés, les employeurs ne les accordent pas forcément. C'est le cas notamment des congés payés. 15 % seulement des actifs disent en avoir bénéficié en 2003, mais ces chiffres sont faibles aussi dans le secteur formel privé et même dans le secteur public¹⁷.

Tableau 38 : Avantages sociaux selon le secteur d'activité (en %)

	Secteur public	Secteur privé formel	Secteur privé informel	Ensemble
Caisse de retraite	72	38	0	20
Congés payés	59	25	1	15
Service médical particulier	45	26	2	14

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

b) Rapport subjectif au travail

L'enquête SIRS a permis de recueillir, auprès des personnes âgées de 18 ans ou plus, leur opinion personnelle sur un ensemble de dimensions liées à leur situation professionnelle. Ces opinions subjectives sont l'objet de cette sous-partie.

¹⁷ Eric Norbert Ramilison note une tendance au recul des avantages sociaux accordés par les employeurs à la suite de la crise de 2002. Dans le secteur public, il attribue la faiblesse des congés accordés en 2003 par une stratégie visant à enregistrer les périodes d'inactivité de 2002 (liées à la crise politique) comme une prise de congés anticipés et donc défalqués des congés en 2003. Cf. : Ramilison EN. *Impact de la crise politico-économique de 2002 sur l'emploi et les conditions d'activité des ménages de l'agglomération d'Antananarivo*. Madio, Antananarivo.

Jugement sur les conditions de travail

Les actifs occupés sont dans l'ensemble peu satisfaits des conditions financières de leur travail. 25 % d'entre eux se déclarent satisfaits de la rémunération, 17 % des perspectives de carrière, 15 % des avantages sociaux liés à leur emploi actuels. Ils se déclarent plus souvent satisfaits des conditions de travail (51 %) et des horaires de travail (71 %). Ces indices de satisfaction varient cependant avec le type d'emploi occupé. Parmi les salariés, la hiérarchie des positions reflète la hiérarchie des indices de satisfaction. Parmi les non salariés, ce sont les personnes travaillant à leur compte qui se déclarent en plus grosse proportion insatisfaites. Elles totalisent d'ailleurs les plus hauts niveaux d'insatisfaction. A l'inverse, les patrons sont les actifs occupés les plus souvent satisfaits de leur rémunération. Ces indices dépendent aussi du secteur d'activité, tout particulièrement pour ce qui est des perspectives de carrière et des avantages sociaux. Ainsi, dans le secteur public, près de 40 % des actifs s'estiment satisfaits de ces perspectives alors que ce n'est le cas que de 19 % des travailleurs du secteur privé formel et de 11 % des personnes travaillant dans le secteur privé informel.

Rapport au travail

Les actifs occupés marquent un rapport ambigu au travail. Si 83 % d'entre eux jugent intéressant ou très intéressant leur emploi actuel, ils ne tirent pas en majorité une fierté particulière de leur participation à la production. Ils ne sont que 46 % en moyenne à dire être fier ou à peu près fier de travailler pour l'organisation pour laquelle ils travaillent. Par ailleurs, ils sont nombreux à estimer que leur travail est stressant (44 %) et qu'il les empêche de consacrer le temps qu'ils souhaitent à leur famille (45 %). Enfin, **les trois quarts des personnes qui travaillent disent rentrer épuisées du travail.**

Le bien-être au travail dépend là encore de la position sociale des individus et du secteur dans lequel ils travaillent. Dans le secteur public ou para-public, la satisfaction est en général plus importante, alors que le secteur privé informel totalise de hauts degrés d'insatisfaction. Les cadres sont par exemple moins souvent stressés que les autres, déclarent plus souvent que leur travail est intéressant et varié, alors que les ouvriers et employés sont plus insatisfaits. Les jugements portés sur son sont aussi très différenciés selon le sexe. Les hommes déclarent plus souvent que les femmes avoir un travail intéressant (85 % vs 79 %), varié (44 % vs 33 %) et être fier de travailler pour leur organisation (49 % vs 41 %). Ils trouvent cependant plus souvent leur travail stressant (48 % vs 38 %), rentrent plus souvent épuisés (77 % vs 73 %) et déplorent plus souvent manquer de temps pour leur famille (50 % vs 40 %).

Tableau 39 : Jugements portés sur son emploi selon le secteur d'activité (en %)

	Secteur public ou parapublic	Secteur privé formel	Secteur informel	Ensemble
Intéressant	93	87	78	83
Épuisant	75	75	76	76
Fierté de travailler pour cette organisation	62	48	41	46
Empêche de consacrer le temps voulu à sa famille	49	52	51	46
Stressant	38	48	42	45
Varié	51	43	33	39

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Tableau 40 : Jugements portés sur son emploi selon la position socio-professionnelle (en %)

	Cadres	Ouvriers et employés	Patrons	A son compte	Aide familial et apprenti
Intéressant	84	84	88	79	86
Épuisant	72	79	65	74	71
Fierté de travailler pour cette organisation	58	44	74	59	54
Empêche de consacrer le temps voulu à sa famille	42	53	46	40	41
Stressant	42	46	45	43	34
Varié	61	42	48	31	31

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

2.1.3 Jugement porté sur sa situation matérielle

Perception de sa situation financière

La pauvreté peut être appréhendée dans une perspective subjective. Si le critère monétaire est privilégié, il ne s'agit plus de fixer un seuil a priori, mais de recueillir l'avis des individus. Par rapport à l'approche monétaire classique, cette analyse prend en compte les personnes qui ont un niveau de consommation que l'on peut juger adéquat, mais qui n'y arrive qu'au terme d'importants efforts (endettement, etc.) Elle permet ainsi d'appréhender les ménages vulnérables. Elle intègre donc la notion de dépendance (ceux qui empruntent), et repère les ménages susceptibles de tomber dans la pauvreté.

Deux types d'indicateurs ont été retenus : le premier porte sur les contraintes financières ; le second compare le niveau de revenu effectif du ménage au minimum estimé nécessaire par l'enquêté pour vivre correctement. Ce second indicateur permet d'identifier les ménages qui gèrent leurs ressources avec parcimonie, en ajustant leurs dépenses, mais qui sont dans des situations de survie.

Tableau 41 : La perception de la situation financière selon le niveau de revenu (en %)

	1 ^{er} quartile	2 ^e quartile	3 ^e quartile	4 ^e quartile	Total
Obligation de tirer sur ses réserves	7,9	6,3	10,5	6,6	7,8
Obligation de s'endetter	62,1	45,3	29,3	10,4	36,8
Revenu < au revenu minimum estimé	90,3	73,4	63,5	43,2	67,6

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

L'ampleur de la pauvreté dans la capitale malgache ne fait aucun doute avec le constat d'un endettement inévitable pour 37 % des ménages s'ils veulent assurer un minimum pour leurs quotidiens. Ils sont 62 % dans ce cas dans le quartile des plus faibles revenus. L'extrême vulnérabilité de ces derniers, auquel s'ajoute le sentiment de dépendance, rend leurs conditions particulièrement difficiles.

Parallèlement, il s'avère que 90 % du quartile des plus démunis estiment que le niveau des revenus de leur ménage est en deçà du minimum requis pour une vie décente. Le pourcentage correspondant est de 68 % pour l'ensemble de la population. Certes, compte tenu du phénomène d'attrition ou d'auto-limitation des aspirations déjà observé pour les plus démunis dans différentes enquêtes, globalement le seuil minimum pour « joindre les deux bouts » croît avec le revenu effectif. On peut ainsi s'interroger s'il est légitime de classer de façon identique parmi les pauvres deux ménages dont le revenu varie de 1 à 100, uniquement parce qu'ils n'ont pas réalisé leurs aspirations. En tout cas, ces chiffres donnent une idée du degré d'insatisfaction des ménages en termes de ressources.

La vulnérabilité

La notion de vulnérabilité constitue une dimension importante de la pauvreté. Différents indicateurs peuvent être retenus pour saisir ce concept. Nous proposons ici deux types d'approche qui reposent sur l'appréciation subjective des individus de l'instabilité des revenus de leurs ménages, d'une part, et de l'évolution de leurs niveaux de vie d'autre part.

Une proportion relativement élevée d'individus (40 %) déclare que les revenus de leurs ménages sont très instables et qui vivent ainsi dans un climat d'incertitude. Cette proportion atteint même 57 % dans le quartile des plus démunis. Mais l'instabilité des revenus ne leur est pas réservée. Ainsi, même dans le quartile le plus riche, un individu sur quatre estime que la stabilité de ses revenus n'est pas assurée. Il convient de souligner que les ménages dirigés par des femmes souvent considérés *a priori* comme plus vulnérables sont relativement moins nombreux (moins de 35 %) à avoir des ressources instables. Parallèlement, ces derniers n'ont pas été plus touchés que les autres catégories de ménage par la détérioration de la situation économique.

Chez les plus démunis en termes de revenus, une plus forte proportion se déclare victime d'une dégradation de leur niveau de vie. Il est toutefois difficile de faire la part entre la perception d'une situation réelle et ce qui résulte d'un éventuel pessimisme de ce groupe relativement aux autres. Les pauvres peuvent avoir tendance à être plus négatifs dans l'appréciation de leur situation compte tenu des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien. D'ailleurs, ils sont effectivement plus enclins à juger négativement l'évolution du niveau de vie dans la ville. Mais il est probable que compte tenu de leur vulnérabilité, ils soient les principaux à subir les chocs économiques.

Tableau 42 : Jugements sur la vulnérabilité financière du ménage selon le revenu (en %)

	1 ^{er} quartile	2 ^e quartile	3 ^e quartile	4 ^e quartile	Total
Revenus très instables	57,2	43,4	33,3	24,5	39,6
Dégradation du niveau de vie du ménage	58,4	45,6	39,5	24,8	42,1
Solde d'opinion (amélioration- dégradation) pour le ménage	-50,3	-34,1	-25,8	-5,8	-29,0
Solde d'opinion sur niveau de vie moyen dans la ville	-39,8	-32,4	-29,3	-21,8	-30,8

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

2.2 L'intégration citoyenne¹⁸

L'intégration citoyenne est la quatrième dimension du lien social. Elle n'en est cependant pas la moindre. Elle renvoie en effet au sentiment d'appartenir à la communauté nationale, d'avoir des droits garantis par l'Etat ainsi que des devoirs ; elle renvoie aussi, et de façon plus générale, à la participation sous différentes formes à la « chose publique ».

La construction des Etat-providence en Europe à partir de la fin du XIX^e siècle a été, on le sait, une réponse aux conséquences néfastes de l'industrialisation qu'étaient l'urbanisation rapide, la misère des ménages ouvriers, les problèmes d'hygiène et de sécurité. Ce type d'Etat s'est alors chargé de favoriser un minimum de bien être économique, de réguler les tensions sociales et de promouvoir une « citoyenneté sociale » grâce à une législation et au développement de services collectifs.

Cette « citoyenneté sociale », bien que prenant des formes différentes selon les pays, a indiscutablement permis de renforcer l'intégration individuelle et partant la cohésion sociale. Elle a aussi contribué à modifier les rapports sociaux, en « démarchandisant » le travail (en libérant en partie les individus du bas de la hiérarchie sociale de l'obligation stricte de vendre leur force de travail) en favorisant également une certaine « défamilialisation », des femmes (Esping-Andersen, 1999), (c'est à dire une certaine forme d'autonomisation des femmes par rapport au lien familial, en les émancipant de leur rôle de responsable du travail domestique et gratuit).

Dans les pays en développement, la construction des Etats n'a pas souvent donné naissance à une telle intégration citoyenne en dépit parfois de réelles avancées. Les diagnostics les plus courants pointent la faible efficacité des services publics et la tendance à la patrimonialisation de l'Etat (confusion entre de la part des dirigeants entre biens publics et biens privés). Ils dénoncent encore la tendance clientéliste à faire des services publics une quasi monnaie d'échange. Ils montrent enfin que la protection sociale y est non seulement faiblement développée mais encore y prend une forme duale, associant sur-protection de certaines catégories des travailleurs relevant du marché du travail régulier et institutionnalisé et sous-protection de nombreux citoyens. Ils indiquent finalement que l'essentiel de la fonction protectrice reste du ressort des familles et des liens intergénérationnels.

Pourtant, l'échec relatif des politiques d'ajustement structurel dans les pays en développement a pointé depuis une dizaine d'année la nécessité pour la réussite des programmes de développement, d'une bonne « gouvernance » et de l'adhésion et la participation des populations. La réduction de la pauvreté sous toutes ses formes passe donc aussi de façon essentielle par des politiques de citoyenneté. Il s'agit non seulement de développer les services publics et d'en faciliter l'accès et l'usage mais encore de permettre aux individus de prendre une part active dans la détermination des choix politiques.

¹⁸ Nous intégrons ici des extraits du rapport sur les premiers résultats des modules qualitatifs de l'enquête 1-2-3 de 2003. Pour de plus amples développements, voir : Razafindrakoto M, Roubaud F. *Gouvernance, démocratie et lutte contre la pauvreté à Madagascar : le point de vue de la population de la capitale*. Novembre 2004.

L'enquête SIRS et les modules de l'Enquête 1-2-3 couplés à l'enquête Emploi permettent de rendre compte des différentes facettes de l'intégration citoyenne, au travers d'une part de l'étude de la gouvernance sous ses aspects subjectifs (l'opinion des individus sur les services publics) et objectifs, d'autre part de celle des comportements et des pratiques politiques de la population.

2.2.1 La gouvernance

L'évaluation de l'état de la gouvernance et de son évolution à travers la perception qu'en ont les citoyens revêt un intérêt primordial. Dans quelle mesure accordent-ils leur confiance aux différentes institutions publiques ? Subissent-ils directement ou indirectement les dysfonctionnements de l'administration ? L'enquête a permis sur ces points de réunir des données empiriques originales, exceptionnellement riches en milieu africain. Le degré de satisfaction des usagers fournit une mesure indirecte de la performance de l'administration. En tant que bénéficiaires potentiels des services publics, on doit pouvoir apprécier, à travers leurs opinions, si l'administration remplit effectivement sa mission. Cette mesure subjective est complétée par des indicateurs plus objectifs, a priori moins volatiles. L'ensemble de ces données apporte un éclairage important concernant le rapport que les Tananariviens entretiennent avec l'Etat et ses institutions.

a) La perception des usagers sur les institutions publiques

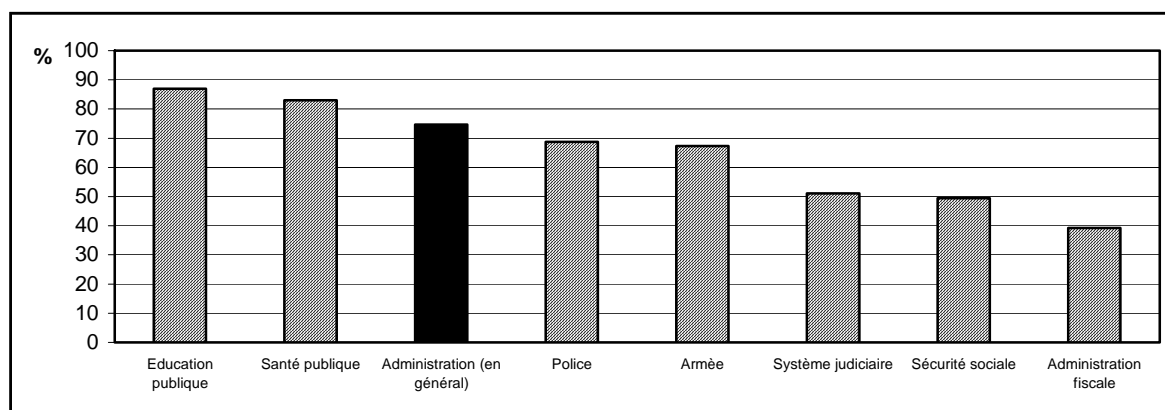
Une grande confiance dans les institutions publiques

Le jugement des Tananariviens sur le fonctionnement de l'administration publique est largement positif. En 2003, 72 % la jugeaient efficace, contre 28 % qui émettaient un avis contraire. Malgré des rôles sociaux différenciés, qui auraient pu induire un rapport différent à l'administration, l'opinion des femmes sur ce plan est en tout point similaire à celle des hommes.

La conséquence directe de cette opinion favorable est le fort niveau de confiance que la population accorde aux institutions publiques. Pris globalement, trois Tananariviens sur quatre font confiance à l'administration (en général) dans l'accomplissement de sa mission. Logiquement, le diagnostic porté sur l'efficacité pèse sur le niveau de confiance à l'égard de l'administration. Ce dernier chute de 94 % à 25 % lorsqu'on passe de la majorité pour qui l'administration fonctionne bien à la minorité de ceux qui pensent le contraire.

Cependant, cet indice élevé est une moyenne qui cache de fortes disparités suivant le type d'administrations. Parmi les sept administrations considérées, les services sociaux (systèmes publics d'éducation et de santé) sont de loin les plus appréciés, avec des indices de satisfaction dépassant 80 %. La justice et le système de sécurité sociale ne comptent qu'une moitié de satisfaits. L'administration fiscale est en ligne de mire puisqu'une nette majorité (60 %) ne lui fait pas confiance. Les corps en tenue (police et armée) sont plutôt bien perçus, 70 % des citoyens se montrant satisfaits de leur prestation.

Graphique 8 : Confiance des individus dans les différentes institutions publiques



Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Le regard positif sur l'administration est partagé par toutes les couches de la population. De plus la proportion d'insatisfaits est quasiment constante, quelles que soient les caractéristiques socio-économiques considérées : hommes ou femmes, jeunes ou vieux, éduqués ou non, natifs ou migrants, riches ou pauvres, fonctionnaires ou chômeurs partagent la même opinion.

Perception d'une amélioration du fonctionnement de l'administration

En soi, le niveau de confiance dans l'administration est difficile à interpréter. Pour étalonner cet indicateur et en l'absence de séries temporelles, l'enquête permet non seulement de le comparer à celui obtenu pour d'autres types d'institutions, mais aussi d'apprécier l'évolution de la perception du fonctionnement de l'administration au cours de l'année écoulée. Pour l'immense majorité de la population, la dynamique des services publics est favorablement orientée. Plus de 60 % des Tananariviens sont convaincus que l'administration en général fonctionne mieux que l'année précédente. Ce pourcentage atteint même 80 % pour les infrastructures urbaines. *A contrario*, pour chacun des services publics identifiés, moins de 6 % dénoncent une dégradation. La technique du solde d'opinion, largement utilisé dans les enquêtes de conjoncture permet d'obtenir un panorama synthétique de la situation. Le bilan global largement positif permet de dresser la hiérarchie de la dynamique des différentes administrations. Avec un solde d'opinions positives de +79 points, le secteur des infrastructures urbaines apparaît comme celui qui a enregistré la plus forte amélioration. Suivent les systèmes d'éducation (+70 points) et de santé (+61 points), confirmant la confiance des citoyens exprimée plus haut. Après les graves troubles liés à la crise de 2002, la sécurité publique a elle aussi restauré son image (+59 points). Enfin, même si elle est moins bien placée, l'administration en général est également sur une pente favorable (+55 points).

Encore une fois, toutes les catégories de population partagent la même vision optimiste de la situation. En fait, seuls les services de santé enregistrent une différence d'appréciation suivant le niveau de revenu, les plus pauvres étant ceux pour qui l'amélioration est la plus sensible. Ce résultat pourrait traduire un accès plus large des centres de soins pour les plus démunis. Il pourrait aussi refléter la plus grande dépendance de ces derniers au système public les conduisant à valoriser toute amélioration plus fortement que le reste de la population qui a les moyens de recourir au secteur privé plus onéreux.

b) Corruption et absentéisme dans l'administration

Malgré leur intérêt pour mesurer l'état de l'opinion, il est nécessaire de conforter les indicateurs subjectifs de perception par des mesures objectives des dysfonctionnements potentiels de l'administration. Les critiques citoyennes à l'égard de l'administration sont-elles fondées ? L'enquête permet d'identifier au moins deux domaines, qui font l'objet de manquements graves : la corruption et l'absentéisme dans la fonction publique.

La corruption

En premier lieu, **la corruption gangrène effectivement les rouages de l'administration**. 16 % des Tananariviens ont été directement victimes de la corruption des fonctionnaires en 2003. Les fonctionnaires ne sont pas épargnés par ce phénomène. Avec 19 %, ils sont même légèrement plus affectés que la moyenne. L'incidence de la corruption augmente avec le revenu. Si 12 % des adultes membres du quartile le plus pauvre ont été touchés, cette proportion ne cesse de croître pour atteindre 20 % dans le quartile le plus riche.

Il convient cependant de tenir compte du fait qu'une large proportion de citoyens, estimée à 40 %, n'a pas recours aux services publics. Les raisons de cette exclusion sont complexes et contradictoires : sous-développement et manque de moyens de l'administration, qui n'arrive pas à couvrir les besoins des administrés, d'un côté ; pauvreté des ménages qui n'ont pas les moyens (financiers et en temps) d'entreprendre des démarches ; mais aussi inefficacité et corruption qui peuvent conduire certains groupes à éviter les contacts avec les services publics.

Lorsqu'on exclut ces populations qui vivent en marge de l'Etat, l'incidence de la corruption s'accroît sensiblement. Elle dépasse 27 %, ce qui signifie que parmi ceux qui ont eu des relations avec

l'administration au cours de l'année, plus d'un Tananarivien sur quatre a été victime d'au moins un acte de corruption.

Pour les ménages touchés, le montant moyen de la corruption a été de 381.000 Fmg sur l'année. Avec 25.000 Fmg, le montant médian est beaucoup plus faible. Cette différence reflète une distribution de la corruption très inégalitaire : à côté d'une majorité d'actes de corruption de faible montant, on trouve une petite minorité de transactions extrêmement coûteuses. Le coût moyen de la corruption est croissant avec le revenu du ménage : il passe de 219.000 Fmg par an pour le quartile le plus pauvre à 682.000 Fmg pour le quartile le plus riche.

Cependant, malgré une incidence et un montant moyen plus faibles, **la ponction de la corruption affecte d'abord les plus pauvres**. En effet parmi les victimes, les ménages du quartile le plus pauvre ont dû verser 8 % de leur revenu à des fonctionnaires indécents, contre 2 % pour le quartile le plus riche. Sur l'ensemble des ménages, la ponction de la corruption est respectivement de 1,4 % et 0,8 % du revenu annuel du premier au dernier quartile. Au total, ce sont plus de 23 milliards de Fmg qui ont été détournés par la petite corruption dans la capitale malgache.

Paradoxalement, les fonctionnaires sont eux aussi soumis à la dérégulation des services administratifs. Les serviteurs de l'Etat sont tout autant victimes de ses dysfonctionnements que l'ensemble des administrés. Dans ce domaine, la solidarité de corps ne joue pas. Cet état de fait explique leur point de vue critique sur les déficiences de la fonction publique. Ces résultats invalident l'hypothèse d'une stratégie tacite ou concertée de résistance passive et généralisée de la part de fonctionnaires cherchant à préserver leur rente de situation, stratégie qui serait en partie à l'origine de l'échec des réformes.

Tableau 43 : Incidence et coût de la corruption

	Total	Fonctionnaires	Quartiles de revenus par tête			
			1 ^{er} quartile	2 ^{ème} quartile	3 ^{ème} quartile	4 ^{ème} quartile
Incidence (population totale)	16,3	19,0	11,9	14,4	16,6	20,1
Sans contact avec l'administration	40,4	18,6	46,8	39,5	47,5	31,5
Incidence (population touchée)	27,4	23,4	22,4	23,7	31,8	29,3
Montant (1 000 Fmg/an)						
Montant moyen (ménages touchés)	381	678	219	236	185	682
Montant médian (ménages touchés)	25	25	20	25	25	50
% du revenu (ménages touchés)	3,3	4,8	7,8	4,2	2,2	3,1
% du revenu (total ménages)	0,8	1,0	1,4	1,0	0,4	0,8

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO. Pour la colonne « fonctionnaire », le montant de la corruption est calculé pour les ménages dont le chef exerce dans le secteur public.

Parmi les services incriminés, **l'administration territoriale**, à ses différents échelons (quartiers, communes, départements, régions), **est de loin la plus souvent citée**. Les citoyens y sont confrontés dans tous les domaines où ils ont l'occasion de la solliciter (délivrance et légalisation d'actes divers, cadastre, impôts locaux, enregistrement, etc.). S'il convient de ne pas tirer de ces résultats un palmarès de la corruption, l'ampleur du phénomène conduit à apprécier avec plus de circonspection les bienfaits attendus du processus de décentralisation en cours.

L'absentéisme

En second lieu, **l'absentéisme affecte fortement la productivité des services publics**. Près d'un tiers des administrés n'ont pas trouvé les fonctionnaires à leur poste au moment où ils avaient besoin d'eux. Pour pouvoir ne serait-ce qu'exposer leur problème, ils ont dû revenir plusieurs fois dans les services concernés. Le nombre de retours moyen est de 3,5 et pour la moitié de la population, il a fallu s'y reprendre au moins à 3 fois. Pour certains, le compte est beaucoup plus lourd : la délivrance d'un service aura exigé 20, voire 30 démarches successives. Ce problème d'absentéisme, souvent stigmatisé, avait en fait rarement été mesuré. On pouvait même être en droit de s'interroger sur son existence réelle : s'agissait-il d'un phénomène massif ou d'une généralisation abusive de détracteurs du service public se basant sur quelques cas isolés ? En effet, les résultats des enquêtes-emploi font état d'un nombre d'heures ouvrées moyen proche de 40, soit l'équivalent de la durée hebdomadaire du

travail. Les déclarations des administrés confirment que ce volume est largement surestimé par les fonctionnaires, et que la piètre efficacité des services publics ne résulte pas seulement d'un problème de sous-administration, mais aussi du laxisme des salariés de l'Etat. Absentéisme, sous-administration et inadaptation des procédures, trois caractéristiques propres des « économies de pénurie », se conjuguent pour réduire la productivité des services publics, et accroître d'autant les externalités négatives liées à des coûts de transaction excessifs.

Tableau 44 : Absentéisme des fonctionnaires (% d'individus confrontés)

	Total	Fonctionnaires	Quartiles de revenus par tête			
			1 ^{er} quartile	2 ^{ème} quartile	3 ^{ème} quartile	4 ^{ème} quartile
N'a pas trouvé l'agent à son poste (population totale)	19,1	22,6	17,7	17,1	17,5	22,5
Sans contact avec l'administration	42,3	21,4	47,7	43,8	47,8	34,0
N'a pas trouvé l'agent à son poste (population en contact)	33,1	28,7	33,7	30,4	33,5	34,1
Nombre moyen de retours	3,5	4,0	3,3	3,1	3,8	3,7
Nombre médian de retours	3	3	2	3	3	3

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

2.2.2 Démocratie et participation politique

L'intégration citoyenne passe aussi, dans une démocratie, par la possibilité de participation des individus à la *res publica*. Comme de nombreux pays du continent africain, Madagascar s'est engagé au début des années 1990 dans un processus de démocratisation. Entre 1996 et 2001, Madagascar apparaissait même comme un des rares pays du continent, avec le Bénin, à avoir effectué une véritable transition démocratique. Si le scrutin présidentiel du 16 décembre 2001, a semblé remettre temporairement en question ce processus, menaçant gravement la stabilité politique du pays, la situation semble de nouveau apaisée depuis le départ en juillet 2002 de Didier Ratsiraka et l'installation définitive au pouvoir du nouveau président Marc Ravalomanana.

L'enquête permet de mesurer d'une part le degré d'adhésion aux principes démocratiques et de l'autre celui de la participation effective des populations en fonction de leurs caractéristiques sociologiques.

a) Adhésion aux principes démocratiques

Quand on les interroge sur leur degré d'adhésion à la démocratie, neuf Tananariviens sur dix se prononcent pour ce type de régime politique. Près de la moitié (49 %) se déclare « *très favorable à la démocratie* », tandis que 43 % y sont « *plutôt favorables à la démocratie* ». Il reste donc moins de 10 % pour émettre un avis négatif sur la démocratie. Et encore, ce jugement n'est pas définitivement hostile puisque 8 % ne sont « *plutôt pas favorables* » à ce système. Finalement, à peine 1 % des Tananariviens rejettent la démocratie sans ambiguïté. Ce résultat est d'autant plus remarquable si l'on tient compte de la conjoncture politique dans laquelle une telle opinion a été formulée. On aurait en effet pu légitimement penser que les troubles politiques et économiques graves, suite à la crise de 2002, auraient pu éroder le sentiment pro-démocratique. En fait, il n'en est rien, au contraire. C'est bien la soif de démocratie qui a conduit au mouvement de contestation de 2002, la population n'ayant pas accepté de se voir spolier par la fraude du choix librement émis dans les urnes lors de l'élection présidentielle de décembre 2001.

Toutes les catégories de population approuvent majoritairement la démocratie. Quelle que soit la variable socio-démographique considérée, la démocratie recueille toujours plus de 85 % de partisans. Quelques variations apparaissent à la marge. Ainsi, les femmes se montrent un peu plus tièdes à l'égard de la démocratie que les hommes. Elles ne sont que 46 % à y être très favorables, contre 51 % pour leurs homologues masculins. Cet écart ne signifie pas que les femmes aient un goût prononcé pour les régimes autoritaires, puisqu'elles sont aussi peu nombreuses que les hommes (1 %) à se prononcer radicalement contre la démocratie. Les plus âgés sont légèrement plus favorables à la démocratie que leurs cadets, les autres ethnies malgaches un peu plus que les originaires des Hauts

Plateaux, les catholiques plus que les protestants de la FJKM. En fait, de toutes les variables socio-démographiques, c'est le niveau d'éducation qui induit le plus de variation sur le degré d'adhésion à la démocratie. Mais les différences restent peu marquées : de 87 % d'approbation chez ceux qui ont fréquenté l'école primaire à 95 % pour ceux qui ont atteint l'université. En revanche, la corrélation est moins nette suivant le niveau de revenu. Ainsi, les plus pauvres (1^{er} quartile de revenu par tête) ne sont pas significativement moins favorables à la démocratie que leurs homologues du dernier quartile.

La démocratie, un concept occidental ?

Si nous avons réussi à mesurer l'appréciation générale du concept de démocratie, se pose toujours la question de savoir quelle acception plus précise en ont les Tananariviens. Que se cache-t-il derrière le mot de démocratie? Cette question est de première importance dans la mesure où tout un courant de pensée, s'appuyant sur des thèses culturalistes, considère que la démocratie est une valeur occidentale et qu'elle prend un sens différent dans d'autres contextes historiques ou culturels. Il s'agit donc ici de cerner les contours de ce que « démocratie » veut dire pour les Tananariviens. Pour ce faire, un certain nombre d'attributs traditionnellement associés à la démocratie ont été proposés aux enquêtés en leur demandant s'ils les considéraient essentiels et consubstantiels à cette notion.

Le résultat est sans équivoque : **l'idée que se font les Tananariviens de la démocratie est la même que celle qui prévaut dans les démocraties historiques ; ce qui plaide en faveur d'une conception universaliste de la démocratie, à Madagascar comme au Nord.** Des six caractéristiques retenues, toutes sont considérées essentielles par plus de neuf Tananariviens sur dix. Arrive en tête l'organisation « *d'élections libres et transparentes* », fondamentale pour plus de 97 % des habitants de la capitale. Ces derniers ont montré par leurs actes lors de la crise de 2002 qu'ils étaient prêts à défendre cette valeur. Vient ensuite « *la liberté d'expression et de la presse* » (96 %), « *l'égalité devant la loi* » (95 %), « *la liberté de culte* » (95 %), « *la liberté de voyager* » (95 %) et enfin « *la liberté politique (choix de son parti)* » (91 %). Hormis la dernière, le classement entre les cinq propriétés n'a pas grand sens vu la faiblesse des écarts entre les différentes options. Le léger décrochage observé dans le cas de « *la liberté politique* » s'explique probablement par le discrédit généralisé de la classe politique qui conduit les Tananariviens à s'interroger sur les vertus de la liberté des partis politiques ; interrogation toute relative cependant. Si maintenant on agrège l'ensemble des six caractéristiques, 82 % des Tananariviens considèrent qu'elles sont toutes essentielles pour la démocratie. Encore une fois, les pauvres ne se distinguent pas par une compréhension de la démocratie différente de celle du reste de la population, en dépit de leur situation économique particulièrement précaire. Ils en partagent la vision « académique » et universaliste.

b) Fonctionnement de la démocratie

Le respect des principes fondamentaux

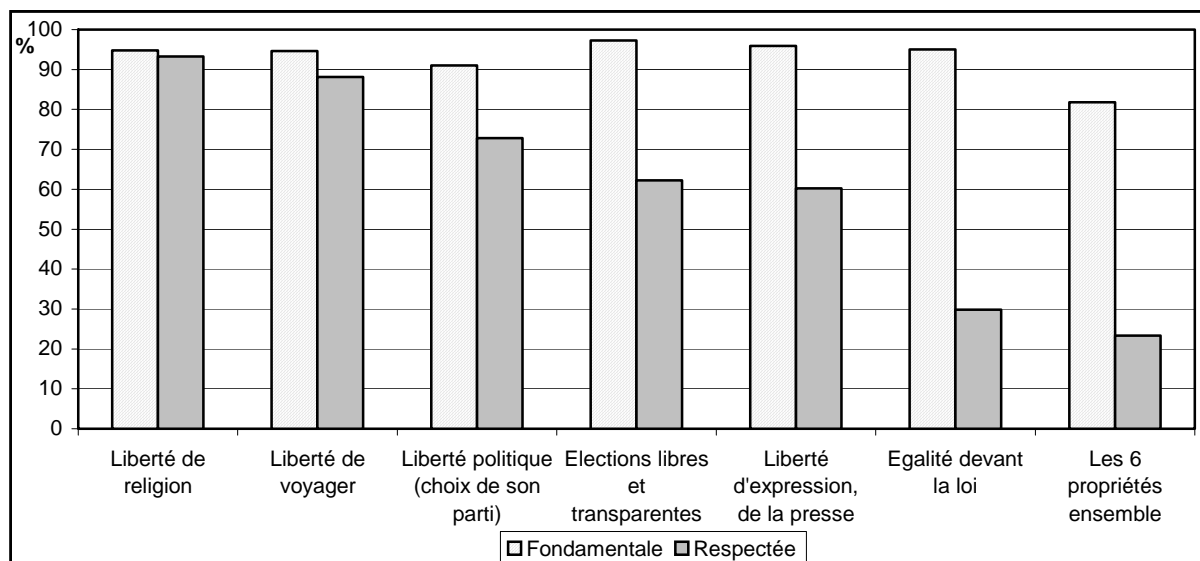
Si l'adhésion aux principes démocratiques est unanime, le diagnostic des Tananariviens sur son fonctionnement réel à Madagascar est plus nuancé. En effet, ils ne sont plus que 16 % à considérer que la démocratie fonctionne très bien. Le bilan est tout de même largement positif, puisqu'en ajoutant les 57 % qui déclarent qu'elle fonctionne plutôt bien, ce sont près de trois quarts des Tananariviens qui sont globalement satisfaits de la manière dont les principes démocratiques sont mis en œuvre dans le pays. D'ailleurs, à l'autre extrémité du spectre, moins de 4 % se disent très mécontents de la vie démocratique dans le pays. Ce jugement positif peut être interprété comme une mesure indirecte de la popularité du gouvernement en place. Nous en aurons confirmation directe plus tard. Cet optimisme quant au fonctionnement de la démocratie à Madagascar est partagé aussi bien par les hommes que par les femmes. Leurs différences d'opinion sont à peine perceptibles. Tout au plus retrouve-t-on la tendance classique des hommes à émettre des avis plus tranchés : sur l'échelle graduée qui leur est proposée, ils sont à la fois plus nombreux à trouver que la démocratie fonctionne très bien et qu'elle fonctionne très mal.

La mesure de l'appréciation générale sur le fonctionnement de la démocratie est utile, surtout d'ailleurs dans une perspective dynamique (y-a-t-il amélioration ou dégradation ?), par exemple pour mettre à jour de potentielles tensions ou frustrations dans la population. Elle est en revanche de peu

d'usage lorsqu'il s'agit de définir des politiques concrètes pour améliorer la situation. Aussi, pour porter un diagnostic plus précis sur les dysfonctionnements de la démocratie et au-delà de la question des droits de l'homme, nous avons cherché à savoir si les principes démocratiques identifiés plus haut étaient correctement appliqués dans la pratique. Les six composantes ont été classées suivant qu'elles étaient plus ou moins respectées dans le pays. La « *liberté de religion* » et « *la liberté de voyager* » ne semblent pas poser de problèmes majeurs, puisque environ neuf Tananariviens sur dix sont convaincus qu'elles sont respectées. Le diagnostic est moins satisfaisant en matière de « *libertés politiques* », où seulement 73 % affirment qu'elles sont respectées. La situation va en s'aggravant avec la « *transparence et la liberté des élections* » et « *la liberté d'expression* », dont 40 % dénoncent les violations. En fait, le problème le plus grave est selon la population le non-respect de « *l'égalité devant la loi* » : moins de 30 % de citoyens pensent qu'elle est effectivement assurée. Ce résultat est à mettre en regard des résultats obtenus en matière de gouvernance, et notamment dans le domaine de la corruption et de la confiance dans les institutions (on pense tout particulièrement au secteur de la justice). Au total, seulement 23 % des Tananariviens considèrent que l'ensemble des six propriétés de la démocratie est respecté, alors que plus de 80 % d'entre eux jugeaient qu'elles étaient toutes conjointement fondamentales. Cet écart fournit une mesure du chemin encore à parcourir sur la voie de la consolidation démocratique à Madagascar.

Si l'on analyse les prises de position en fonction du revenu, ce sont les plus riches qui se montrent dans l'ensemble les plus critiques sur le respect des principes démocratiques. En fait, c'est en matière de « *liberté d'expression* » et de « *transparence électorale* » que leur mécontentement surpasse celui des plus démunis. Paradoxalement, la dénonciation de « *l'égalité devant la loi* », qu'on aurait attendue plus marquée chez les pauvres, est uniforme quel que soit le niveau de revenu. Mais le principal facteur de variation des opinions est le niveau d'éducation, les plus diplômés étant aussi les plus critiques, ce qui est le reflet d'un niveau d'exigences plus élevé.

Graphique 9 : Opinions sur le respect des principes fondamentaux de la démocratie



Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Opinions sur la classe politique

Une démocratie efficace ne peut fonctionner que s'il existe une offre politique, des hommes et des partis politiques qui jouent leur rôle d'intermédiaires démocratiques. Ces derniers sont censés représenter la pluralité des opinions, relayer la voix des citoyens et porter leurs revendications, animer un débat politique contradictoire, élaborer des programmes et gouvernement et proposer des alternatives aux électeurs. Sans ces instances de régulation, la démocratie est vidée de sa substance et ne devient plus qu'une machinerie électorale au service d'intérêts particuliers. Or force est de constater que l'opinion des Tananariviens sur leur classe politique, dans son ensemble, est peu reluisante. A peine plus d'un tiers (34 %) déclare que les hommes politiques reflètent les préoccupations de la population. Pour les deux tiers restants, ses membres ne pensent qu'à leurs

intérêts personnels. Cette dénonciation des stratégies individuelles de la classe politique est évidemment massive chez ceux qui se plaignent des dysfonctionnements du système. Plus de 80 % d'entre eux ne sont pas satisfaits de la classe politique. Mais le manque de crédibilité des hommes politiques va bien au-delà. Ainsi, 65 % de ceux pour qui la démocratie fonctionne plutôt bien, et même 45 % de ceux pour qui elle fonctionne très bien pensent que les hommes politiques sont plus engagés dans une course au pouvoir pour eux-mêmes que dans la défense de l'intérêt général, voire de leurs propres électeurs.

Cette profonde défiance à l'égard des intermédiaires politiques de la part de la population, qui se traduit par un faible niveau de participation politique (voir ci-dessous), fait encourir un risque sérieux au processus de consolidation démocratique. Trop longtemps insatisfaits, les électeurs pourraient être conduits à remettre en question leur préférence pour le système démocratique. Bien que cette tendance soit encore peu répandue dans l'opinion, elle ne peut être écartée. Alors que le rejet de la démocratie comme mode de gouvernement est négligeable chez ceux qui ont une bonne opinion de la classe politique, cette proportion atteint 12 % chez ceux qui dénoncent la classe politique. Bien que l'on ne puisse être assuré du sens de la causalité (est-ce que ce sont les pratiques dévoyées des hommes politiques qui les conduisent à s'inscrire contre la démocratie ou au contraire est-ce parce qu'ils sont fondamentalement opposés au système démocratique qu'ils rejettent la classe politique), il y a lieu de prendre au sérieux cette défaillance généralisée de la classe politique à Madagascar. En conséquence, des réformes visant à l'amélioration de l'offre politique devraient être envisagées pour rendre le fonctionnement de la démocratie plus conforme aux attentes citoyennes. Cependant, le message positif qu'il convient de retenir est bien le formidable engagement de principe des Tananariviens en faveur de la démocratie, malgré ces graves déficiences sur le terrain.

Tableau 45 : Le discrédit de la classe politique (en %)

Pensez-vous que la classe politique (hommes politiques) :	Quartiles de revenus par tête				Total
	1 ^{er} quartile	2 ^{ème} quartile	3 ^{ème} quartile	4 ^{ème} quartile	
Reflète les préoccupations de la population	30,9	34,3	36,9	33,5	34,1
Ses membres ne pensent qu'à leurs intérêts personnels	69,1	65,7	33,1	66,5	65,9
Total	100	100	100	100	100
Dans le pays, les droits de l'homme sont respectés	63,4	61,2	67,4	66,2	64,8

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Parmi les raisons susceptibles de peser sur l'appréciation du fonctionnement démocratique, la question des droits de l'homme est une préoccupation majeure. Il ne peut y avoir démocratie qui vaille si les droits de l'homme ne sont pas respectés. La similitude dans la distribution des réponses à ces deux questions confirme le lien fort entre ces dimensions. A la différence du jugement sévère porté sur la classe politique, près des deux tiers des Tananariviens ont une appréciation globalement positive du respect des droits de l'homme à Madagascar. Certes des progrès peuvent être apportés sur ce front, puisque seuls 18 % sont totalement satisfaits, mais la perception de l'ampleur des problèmes est limitée : moins de 9 % dénoncent une situation de non-respect généralisé.

c) Les Tananariviens et la politique : participation et politisation

Les deux parties précédentes ont permis de connaître l'opinion des Tananariviens sur le régime politique qu'ils souhaiteraient et sur celui en vigueur (adhésion aux principes démocratiques, appréciation du fonctionnement de la démocratie). Il convient maintenant de croiser ces représentations et opinions avec des indicateurs plus factuels, mesurant directement la participation politique. La dimension citoyenne de l'intégration sociale, en effet, renvoie conjointement aux aspects symboliques et aux comportements liés à ces questions. En outre, il est généralement admis qu'une forte participation politique est un indice de bonne santé pour une démocratie. Elle montre que la population s'intéresse et participe à la vie de la cité. *A contrario*, une faible participation politique est un indice d'atonie. Parallèlement, la reconnaissance du caractère multidimensionnel de la pauvreté et de l'intégration sociale conduit à reconnaître tout processus d'exclusion comme une forme de rupture sociale : exclusion socio-relationnelle ou économique bien sûr, mais aussi exclusion politique.

La participation électorale

Dans une démocratie, la participation électorale est la forme la plus naturelle de participation politique. Les Tananariviens ont été interrogés sur leur participation à la dernière élection précédant l'enquête, à savoir le scrutin présidentiel contesté de décembre 2001. Selon les résultats de l'enquête, le taux de participation à l'élection présidentielle dans la capitale a été de 73 %. Ce chiffre peut être comparé aux résultats officiels. Selon ces derniers, le taux de participation a atteint 65 % à *Antananarivo Renivohitra*, 75 % à *Antananarivo Atsimondrano* et 73 % à *Antananarivo Avaradrano*, soit les trois circonscriptions administratives qui englobent l'agglomération d'Antananarivo au sens de l'enquête. Au total le taux de participation officielle a été de 73 % dans l'ensemble de la province d'Antananarivo.

Avec un taux déclaré de 73 %, dans un pays où le vote n'est pas obligatoire, la participation peut être considérée comme élevée à l'aune des standards internationaux, même en comparaison des niveaux enregistrés couramment dans les démocraties historiques. Cette participation certes plus fréquente chez les hommes (76 %) est cependant également très importante chez les femmes (71 %), ce qui mérite d'être souligné.

Si une forte participation électorale est un gage de bon fonctionnement des institutions démocratiques, en confortant la légitimité des élus et en traduisant la confiance des citoyens dans le processus électoral, le phénomène de la non-participation est plus complexe à analyser. En premier lieu, parmi les Tananariviens adultes au moment du scrutin, 5 % des électeurs potentiels n'étaient pas inscrits sur les listes électorales. Ce phénomène de non-inscription, s'il peut être en partie volontaire, met aussi en lumière les défaillances du système de constitution des listes électorales ; ce qui a d'ailleurs été une source importante de litiges. En second lieu, les abstentionnistes, c'est-à-dire les inscrits qui ne se sont pas déplacés pour voter, constituent un groupe très hétérogène. En particulier, les politologues ont coutume de distinguer deux catégories polaires d'abstentionnistes : d'une part une population défavorisée, peu intégrée à la vie civique et, d'autre part, des électeurs exigeants, dotés en capital culturel et qui s'intéressent à la politique, mais qui marquent leur rejet de l'offre politique existante en s'abstenant. Notre enquête montre que concernant les raisons de l'abstention au scrutin présidentiel, le premier groupe est très minoritaire : ceux qui affirment que « voter ne sert jamais à rien » représentent en effet moins de 10 % des abstentionnistes, soit à peine 2 % du corps électoral. On trouve confirmation ici de l'engagement de l'ensemble des Tananariviens en faveur de la démocratie. Plus significatif encore, le rejet des élections comme mécanisme de représentation politique est d'autant plus faible qu'on est pauvre. Cette mobilisation électorale des pauvres mérite d'être soulignée, surtout qu'elle va à l'encontre de la tendance inverse observée dans de nombreux pays développés pour lesquels on dispose de données équivalentes. Ce résultat vient battre en brèche l'idée selon laquelle la démocratie ne serait pas un système approprié dans les pays les plus pauvres, les populations défavorisées n'ayant ni les ressources, ni les connaissances nécessaires, ni l'intérêt suffisant pour comprendre les enjeux et participer aux scrutins. En revanche, le fait que plus d'un abstentionniste sur quatre considère « qu'aucun candidat ne représentait ses aspirations » conforte le diagnostic précédent concernant le discrédit de la classe politique dans son ensemble, et plus généralement le désajustement entre l'offre et la demande dans le domaine politique.

Tableau 46 : Participation électorale et raisons de l'abstention suivant le niveau de revenu (en %)

	Quartiles de revenus par tête				Total
	1 ^{er} quartile	2 ^{ème} quartile	3 ^{ème} quartile	4 ^{ème} quartile	
A voté aux élections présidentielles de décembre 2001	68,7	78,4	72,2	72,4	73,0
Taux de non- inscription sur les listes électorales	4,7	4,4	6,2	3,5	4,6
Taux d'abstention	27,9	18,0	23,1	25,0	23,5
<i>Raison de l'abstention :</i>					
- Voter ne sert jamais à rien	3,3	5,0	10,6	10,9	8,0
- Pas de candidat représentant vos aspirations	37,2	16,0	21,2	28,8	26,6
- Autres raisons	56,0	73,6	63,3	49,1	58,5
Total	100	100	100	100	100

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO. L'enquête ayant eu lieu un an après les élections, le champ de la population est restreint aux Malgaches de 19 ans et plus (soit ceux qui avaient au moins 18 ans en décembre 2001) présents au moment du scrutin (natifs ou migrants depuis plus d'un an). Le taux d'abstention est calculé sur l'ensemble des inscrits.

Les autres formes de participation politique

Au-delà du vote, il existe d'autres moyens de participer à la politique. Pour se faire entendre et tenter de peser sur les décisions publiques, on peut adhérer à un parti politique, signer une pétition, participer à des mouvements politiques en manifestant, en assistant à des réunions publiques, en boycottant certains produits, en apportant son soutien financier à une cause politique, etc. L'enquête permet d'appréhender certaines de ces dimensions, parfois qualifiées par les spécialistes « d'actions protestataires ». Ainsi près d'un Tananarivien sur deux (48 %) a participé à au moins une action politique de type pétition, grève ou manifestation, au cours de sa vie. On est donc loin de l'apathie citoyenne souvent dénoncée, comme caractéristique des pays pauvres. D'ailleurs, s'il existe bien une relation négative entre participation politique et pauvreté, les plus riches et les plus diplômés ayant tendance à être politiquement plus actifs, le gradient reste faible. 53 % des adultes appartenant au quartile de revenu le plus élevé ont été impliqués dans une forme ou une autre de mouvement politique, mais c'est aussi le cas de 39 % des plus pauvres. L'exclusion de la vie politique n'est donc pas l'apanage des plus défavorisés, qui trouvent malgré tout les ressources d'un engagement politique et probablement aussi d'un certain intérêt pour la politique (voir ci-dessous). D'ailleurs, l'appartenance à un parti ou à une association politique, qui représente traditionnellement la forme la plus pérenne de participation politique, ne varie pas suivant le niveau de revenu. 5 % des Tananariviens sont membres d'un parti, chez les pauvres comme chez les riches. L'enquête ne nous permet pas cependant d'apprécier l'intensité de leur engagement, qui peut aller du militantisme actif à une simple adhésion « sur le papier ».

Tableau 47 : Autres formes de participation politique selon le niveau de revenus (en %)

	Quartiles de revenus par tête				Total
	1 ^{er} quartile	2 ^{ème} quartile	3 ^{ème} quartile	4 ^{ème} quartile	
A participé à des mouvements (pétition, grève, manifestation)	38,8	47,7	49,6	53,8	48,4
Appartient à un parti (association politique)	4,7	4,9	4,6	5,8	5,1

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

La politisation

La politisation, avec la participation politique et l'orientation politique, constitue un des trois éléments constitutifs du rapport des citoyens à la sphère politique. Alors que la participation politique est liée à des actions concrètes, la politisation est une disposition générale, un état d'esprit, un processus. Elle marque un intérêt plus ou moins prononcé pour la politique, une familiarité avec ses enjeux et les débats en cours, une capacité à émettre des jugements politiques ou sur la politique ; bref elle traduit un certain niveau de valorisation de la dimension politique.

Parmi les Tananariviens de plus 18 ans, 43 % se déclarent intéressés par la politique : 14% sont « *très intéressés* » et 29 % « *plutôt intéressés* ». Pour les autres, le désintérêt n'est en général pas total. Cependant, près d'un Tananarivien sur cinq affirme n'avoir « *aucun intérêt pour la politique* ». A la différence de la participation politique, les écarts suivant le genre sont plus prononcés. Ainsi, moins d'un tiers des femmes affiche un intérêt pour la politique, contre plus de la moitié chez les hommes. Ces résultats montrent que politisation et participation politique ne sont pas réductibles l'une à l'autre. Les deux phénomènes sont bien sûr corrélés. Ainsi, 49 % de ceux qui ont voté au scrutin présidentiel sont intéressés par la politique contre moins de 29 % pour ceux qui n'ont pas voté. Mais parallèlement, 58 % de ceux qui n'ont « *aucun intérêt pour la politique* » ont quand même voté. Dans l'ensemble un fort niveau de politisation accroît la probabilité d'un engagement politique. 67 % de ceux qui sont « *très intéressés par la politique* » ont participé à une action politique, alors qu'ils ne sont plus que 24 % chez ceux qui n'ont « *aucun intérêt pour la politique* ». Il est donc possible à la fois d'être politisé sans que cela se traduise par une mobilisation effective et réciproquement, on peut participer sans être intéressé (par obligation sociale, par un concours de circonstances, voire par hasard).

L'intérêt pour la politique ne constitue qu'une des manifestations du niveau de politisation des citoyens. Les autres indicateurs de politisation retenus dans l'enquête viennent corroborer les résultats précédents. Ainsi un peu plus de la moitié des Tananariviens (53 %) déclarent parler souvent de

politique avec leurs proches (famille, amis, relations), tandis que 37% considèrent que la politique est une composante importante de la vie en général. Ces indicateurs sont évidemment très corrélés entre eux. Par exemple, 94 % de ceux qui sont « *très intéressés par la politique* » discutent souvent de politique, alors que ce n'est le cas que de 8 % parmi ceux qui ne sont « *pas du tout intéressé par la politique* ». Si le degré de politisation varie peu suivant la classe d'âge, le statut migratoire, la religion ou le groupe ethnique, il se confirme que les femmes marquent un moindre intérêt pour la chose publique que les hommes. En dehors du genre, les niveaux d'éducation et de revenus constituent les principaux facteurs jouant sur la politisation des Tananariviens.

A l'instar de certaines formes de participation politique, la politisation est une fonction croissante du revenu et du niveau d'éducation. Que ce soit pour l'intérêt pour la politique, la fréquence des discussions politiques ou le fait de considérer la politique comme un élément important de la vie, les pauvres tendent à ne pas accorder autant d'importance à la chose politique que leurs concitoyens. Ils ne s'en détournent pas totalement cependant. Si la moitié des Tananariviens appartenant au quartile le plus riche s'intéresse à la politique, il en reste tout de même encore près d'un tiers chez les membres du quartile le plus pauvre. 39 % de ces derniers parlent souvent de politique avec leurs proches et 25 % considèrent que la politique est une chose importante dans la vie (contre 63 % et 44 % respectivement pour le dernier quartile).

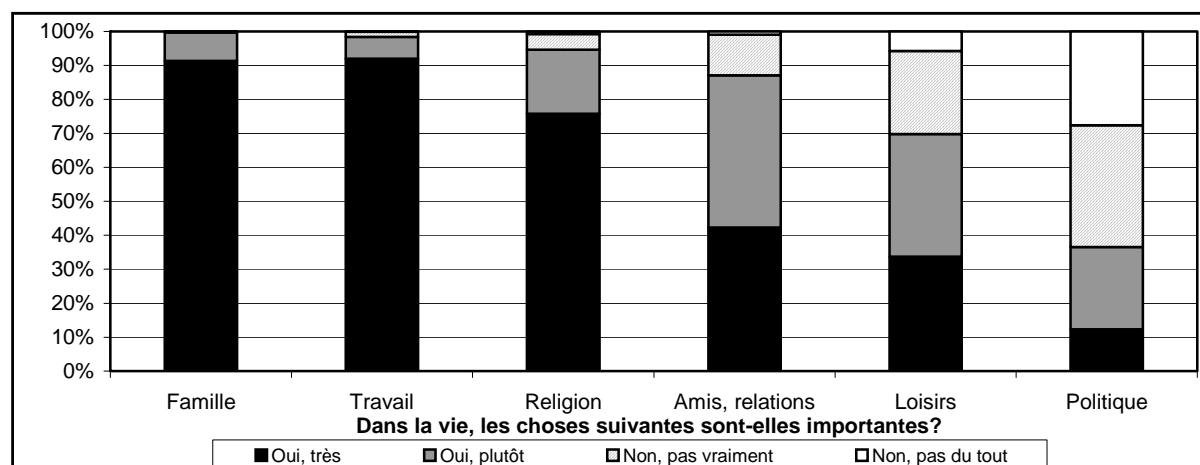
Tableau 48 : La politisation des Tananariviens suivant le niveau de revenu (en %)

	Quartiles de revenus par tête				Total
	1 ^{er} quartile	2 ^{ème} quartile	3 ^{ème} quartile	4 ^{ème} quartile	
Est intéressé par la politique	32,0	39,2	44,5	50,3	42,8
Parle souvent politique avec ses proches	38,5	51,2	52,5	63,4	53,0
Dans la vie, la politique est importante	24,9	33,7	38,9	43,5	36,5
Se sent proche d'un parti (association politique)	48,3	46,7	51,7	46,8	48,3

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Comment interpréter le fait que 43 % des Tananariviens s'intéressent à la politique ou qu'un peu plus de la moitié d'entre eux parle souvent de politique : ces résultats traduisent-ils un niveau faible ou au contraire élevé de politisation ? Pour répondre à cette question il faut trouver une norme qui permette la comparaison. Celle-ci pourrait être le niveau enregistré par le passé ou dans d'autres pays. La voie retenue ici est de mettre en relation l'importance de la politique par rapport à d'autres centres d'intérêt potentiels. Dans l'enquête, nous avons cherché à savoir ce qui comptait le plus dans la vie des Tananariviens. Des six domaines proposés, la politique se classe en dernière position, très loin derrière la famille, le travail, mais aussi la religion, les relations sociales et même derrière les loisirs. Ainsi 28 % des adultes de la capitale considèrent que « *la politique n'a aucune importance* » dans leur vie, alors que seulement 6 % affichent la même indifférence vis-à-vis des loisirs, et moins de 1 % pour les autres domaines de la vie. La politique n'apparaît donc pas comme une priorité, ni même comme un champ central dans la vie.

Graphique 10 : Importance de la politique dans la vie des Tananariviens



Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

3 LA SANTE ET L'INTEGRATION SOCIALE

3.1 Santé et recours aux soins

En complément des travaux de recherche qui ont montré, depuis plusieurs décennies, un effet spécifique des inégalités sur la mortalité et la morbidité, l'enquête SIRS cherche à décrire la relation entre les inégalités et la santé du point de vue de la satisfaction des individus quant à leur santé et leur bien-être. Elle attache donc au moins autant d'importance à la perception du bien-être individuel et des facteurs conduisant à des souffrances physiques et psychologiques, qu'au recueil de données sur les troubles ou les gênes ressenties en référence aux maladies-pathologies. Elle s'intéresse également aux comportements des individus à l'égard de la santé. Ces comportements dépendent notamment de l'offre de soins disponible localement, de la capacité matérielle et symbolique de les réaliser ainsi que des connaissances en matière de santé, dont on fait l'hypothèse qu'elles reproduisent, au moins dans une certaine mesure, les inégalités sociales. Des conditions de vie difficiles et un isolement social et affectif peuvent par exemple conduire les individus à donner la priorité à des préoccupations autres que celles relatives à la santé (ce qui apparaît nettement dans le cas des comportements préventifs mais aussi en matière de recours aux soins). La nécessité de répondre aux priorités vitales peut de surcroît conduire à accepter des conditions de vie et de travail (pénibilité du travail) qui compromettent le bien-être et peuvent même être dangereuses pour la santé. La relation entre inégalités et santé concerne également les événements stressants dont on sait qu'ils ont un effet important sur la santé des individus. Précarité des situations socioprofessionnelle et des conditions de vie et de résidence, insécurité liée à des phénomènes sociaux (violence, peur de l'expulsion du logement...) sont autant de facteurs susceptibles d'affecter la santé des individus.

Mais au delà des effets des inégalités sociales sur la santé, la perception de son propre état de santé et de son bien-être, ainsi que les comportements liés à la santé (recours aux soins, comportements préventifs, dépendances,...) sont liés, au moins partiellement, à l'intégration sociale des individus. La forme extrême de la souffrance qui conduit au suicide est, on le sait depuis les travaux de Durkheim, liée à l'isolement social et au rôle de la famille. De façon moins extrême, des formes de souffrance psychologique se traduisant par la perte de confiance en soi et du sentiment de « compter pour autrui », l'anxiété, la détresse morale sont souvent liées à des problèmes d'intégration. Les ruptures sociales conduisent à la perte de ressources symboliques et relationnelles (affaiblissement du soutien social et familial) permettant de faire face à la maladie et peuvent parfois s'accompagner de comportements à risque. Les problèmes de santé sont donc amplifiés dans des environnements marqués par de fortes inégalités et des situations de ruptures sociales.¹⁹

3.1.1 L'état de santé de la population

a) La santé physique et mentale

Santé ressentie

La grande majorité des Tananariviens âgés de plus de 18 ans estime être en bonne santé. Ainsi, 25 % déclarent que leur état de santé général est très bon et 44 % qu'il est bon. Les problèmes de santé ressentie ne sont toutefois pas rares, puisque **28 % considèrent que leur état de santé est « moyen », et 3 % qu'il est mauvais ou très mauvais**. Ces proportions sont similaires que l'on considère la santé en général ou que l'on distingue la santé physique et la santé psychologique.

Comme dans la plupart des enquêtes sur la santé, **les femmes se déclarent moins souvent en bonne santé que les hommes** (63 % disent avoir un bon ou très bon état général, contre 75 % des hommes). Comme on pouvait s'y attendre, l'état de santé ressentie est aussi lié à l'âge des personnes : il est jugé

¹⁹ L'ensemble des données sur la santé et le recours aux soins présentées par la suite concernent les individus âgés de 18 ans ou plus.

d'autant plus souvent « moyen » ou « mauvais » que l'âge est élevé, passant de 23 % chez les 18-24 ans à 56 % chez les 65 ans ou plus.

On sait par ailleurs que les conditions de vie ont un impact sur la santé, et que le capital culturel et économique peut aussi jouer en faveur de comportements préventifs et curatifs favorables à la santé. L'enquête SIRS confirme ce type de résultats pour la population d'Antananarivo : le niveau de revenus comme le niveau de diplôme est lié de façon significative à l'état de santé ressentie. En effet, seuls 62 % des personnes dans le quartile inférieur de revenus s'estiment en bonne ou très bonne santé, contre 74 % des plus riches. Cette proportion augmente aussi avec le niveau d'éducation : 65 % des personnes non diplômées ou n'ayant qu'un CEPE se disent en (très) bonne santé, alors que c'est le cas de 75 % des diplômés du supérieur.

Ces données sur l'état de santé ressentie sont très proches de celles qu'on observe par exemple en France (où, en 2002, 23 % des Français jugeaient comme « très bon » leur état de santé et 45 % comme « bon » (Auvray, Doussin et Le Fur, 2003)). Ce résultat peut surprendre face aux constats généraux de problèmes de santé que rencontrent nombre de personnes vivant à Antananarivo. Mais il convient de souligner qu'il s'agit là de données sur la « santé ressentie », c'est-à-dire de l'auto-évaluation, par les personnes, de leur état de santé²⁰. Il s'agit donc bien d'une appréciation qui dépend de différents facteurs dépassant les seuls critères bio-médicaux. En outre, différentes études soulignent que la santé perçue ne coïncide pas avec la santé objectivée par des médecins. Ainsi, des personnes atteintes de maladies chroniques ont parfois tendance à déclarer spontanément un meilleur état de santé que des personnes non malades – du fait notamment d'une certaine intériorisation de la dégradation de leur santé, et d'une adaptation à celle-ci. Plus généralement, un état de santé dégradé peut être considéré comme « normal » lorsqu'il est partagé par de nombreuses personnes autour de soi, ou que l'on n'a pas les moyens d'y remédier. C'est probablement ce que l'on observe, au moins en partie, pour la population d'Antananarivo.

Ces résultats sont quoiqu'il en soit intéressants dans la mesure où ils révèlent le sentiment des individus sur leur propre état de santé, et où ce sentiment conditionne certains de leurs comportements liés à la santé (notamment les décisions de recours aux soins). Il convient toutefois de les compléter par des indications sur les maladies et problèmes de santé déclarés, ainsi que sur les conséquences des états de santé sur la vie quotidienne.

Maladies graves ou chroniques

Bien que les Tananariviens se déclarent globalement en bonne santé, nombreux estiment néanmoins souffrir de maladies de façon chronique. Ainsi, lorsqu'on leur présente une liste de 22 maladies graves ou chroniques et qu'on leur demande pour chacune s'ils en sont atteints, **les deux tiers des Tananariviens estiment qu'ils souffrent d'au moins l'un de ces problèmes de santé** (71 % des femmes et 62 % des hommes). Ces données étant purement déclaratives, elles doivent être interprétées avec prudence et ne peuvent être rapprochées de données objectives des enquêtes épidémiologiques « classiques ». Les maladies graves ou chroniques les plus fréquemment mentionnées étant celles touchant l'estomac, l'intestin ou le système digestif (pour 29 % des enquêtés), puis la migraine (23 %) et les troubles importants du sommeil (16 %).

²⁰ L'état de santé perçue a été appréhendé au travers de questions telles que : « comment est votre état de santé général ? »

Tableau 49 : Maladies graves ou chroniques selon le sexe (%déclarant être actuellement atteints par différentes maladies)

	Homme	Femme	Total
Maladie de l'estomac, de l'intestin ou du système digestif	29,8	27,9	28,8
Migraine	18,9	26,5	22,8
Troubles importants du sommeil	15,1	16,6	15,9
Hypertension artérielle chronique	9,6	21,9	15,9
Maladie du cœur, des veines ou des artères	7,7	19,3	13,7
Maladie du foie ou de la vésicule biliaire	7,7	15,0	11,4
Paludisme/malaria grave et fréquent	9,6	8,7	9,1
Dépression, états dépressifs fréquents	6,6	10,3	8,4
Maladie des bronches ou des poumons	8,0	6,9	7,4
Maladie des articulations ou des os	6,0	7,5	6,8
Autres troubles psychologiques ou psychiatriques	4,9	5,3	5,1
Malnutrition	3,0	5,1	4,1
Séquelles d'accidents ou de maladie grave	3,1	2,2	2,6
Surveillance d'une maladie grave ou chronique passée	2,1	1,6	1,8
Paralysie partielle ou totale	1,6	1,5	1,5
Obésité	0,8	1,6	1,2
Maladie de la peau	1,2	0,6	0,9
Maladie du système nerveux	0,9	0,8	0,9
Diabète	0,7	0,9	0,8
Maladie des reins ou de la vessie	0,8	0,3	0,6
Cancer, leucémie, tumeur	0,1	0,0	0,1
Autre maladie chronique ou grave diagnostiquée	2,3	1,2	1,7
Total (au moins 1 maladie citée)	62,1	71,0	66,6

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

L'hypertension artérielle est également citée par 16 % des enquêtés, mais beaucoup plus fréquemment par les femmes que par les hommes (respectivement 22 % et 10 %). Cette différence importante conduit à souligner, pour une partie de la population d'Antananarivo, une certaine méconnaissance de la nosographie scientifique, des troubles de santé diagnostiqués ainsi que des motifs et résultats des examens médicaux – notamment, en l'occurrence, concernant l'hypertension. En effet, si deux fois plus de femmes que d'hommes déclarent être atteints d'hypertension artérielle, cela renvoie davantage à leurs représentations plutôt qu'à la réalité de maladie. En 1997 par exemple, l'enquête SET97 avait mesuré la tension artérielle des enquêtés, montrant que parmi les personnes de plus de 20 ans (soit un échantillon proche de celui de l'enquête SIRS), 13 % de la population était atteints d'hypertension artérielle (TA > 160/95). Les examens réalisés alors indiquaient une prévalence supérieure chez les hommes que chez les femmes (15 % vs 11 %), ce qui est en opposition avec les résultats obtenus en 2003 à partir des déclarations des individus eux-mêmes. En réalité, le fait que les femmes estiment aussi souvent être concernées par des troubles d'hypertension pourrait se comprendre par les conditions du suivi des grossesses, au cours duquel la tension artérielle fait l'objet d'une attention toute particulière (en appui à cette hypothèse, les femmes qui ont eu au moins un enfant sont 26 % à déclarer être atteintes de cette pathologie, contre seulement 6% des autres).

Santé dentaire

La population d'Antananarivo rencontre également, de façon globale, des problèmes de santé dentaire. Ainsi, la moitié seulement des personnes majeures ont encore toutes leurs dents : 14 % disent avoir toutes les dents en bon état et 36 % toutes leurs dents mais certaines traitées ou remplacées. **Plus d'un Tananarivien sur dix a perdu toutes ou presque toutes ses dents.** La santé dentaire des femmes apparaît significativement plus dégradée que celle des hommes, puisqu'elles sont 43 % (contre 34 % des hommes) à avoir perdu une partie de leurs dents, et 14 % (contre 10 %) à avoir perdu toutes ou presque leurs dents. Au-delà de l'état de la dentition, **près de la moitié des enquêtés (47 %) estiment avoir des dents à soigner, en mauvais état ou à remplacer.** Mais seulement un tiers d'entre eux a consulté pour ces problèmes. Là encore, les femmes se trouvent dans une situation plus défavorable, puisqu'elles sont 49 % à mentionner avoir des dents à traiter, contre 44 % des hommes.

Quel que soit le sexe, la santé dentaire s'avère fortement lié à la position sociale et au niveau de ressources des individus. Les plus pauvres et les moins diplômés sont nettement défavorisés non

seulement concernant l'état de la dentition et l'état de santé des dents mais aussi en matière de recours aux dentistes. Par exemple, 73 % des diplômés du supérieur ont encore toutes leurs dents, alors que ce n'est le cas que de 35 % des non-diplômés. Dans le quartile riche, 58 % ont toutes leurs dents, contre seulement 40 % dans quartile pauvre. Par ailleurs, avoir des dents à soigner (en mauvais état ou à remplacer) est d'autant plus fréquent que l'on descend dans la hiérarchie des diplômes ou dans l'échelle des revenus (37 % parmi les riches contre 56 % parmi les pauvres). Et, comme nous le verrons par la suite, le recours à un dentiste est d'autant plus rare que les personnes sont pauvres ou peu diplômées. Une conjonction de facteurs peut expliquer la mauvaise santé dentaire des plus pauvres : moins bonne hygiène dentaire, moindre recours aux dentistes (du fait du coût financier de la démarche et éventuellement d'un rapport à la santé et à la médecine différent), pratiques professionnelles des dentistes différentes selon la catégorie sociale et les moyens financiers de leurs patients... Il est en outre probable qu'une partie des plus pauvres se font arracher les dents trop douloureuses sans passer par les services d'un dentiste.

Malnutrition et surcharge pondérale

L'enquête SIRS demandait aux personnes enquêtées leur taille et leur poids²¹. Selon leurs déclarations, les hommes mesurent en moyenne 1m66 et les femmes 1m55. Leur poids moyen est respectivement de 59 kg pour les hommes et de 52 kg pour les femmes. L'Indice de Quetelet, ou BMI (Body Mass Index)²² permet d'estimer l'état nutritionnel des individus. Selon des normes internationales, la valeur de cet indice permet de repérer des situations de « malnutrition » (BMI<17), de « normalité » et de « surcharge pondérale » (qu'il s'agisse de surpoids ou d'obésité : BMI≥26 chez les femmes, BMI≥28 chez les hommes). D'après l'enquête SIRS²³, **4% des Tananariviens de 18 ans ou plus souffrent de malnutrition**, et 5 % de surcharge pondérale (surpoids ou obésité confondus).

L'obésité (BMI>30) touche moins de 1 % des Tananariviens. On est donc loin, à Madagascar, des chiffres très inquiétants de prévalence de l'obésité observés non seulement dans les pays du Nord (de 10 à 25 % dans la plupart des pays d'Europe occidentale et de 20 à 25 % en Amérique du Nord) mais aussi dans certains pays du Sud où, d'après l'OMS, elle augmente rapidement (elle est de 5 % par exemple au Sierre Leone).

Les femmes sont plus touchées que les hommes par les problèmes de nutrition : **8 % des femmes sont touchées par une surcharge pondérale** (contre 2 % des hommes) et **5 % par la malnutrition** (contre 2 % des hommes). Mais quel que soit le sexe, les problèmes de poids sont significativement liés aux ressources financières des individus. La malnutrition touche de façon préoccupante les plus pauvres : **8 % des personnes dans le quartile de revenus le plus pauvre souffrent de malnutrition** (contre 3 % ou moins pour les autres). En revanche, les problèmes de surcharge pondérale concernent surtout les plus riches : **dans le quartile de revenus le plus riche, 7 % sont confrontés à une surcharge pondérale**. A l'inverse des pays occidentaux, et de façon similaire aux pays du Sud en général, le surpoids est donc à Madagascar un problème qui touche plutôt les catégories aisées de la population.

Santé mentale et psychologique

L'intégration sociale est dépendante de la santé physique mais aussi mentale des individus, de leurs capacités psychologiques d'action et d'adaptation, ainsi que des jugements qu'ils portent sur eux-mêmes (« l'estime de soi »). Or ceux-ci sont aussi, en retour, déterminés en partie par les situations sociales. Les positions sociales, inégalement valorisées, peuvent en effet favoriser des perceptions de soi négatives ou positives. Les ruptures sociales sont susceptibles de réduire les ressources symboliques et relationnelles des individus, et de peser sur leur équilibre psychologique.

²¹ Les enquêteurs ont précisé si la réponse donnée par l'enquêté sur son poids leur semblait plausible (ce qui fut le cas pour 81% des réponses), probablement inférieur (10%) ou probablement supérieur à la réalité (9%). Les analyses présentées ici prennent uniquement en compte les données jugées plausibles.

²² BMI = poids / taille au carré

²³ Dans la mesure où l'analyse ne porte que sur les quatre cinquièmes de l'échantillon pour lesquels les données semblaient fiables, ces résultats sur la prévalence globale des problèmes de poids sont à prendre avec une certaine prudence.

Pourtant, les problèmes de santé mentale sont très rarement interrogés dans les enquêtes auprès des populations des pays en développement. Or à côté des difficultés de santé physique, les troubles de santé mentale ne sont pas rares. Et par-delà les problèmes psychiatriques, le malaise ou la souffrance mentale que certains ressentent méritent aussi une attention particulière. Une recherche menée en 1998-99 dans les régions d'Antananarivo et de Mahajanga avait conclu que la santé mentale constitue un problème de santé publique à Madagascar, en se référant notamment à la prévalence élevée des troubles mentaux et au risque que cette prévalence augmente avec le stress induit par la pauvreté et l'urbanisation sauvage.²⁴ L'enquête SIRS permet de rendre compte de plusieurs dimensions de la santé mentale et des ressources psychosociales des individus, et de tester les liens entre ces ressources et les autres dimensions de l'intégration sociale.

Dans les pays occidentaux, différentes enquêtes mesurent la dépression de la population en interrogeant un ensemble de symptômes au travers d'un ensemble de questions standardisé et intitulé Mini-Diag (Mini International Neuropsychiatric Interview) (Sheehan, Lecrubier, Sheehan, et al, 1998). L'enquête SIRS a utilisé ce même outil, traduit en Malgache, pour approcher la dépression à Antananarivo. Cet outil comporte neuf questions sur l'état émotionnel et psychologique de l'enquêté au cours des deux dernières semaines ; trois questions sont posées à l'ensemble des enquêtés et six sont posées uniquement à ceux qui ont répondu par l'affirmative à l'une au moins des trois premières questions. Les réponses sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau 50 : Indicateurs d'estime de soi

Au cours des deux dernières semaines...	% de réponses « oui »
Vous êtes-vous senti triste, cafardeux, déprimé régulièrement ?	16,8
Avez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisaient habituellement ?	5,5
Vous sentez-vous presque tout le temps fatigué, sans énergie ?	26,9
Si au moins une réponse positive ci-dessus :	
Votre appétit a-t-il notablement changé ou avez-vous perdu ou pris du poids sans en avoir l'intention ?	33,8
Avez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, hypersomnie) presque toutes les nuits ?	50,1
Vous sentez-vous plus agité et avez-vous du mal à rester en place, ou au contraire parlez-vous ou vous déplacez-vous plus lentement que d'habitude ?	21,2
Vous sentez-vous bon à rien ou coupable ?	6,4
Avez-vous du mal à vous concentrer et à prendre des décisions ? (à garder votre attention sur un chose)	18,3
Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires, avez-vous pensé à vous faire du mal ou au suicide ?	3,6

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Selon les critères de mesure et de définition du Mini-Diag, **9 % de la population enquêtée présente un profil compatible avec des symptômes de dépression** (4 réponses affirmatives ou plus). On peut rapprocher cette proportion à celle, très proche (8 %), de personnes qui déclarent spontanément être atteintes de dépression ou d'états dépressifs fréquents (lorsqu'on leur demande directement si elles souffrent de ces problèmes de santé). Il est bien sûr très difficile de comparer ces taux, étant donné la subtilité de la formulation des questions et la complexité de la traduction. A titre indicatif néanmoins, on soulignera qu'en France, en 1997, le taux de dépression estimé à partir du Mini-Diag s'élevait à 12 % de la population (Le Pape A, Lecomte, 1999).

A Antananarivo, la prévalence de ces symptômes dépressifs ne diffère pas de façon significative entre les hommes et les femmes. Elle tend par contre à être plus élevée aux âges les plus jeunes, en particulier entre 18 ans et 29 ans (**les symptômes dépressifs touchent 12 % des 18-29 ans** et 9 % des 30-44 ans). Le lien avec le niveau de diplôme est assez ambigu : en effet, ce sont les personnes sans aucun diplôme d'une part, et les personnes les plus diplômées (niveau Bac+3) d'autre part, qui sont le plus protégées de la dépression (« seules » 7% d'entre elles sont concernées).

²⁴ La santé mentale en population générale. *Image et réalité*. Rapport de la 1^{ère} phase d'enquête 1998-2000, ASEP, OMS, DIRM EPSM Lille Métropole, Ministère de la Santé, Ministère des Affaires Etrangères, France, Juin 2001.

Parmi les personnes présentant des symptômes de dépression, **seuls 19 % ont parlé de ces problèmes à un médecin ou un personnel de santé** (sans différence significative selon le niveau de revenus ni le niveau d'étude). Les femmes ont davantage tendance que les hommes à parler de ces problèmes dépressifs à des professionnels de santé (elles sont 25 % dans ce cas, contre seulement 13 % des hommes).

Le faible recours médical en cas de symptômes dépressifs renvoie pour beaucoup au fait que les personnes concernées n'identifient pas ces symptômes comme quelque chose méritant une consultation. En outre, ces symptômes ne sont pas nécessairement repérés par les personnes elles-mêmes, ni toujours interprétés comme étant pathologiques. Ainsi, 80 % des individus ayant un Mini-Diag positif ne citent pas la dépression lorsqu'on leur demande, à partir d'une liste de différentes maladies, de quel problème éventuel de santé ils souffrent. Parallèlement, lorsqu'on interroge ceux qui n'ont pas consulté pour leurs symptômes de dépression (à partir d'une liste précédée d'items), 52% disent que « ce n'est pas un problème qui relève d'un médecin », 53 % que « cela passera tout seul, ce n'est pas grave » et 19 % répondent qu'ils se soignent tout seuls²⁵. Toutefois, 46 % répondent aussi que ce non-recours est lié à des problèmes financiers. Enfin, on doit noter un relatif manque d'information concernant les professionnels pouvant prendre en charge les problèmes dépressifs, puisque 18 % expliquent leur non-recours par le fait qu'ils ne savent pas à qui s'adresser, ou ne connaissent pas de médecin pour cela.

b) Demande de soins et recours aux soins médicaux

Couverture maladie et suivi médical

La protection sociale contre la maladie est peu développée dans la capitale malgache. Elle n'est toutefois pas exceptionnelle. Ainsi, un tiers de la population (de plus de 18 ans) a déjà eu, au cours de la vie, une couverture maladie. **Au jour de l'enquête, 24 % des Tananariviens bénéficiaient d'un système de prise en charge des frais médicaux**, sans différences significatives entre les hommes et les femmes. La couverture maladie la plus fréquente est celle offerte par le biais de la fonction publique (39 % des personnes couvertes le sont parce qu'elles-mêmes ou leurs parents sont fonctionnaires), puis l'OSTIE ou le OSIPD (31 %) ; pour 17 % de la population couverte, cette couverture maladie provient d'un dispensaire lié à leur lieu de travail ; seuls 4 % relèvent d'une assurance.

Le bénéfice d'une couverture maladie est d'autant plus répandu que le niveau de diplôme des individus est élevé (43 % des diplômés du supérieur sont couverts, contre 12 % seulement des personnes sans diplôme) et que leurs ressources financières sont élevées (45 % des personnes du quartile le plus riche, contre 13 % dans le quartile le plus pauvre). **Les difficultés d'accès à une couverture maladie risquent donc de renforcer encore les inégalités sociales de santé constatées dans la capitale malgache.** En effet, alors que les plus pauvres sont globalement en moins bonne santé, ce sont eux qui bénéficient le moins souvent d'une aide institutionnalisée pour prendre en charge le coût des consultations et des soins médicaux.

Suivi médical

Il est généralement considéré qu'avoir un médecin régulier favorise le suivi et permet une meilleure prise en charge médicale à long terme de la santé des individus, qu'ils soient ou non en mauvaise santé. Ce type de suivi est relativement fréquent à Antananarivo, puisque **68 % des adultes ont un médecin régulier** (ou un personnel de santé) qui les connaît déjà et qu'ils vont consulter en priorité s'ils sont malades. Les hommes sont un peu plus souvent dans ce cas que les femmes (70 % vs 66 %). Les plus jeunes en revanche ont moins souvent de médecin régulier : seuls 64 % des 18-29 ans en ont un, contre 67 % des 30-44 ans, cette proportion atteignant même 75 % pour les 45-59 ans et 72 % pour les personnes âgées de 60 ans ou plus.

²⁵ Les enquêtés ayant pu citer plusieurs réponses, la somme des pourcentages est ici supérieure à 100.

Le suivi médical est plus fréquent parmi les personnes en mauvaise santé. Il est davantage répandu en effet parmi les personnes souffrant d'au moins une maladie grave ou chronique (70 % d'entre elles ont un médecin régulier, contre 64 % de celles qui ne sont pas confrontées à de tels problèmes de santé), de même que parmi celles dont l'état de santé leur pose des problèmes dans la vie quotidienne (74 % vs 68 % des autres) et, surtout, parmi celles déclarant un handicap ou une limitation du fait de leur santé (77 % contre 68 % des autres). En outre, les individus qui n'ont pas de médecin régulier sont près d'un quart à expliquer cela par le fait qu'ils sont en bonne santé et n'en a jamais eu besoin. On peut bien sûr penser que les personnes ayant des problèmes de santé ressentent plus fréquemment que les autres le besoin d'avoir un médecin régulier. Mais il est possible parallèlement (et inversement) que les personnes ayant un médecin régulier soient celles qui accordent davantage d'attention aux différents signes d'une santé dégradée, ou même que des contacts réguliers avec un médecin sensibilisent les personnes aux questions de santé et, par suite, contribuent à ce que celles-ci déclarent plus que les autres des problèmes de santé. Quoiqu'il en soit, s'il est plutôt positif que les personnes en mauvaise santé soient suivies par un médecin régulier, il faut souligner que **30 % des personnes déclarant souffrir d'au moins deux problèmes de santé chroniques n'ont pas de médecin régulier.**

Tableau 51 : Suivi médical selon le niveau de revenu et le niveau de diplôme

	% ayant un médecin régulier
Revenus par UC	
1 ^{er} quartile (pauvre)	56,8
2 ^{ème} quartile	67,0
3 ^{ème} quartile	67,9
4 ^{ème} quartile (riche)	81,8
Niveau de diplôme	
Aucun	59,1
CEPE	62,3
BEPC	71,5
CAP, CESD, Bac	77,9
Bac+2 ou plus	81,9
Ensemble	68,1

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

L'état de santé n'est pas le seul déterminant du suivi ou de l'absence de suivi médical. **Avoir un médecin régulier est une pratique fortement liée au niveau économique et culturel des personnes.** La proportion de personnes qui ont un médecin augmente au fur et à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des revenus (passant de 57 % dans le quartile inférieur à 82 % dans le quartile supérieur) et dans l'échelle des diplômes (passant de 59 % parmi les non-diplômés à 82 % pour les diplômés du supérieur). On peut aussi souligner que l'accès à une couverture maladie semble faciliter le suivi médical (les personnes couvertes ne sont que 16 % à ne pas avoir de médecin régulier, contre 37 % des personnes sans couverture maladie).

En majorité, les personnes qui ont un médecin régulier consultent celui-ci en ville, dans son cabinet. C'est le cas de 60 % d'entre elles. Un peu plus d'un tiers (35 %) le consulte dans un dispensaire, un centre de santé publique ou une association ; et seuls 5 % ont leur médecin régulier à l'hôpital. Les pratiques sont notamment liées au sexe : les hommes consultent leur médecin régulier en ville un peu plus souvent que les femmes (63 % vs 57 %), et les femmes un peu plus souvent dans un dispensaire, centre de santé ou association (38 % vs 32 % des hommes).

Les personnes consultent d'autant plus dans le secteur privé que leur situation financière est bonne ou que leur niveau de diplôme est élevé. On retrouve là, pour Antananarivo, la tendance qui avait été observée en 1999 sur l'ensemble du pays (Glick, Razakamanantsoa, 2001). Inversement, **les personnes consultent d'autant plus en dispensaire que leur niveau d'éducation ou que leurs revenus sont faibles**. Ainsi, parmi les plus riches (quartile de revenus supérieur), 69 % ont leur médecin régulier en ville et seulement 24 % dans un dispensaire. Parmi les plus pauvres en revanche, 51 % consultent leur médecin régulier en dispensaire et seulement 45 % dans un cabinet de ville. De même, parmi les personnes n'ayant aucun diplôme, 52 % consultent leur médecin régulier en cabinet de ville, et 44 % dans un dispensaire, tandis que le médecin régulier des diplômés du supérieur se trouve dans 77 % des cas dans un cabinet de ville, et dans seulement 18 % des cas dans un dispensaire.

Ceux qui n'ont pas de couverture maladie voient davantage leur médecin régulier en ville (65 %), alors que ceux qui bénéficient d'une couverture maladie voient le leur à peu près autant en ville (48 %) qu'en dispensaire (43 %).

Des obstacles financiers à l'origine du non-suivi médical

Plusieurs raisons expliquent que près d'un tiers des Tananariviens n'a pas de médecin régulier. L'explication la plus fréquemment avancée (parmi les 8 proposées aux enquêtés) est un manque d'argent (pour 42 % de ceux qui n'ont pas de médecin régulier). L'autre explication majeure est que les personnes ne ressentent pas le besoin d'avoir un médecin régulier. Ainsi, 37 % de ceux qui n'en n'ont pas disent qu'ils n'en ont jamais eu besoin, qu'ils sont en bonne santé, et 37 % disent qu'ils se soignent tout seuls²⁶. Parmi les autres explications avancées, on signalera qu'un tiers des individus concernés répond qu'ils n'en connaissent pas, et 20 % que les circonstances font qu'ils changent de médecin à chaque fois.

La médecine dite « traditionnelle » joue un rôle non négligeable dans la prise en charge par les Tananariviens de leur santé. Ainsi, 14 % de ceux qui n'ont pas de médecin régulier explique ce non-suivi par le fait qu'ils consultent d'autres type de personnes, telles que des masseuses (mpanotra), des guérisseurs, des marabouts, etc. ; il ne s'agit toutefois pas de l'unique raison au non-suivi médical, puisque la très grande majorité (89 %) citent en même temps d'autres explications (tels que des problèmes financiers, etc.). En outre, le recours à ce type de médecine n'est pas exclusif d'un recours à la médecine moderne. Parmi les personnes qui expliquent qu'elles n'ont pas de médecin régulier parce qu'elles ont d'autres types de recours, 37 % ont néanmoins consulté un médecin au cours de l'année précédente.

Suivi dentaire

Un autre type de suivi était interrogé dans l'enquête SIRS : le suivi par un dentiste. D'une manière générale, les consultations auprès de dentistes sont relativement rares. Ainsi, **seuls 27 % des enquêtés ont consulté un dentiste au cours des douze derniers mois**. On constate là encore un lien significatif avec la protection maladie : les personnes qui ont une couverture maladie sont les plus nombreuses à avoir consulté un dentiste (37 %, contre 30 % de ceux qui ont eu par le passé une couverture mais qui n'en ont plus au moment de l'enquête, et contre seulement 24 % de ceux qui n'ont jamais été couverts).

Les raisons de n'avoir pas vu de dentiste dans l'année écoulée sont diverses. Dans la majorité des cas (56 %), les personnes estiment qu'elles n'ont rien de grave. Mais **37 % de ceux qui n'ont pas consulté avancent des raisons financières** ; 22 % disent qu'ils se soignent tout seuls ; 15 % expliquent qu'ils n'ont pas consulté dernièrement par le fait qu'ils n'ont pas le temps ou qu'ils ont d'autres soucis. Ces explications sont celles avancées par les individus, d'après leur point de vue subjectif. Elles sont corroborées par le fait que le recours aux dentistes est d'autant plus rare que les personnes sont pauvres ou peu diplômées (49 % des personnes du quartile le plus riche ont consulté pour cela, contre seulement 24 % des personnes du quartile le plus pauvre).

²⁶ Les personnes pouvant donner plusieurs types d'explications, la somme des pourcentages est supérieure à 100.

Recours aux consultations et examens de prévention

Les examens et consultations de prévention s'avèrent importants pour préserver la santé des populations ainsi que pour déceler le plus tôt possible d'éventuelles maladies ou infections et, ainsi, améliorer les chances de guérison et/ou diminuer les risques de transmission. Mais recourir aux soins de façon préventive nécessite souvent d'avoir la capacité à se libérer du temps et des moyens financiers et de pouvoir se projeter dans l'avenir ; cela dénote également un rapport à la santé particulier. Or on constate qu'il s'agit d'une pratique socialement différenciée. Deux types d'examen de prévention ont été interrogés dans l'enquête SIRS : le dépistage du VIH-sida et, pour les femmes, le dépistage du cancer du col de l'utérus. Ces deux examens, de même que les consultations médicales préventives, sont globalement peu répandus dans la population de la capitale malgache.

D'une manière générale, les consultations et examens de prévention sont davantage pratiqués par les personnes les plus riches et les plus diplômées. C'est notamment le cas des recours médicaux préventifs. Ainsi, **au cours des douze mois précédents l'enquête, 8 % des Tananariviens ont consulté un médecin de façon préventive** (pour un bilan, des vaccinations, etc.) ; cette proportion s'élève à 13 % parmi les diplômés du supérieur et à 11 % dans le quartile de revenus le plus riche.

Sur l'ensemble de la population de plus de 18 ans, **5 % ont déjà eu au cours de leur vie un test de dépistage contre le VIH-Sida**²⁷. Les hommes et les femmes ont eu recours à ce test de dépistage dans les mêmes proportions. On ne constate pas non plus de tendance significative selon l'âge. Par contre, le niveau d'éducation semble jouer un rôle, les personnes les moins diplômées étant moins souvent dépistées que les personnes ayant un diplôme supérieur ou égal au CAP.

Si les maladies infectieuses constituent toujours un problème majeur de santé publique dans les pays en développement, les cancers y représentent aujourd'hui la deuxième cause de mortalité pour les personnes âgées de plus de 5 ans. Dans ces pays, y compris à Madagascar, le cancer du col de l'utérus est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes adultes (Raharisolo Vololonantenaina, Rabarijaona, Soares, Rasendramino, Pécarrière, Khun et Huerre, 2003) La prévention du cancer du col de l'utérus repose sur la réalisation du frottis cervico-vaginal (ou frottis du col). Selon une étude du Centre international de recherche contre le cancer (CIRC) de 1986, un dépistage systématique permettrait de réduire la mortalité de plus de 90 %. Bien que cet examen gynécologique soit relativement simple et peu coûteux, le frottis cervico-vaginal reste encore très peu répandu parmi les femmes tananariviennes. **Parmi les femmes ayant répondu à la question, seules 5 % disent avoir déjà eu un frottis du col** (84 % disent n'avoir jamais effectué ce test de dépistage et 12 % ne pas savoir si elles l'ont ou non effectué). La population cible de ce test de dépistage est certes davantage concernée : ainsi, 12 % des femmes de 35-44 ans disent avoir déjà eu un frottis du col ; mais il faut toutefois déplorer que 4 % seulement des femmes de 45-54 ans disent avoir déjà eu. Parallèlement, cette question semble révéler une mauvaise information sur différents points relatifs au suivi médical gynécologique. En effet, le taux de non-réponses à cette question sur le dépistage du cancer du col est très élevé, puisque 41 % des femmes en effet n'y ont pas répondu. On peut relier ces non-réponses à la gêne ressentie en abordant de la part de certaines femmes enquêtées ou même de certains enquêteurs, mais aussi à un manque d'information ou de compréhension, par les femmes, à propos des examens gynécologiques effectués. On notera en outre que le taux de non-réponses à cette question diminue lorsque le niveau scolaire des femmes augmente.

Différentes raisons sont à l'origine de la rareté de cette pratique de prévention. Il convient tout d'abord de souligner que **le suivi gynécologique est encore peu développé à Antananarivo**. Seules 11 % des femmes en effet sont suivies régulièrement pour les questions de gynécologie. Ce suivi concerne surtout les femmes de 35 à 44 ans (18 % d'entre elles), et très peu les jeunes (**seulement 8 % des femmes de 18 à 24 ans sont régulièrement suivies**). Comme pour les autres types de suivi médical, le suivi gynécologique est beaucoup moins fréquent parmi les femmes les moins riches (7 % dans le quartile inférieur, vs 17 % dans le quartile supérieur) et les moins instruites (5 % parmi les non-

²⁷ Ce taux peut, certes, être soumis à de nombreux biais de déclaration mais nous semble, précisément, assez pertinent pour juger des pratiques de dépistage et de *counseling* en matière de VIH-sida dans un pays dans lequel on connaît par ailleurs la forte prévalence des infections sexuellement transmissibles.

diplômées, vs 14 % parmi les diplômées du supérieur). Il convient ensuite de souligner un apparent manque d'information sur les questions de médecine gynécologique et sur la prévention du cancer du col de l'utérus en particulier. Lorsqu'on demande directement aux femmes pourquoi elles n'ont pas eu de frottis du col (que ce soit au cours de toute leur vie ou au cours de la dernière année), les trois quarts (73 %) répondent qu'elles n'en ont pas besoin ; 55 % qu'aucun médecin ne leur a proposé cet examen (y compris lorsqu'elles ne voient pas de médecin) ; 36 % disent qu'elles n'aiment pas cet examen ; 33 % qu'elles n'ont pas le temps ou ont d'autres soucis et, enfin, 21 % avancent des raisons financières. On notera que le recours au frottis du col est le seul comportement de recours aux soins (parmi ceux que l'enquête SIRS interrogeait) pour lequel les difficultés financières ne sont pas considérées comme un obstacle majeur par les personnes qui ne le pratiquent pas.

Consommation de médicaments et renoncement aux soins

Au cours des 4 dernières semaines, 37 % de la population a consommé des médicaments vendus en pharmacie. Cette consommation est bien sûr liée à l'état de santé ressentie des personnes : la moitié (49 %) de celles qui jugent leur santé mauvaise ou moyenne ont pris des médicaments au cours du dernier mois (contre 32 % de ceux qui s'estiment en bonne santé). La consommation médicamenteuse est aussi d'autant plus fréquente que les personnes sont confrontées à des maladies graves ou chroniques (25 % chez celles qui n'en ont aucune, contre 52 % de celles qui souffrent d'au moins trois maladies de ce type), ou à des problèmes de santé ayant des répercussions négatives dans la vie quotidienne.

Pourtant, et bien que les personnes les plus riches soient globalement en meilleure santé que les autres, ce sont elles qui consomment le plus souvent des médicaments : 42 % des personnes appartenant au quartile supérieur de revenus ont consommé au moins une fois des médicaments au cours des quatre dernières semaines, contre 33 % des plus pauvres. Par ailleurs, les femmes ont davantage consommé de médicaments que les hommes (40 % vs 33 %), ce qu'on peut relier notamment d'une part à la prise de pilule contraceptive pour une partie d'entre elles et, d'autre part, au fait qu'elles se déclarent plus souvent en mauvaise santé que les hommes.

L'automédication est une pratique relativement fréquente : 78 % des personnes ayant consommé des médicaments au cours des quatre dernières semaines l'ont fait au moins une fois sans avis médical. Cette auto-médication est plus souvent le fait de femmes que d'hommes (82 % contre 74 % des hommes). Par contre, la pratique de l'auto-médication se retrouve dans des proportions similaires pour tous les niveaux de diplôme et de revenus.

Le renoncement aux soins

25 % des Tananariviens (de plus de 18 ans) disent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières lors de l'année écoulée. Ce renoncement est d'autant plus problématique que dans 88 % des cas, les soins auxquels les personnes ont dû renoncer leur paraissent tout à fait ou assez importants. Bien sûr, le renoncement pour raisons financières dépend du coût des différents soins mais aussi des besoins de santé ressentis par les personnes, et de l'importance qu'elles accordent à résoudre par le biais de la médecine les problèmes de santé en question. Le domaine où ce renoncement est le plus important concerne les soins dentaires : 15 % de la population ont en effet renoncé à de tels soins (prothèses ou appareils, ou autres soins dentaires) ; 10 % ont dû renoncé à des consultations, visites ou soins de généralistes ou spécialistes ; 5 % à des médicaments et, enfin, 4 % à des lunettes ou lentilles.

Comme on pouvait s'y attendre, le renoncement aux soins pour raisons financières dépend des revenus du ménage. Un tiers (34 %) des personnes aux revenus les plus faibles (quartile inférieur) a connu un tel renoncement, soit deux fois plus que les personnes aux revenus les plus élevés (quartile supérieur). Pour autant, faire partie du quartile le plus riche ne protège pas totalement : 16 % de ces personnes disent en effet avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des 12 derniers mois. Il en est de même de la couverture maladie, puisque 20 % des personnes couvertes ont néanmoins renoncé à des soins (cette proportion s'élevant à 26 % pour les personnes sans protection maladie).

Ces résultats sont confortés par les réponses à une autre question concernant le soin apporté à sa santé. Lorsqu'on le leur demande directement, **un tiers des Tananariviens disent s'occuper de leur santé**

moins souvent qu'ils ne le souhaiteraient. La première raison avancée à cet état de fait est, dans 84 % des cas, un manque d'argent. Soulignons que 40 % des personnes concernées mentionnent parallèlement un manque de temps, et 24 % le fait qu'elles ont d'autres préoccupations, pour expliquer qu'elles s'occupent moins souvent de leur santé que ce qu'elles souhaiteraient.

La couverture maladie semble bien favoriser l'attention portée à sa santé, puisque 36 % de ceux qui n'en ont pas disent s'occuper de leur santé moins souvent qu'ils ne le souhaiteraient, alors que ceux qui en bénéficient ne sont que 20 % dans ce cas (même si pour une partie de la population, il est possible la relation de causalité se produise dans l'autre sens, c'est-à-dire qu'une importante attention portée à sa santé incite tout particulièrement à avoir une couverture maladie). De même, le niveau de revenu est étroitement lié au soin porté à sa santé : si 20 % des individus dans le quartile le plus riche ne s'en occupent pas autant qu'ils le voudraient, cette proportion s'élève à 47 % dans le quartile le plus pauvre.

3.1.2 La perception des relations entre santé et situation sociale

Les résultats précédents ont mis en évidence que les problèmes de santé et de recours aux soins concernent certes toutes les catégories sociales de population, mais affectent tout particulièrement les plus défavorisés de la population d'Antananarivo. Pour prolonger l'analyse, on peut s'interroger d'une part sur les conditions de vie des personnes ayant un impact potentiel sur leur santé et, d'autre part, sur l'opinion des personnes elles-mêmes concernant les liens entre leur situation sociale et leur santé.

a) Comportements et habitudes de vie pouvant être liés à la santé

En amont des recours à la médecine, certains comportements et habitudes de vie sont associés à la santé et peuvent contribuer à la préserver ou, au contraire, d'accroître les risques d'une dégradation de son état de santé. Parmi eux, les pratiques en matière d'alimentation jouent un rôle non négligeable. Or sur ce point, de nombreuses personnes à Antananarivo ne consomment pas régulièrement des produits pourtant essentiels. Ainsi, **un tiers de la population adulte consomme moins d'une fois par mois du lait ou des produits laitiers** ; 12 % ne mangent pas tous les mois des fruits ou légumes crus. Concernant les sources de protéines animales, les enquêtés ne sont que 49 % à manger du poisson et 64 % à manger de la viande plusieurs fois par semaine.

Tableau 52 : Habitudes de vie liées à la santé

	plusieurs fois par semaine	plusieurs fois par mois	plus rarement ou jamais
Prend un petit déjeuner avant de quitter son domicile	89,0	1,8	9,2
Mange des fruits ou des légumes crus	69,3	19,0	11,7
Consomme du lait ou des produits laitiers	40,8	27,5	31,7
Consomme de la viande	63,7	26,3	10,0
Consomme du poisson	48,7	39,4	11,9
Prend du repos dans la journée ou fait la sieste	38,8	14,8	46,4
Dort au moins 7 heures par nuit	68,3	11,1	20,6
Se lave entièrement (bain ou douche)	77,9	14,2	7,9
Travaille plus de 10 heures par jour	32,0	12,4	55,6
A une activité physique (marche, sport...)	56,5	14,9	28,6

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Les comportements alimentaires dépendent de la situation financière des ménages. Les personnes appartenant aux ménages les plus riches adoptent plus souvent des comportements associés à une préservation de la santé (comparativement aux autres quartiles de revenus, en particulier au quartile le plus pauvre). C'est le cas notamment de la prise d'un petit-déjeuner avant de quitter son domicile (91 % des personnes les plus riches le font plusieurs fois par semaine, contre 87 % dans le quartile le plus pauvre), de la consommation de produits laitiers (56 % vs 28 %), de fruits ou légumes crus (80 % vs 58 %), de viande (79 % vs 52 %) et de poisson (59 % vs 43 %).

D'autres habitudes de vie sont statistiquement liées à la santé, telles que l'alcoolisme et le tabagisme. **29 % de la population a déjà fumé dans sa vie, et 24 % fume encore régulièrement.** Les hommes sont plus nombreux à fumer que les femmes (27 % contre 20 %). Si l'on considère l'ensemble de la

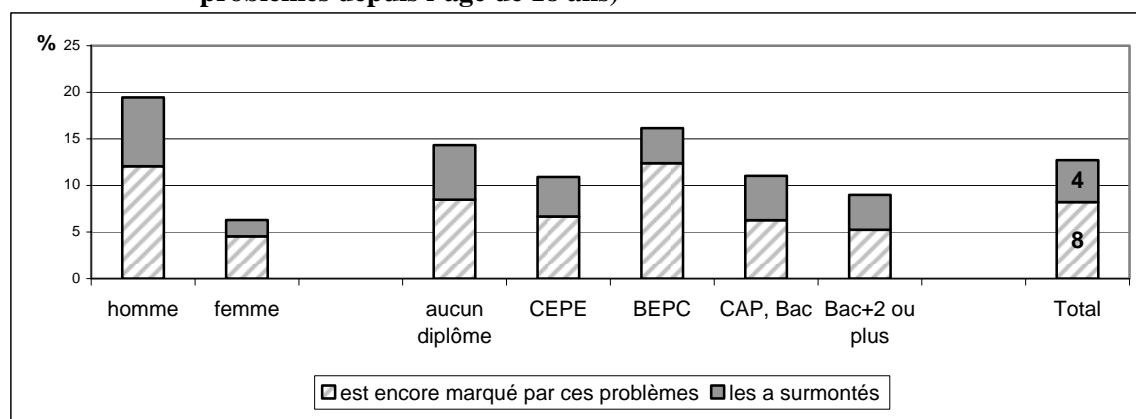
population, le tabagisme n'apparaît pas lié à l'âge, au niveau de diplôme ni au niveau de revenus. Mais si l'on distingue les hommes et les femmes, les fumeurs présentent des profils sociaux différents. Chez les hommes, les plus pauvres sont les plus nombreux à fumer : ils sont 36 % à fumer dans le quartile de revenus le plus bas, contre 23 % dans le quartile le plus riche. Chez les femmes à l'inverse, le tabagisme est le moins répandu dans les catégories défavorisées (17 % et 18 % dans les deux premiers quartiles, contre 29 % dans le troisième quartile et 21 % pour le quartile le plus riche).

La consommation de boissons alcoolisées s'avère relativement faible dans la population adulte de la capitale malgache, comparativement à d'autres populations. Ainsi, **les deux tiers de la population disent que cela ne leur arrive pas de boire du vin, de la bière ou de l'alcool**. Par contre, 40 % de ceux qui consomment de telles boissons, soit **14 % de la population totale, semblent avoir une « consommation excessive »**, c'est-à-dire des problèmes avec l'alcool²⁸. A titre de comparaison, cette proportion est deux fois plus importante que celle constatée à partir des mêmes questions dans deux quartiers défavorisés de Paris (Parizot, Péchoux, Bazin et Chauvin, 2004).

D'une façon générale, les femmes boivent moins souvent de l'alcool que les hommes mais, lorsqu'elles le font, elles sont autant qu'eux à boire de façon excessive. Au total, 15 % des hommes et 12 % des femmes semblent avoir des problèmes avec l'alcool. Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool se repère d'autant plus fréquemment que l'on descend dans l'échelle des revenus : 16 % des personnes du quartile le plus pauvre sont concernés (contre 10 % des plus riches).

Enfin, lorsqu'on demande directement aux enquêtés s'ils ont eu, depuis l'âge de 18 ans, des problèmes avec l'alcool ou la drogue, 13 % répondent par l'affirmative : 8 % estiment qu'ils en sont encore marqués, et 5 % qu'ils ont surmonté ces difficultés. Ces problèmes sont particulièrement marqués chez les hommes : **un homme sur cinq (soit trois fois plus que pour les femmes) déclare avoir eu des problèmes avec l'alcool ou la drogue** (19 % vs 6 %). Il n'est sans doute pas inutile de préciser que des revenus élevés, pas plus qu'un bon niveau d'études, ne protègent de ce type de problèmes. Ainsi, 10% des personnes du dernier quartile de revenus, et 9 % des diplômés du supérieur, déclarent être ou avoir été concernés. Ces catégories de population semblent néanmoins les plus préservées.

Graphique 11 : Problèmes avec l'alcool ou la drogue (% de personnes déclarant avoir eu de tels problèmes depuis l'âge de 18 ans)



Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

b) Perception d'un impact de ses conditions de vie sur sa santé

Près d'un tiers (30 %) des enquêtés estiment que certaines choses dans leur vie nuisent à leur santé physique, psychologique ou à leur moral. Cette proportion ne diffère pas de façon significative selon le sexe ni l'âge des personnes. Elle augmente par contre au fur et à mesure que l'on descend dans la hiérarchie des diplômes (passant de 25 % pour les diplômés du supérieur à 38 % pour

²⁸ Le questionnaire CAGE permet de dépister, à partir de quatre questions, une consommation d'alcool à problèmes. Deux réponses positives sont généralement considérées comme un indicateur d'une « consommation excessive d'alcool ». Le questionnaire SIRS reprenait trois de ces quatre questions, si bien que la consommation excessive d'alcool est probablement sous-estimée.

les personnes sans diplôme) ; elle est également particulièrement élevée parmi les plus pauvres (38 % dans le quartile inférieur de revenus).

Quelles situations sont-elles perçues comme ayant un impact péjoratif sur sa santé ? Trois grands types de situation sont mentionnées par 13 % des Tananariviens comme nuisant à leur santé : les problèmes économiques ou financiers d'une part, les conditions de travail (ou sa situation de non emploi pour ceux qui ne travaillent pas) d'autre part et, enfin, les habitudes de vie ou l'alimentation. Il est intéressant de souligner par ailleurs que 7 % de la population estiment que des problèmes familiaux ou personnels nuisent à leur santé. Le type de conditions de vie que les individus jugent comme néfastes pour leur santé dépend bien sûr de leur situation sociale et de leur mode de vie. **Parmi les actifs occupés par exemple, ceux qui travaillent dans le secteur informel jugent plus souvent que les autres que leurs conditions de travail nuisent à leur santé** (16 %, contre 11 ou 12 % dans le secteur public ou parapublic et dans le secteur privé formel).

Les conditions de travail peuvent nuire à la santé au travers différents processus : fatigue ou stress engendrés par le travail lui-même, anxiété provoquée par l'instabilité et la précarité de l'emploi, conditions de travail dangereuses à court ou à long terme, exposition à des produits toxiques, etc., ou encore situations de travail exposant à des accidents. **7 % des enquêtés déclarent avoir eu, dans leur vie, un accident du travail.** Parmi eux, la majorité (68 %) n'en a subi qu'un, mais 21 % en a connu deux et 10 % en a subi au moins trois au cours de leur vie. Ce sont essentiellement les hommes qui sont touchés par les accidents du travail : 11 % d'entre eux en effet ont déjà eu un tel problème, contre 3 % des femmes. La survenue d'accidents du travail est également liée au niveau de diplôme des individus, du fait probablement du type de travail exercé : les non diplômés sont ainsi plus particulièrement touchés, 9 % d'entre eux ayant subi au moins un accident du travail au cours de leur vie.

c) Perception d'un impact de problèmes de santé sur sa situation sociale

Dans l'autre sens de la causalité entre santé et situation sociale, des problèmes de santé peuvent avoir différentes conséquences sur la situation sociale et peuvent en outre entraîner certaines ruptures sociales. Ils risquent d'affecter différentes dimensions de la vie sociale. Nous avons questionné les gênes éventuelles ressenties, au jour de l'enquête, dans six domaines susceptibles d'être affectés : le travail, la vie sociale, les relations avec les autres membres du foyer, l'entretien de la maison, les loisirs et la vie sexuelle. Au total, 12 % des Tananariviens ressentent des conséquences négatives de leur santé dans au moins un domaine, et 3 % dans au moins trois de ces six domaines – **les femmes étant particulièrement affectées par ces gênes dans la vie quotidienne** (15% d'entre elles rencontrent au moins un problème du fait de leur état de santé, contre 9% des hommes). Dans l'ensemble, c'est l'emploi qui est le plus souvent perturbé. Ainsi, **8 % des Tananariviens estiment que leur état de santé leur pose des difficultés pour travailler.** On remarquera que cette proportion est bien supérieure à celle des individus qui estiment que leur santé est mauvaise.

Les impacts ressentis de sa santé dans chacune des sphères sociales sont étroitement corrélés les uns aux autres. Ceci indique que lorsque des problèmes de santé affectent la vie sociale d'un individu, cela se répercute très souvent dans plusieurs domaines à la fois.

Tableau 53 : Problèmes ressentis du fait de son état de santé (en %)

	Homme	Femme	Total
Problème pour travailler	6,0	9,6	7,9
Problème pour s'occuper de votre maison	3,0	7,3	5,2
Problème pour sa vie sociale	2,0	2,7	2,4
Problème dans ses relations avec les autres membres du foyer	1,8	2,9	2,4
Problème pour ses loisirs	2,9	2,0	2,4
Problème dans sa vie sexuelle	1,1	2,1	1,6
Total (au moins un problème cité)	9,0	14,9	12,0

Source : Enquête 1-2-3, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Par ailleurs, de façon rétrospective et donc plus large, **14% de la population estiment que problèmes de santé, des accidents corporels ou des maladies survenus au cours de leur vie ont entraîné de graves problèmes d'argent.** Ce type de répercussion est d'autant plus fréquent que le niveau de diplôme est faible ; il est en outre particulièrement marqué chez les personnes non-diplômées, puisque 23 % d'entre elles disent que des problèmes de santé ont impliqué de graves problèmes financiers. Cette proportion est également liée au niveau de revenus du foyer, diminuant régulièrement de 22 % pour le quartile de revenus le plus pauvre, jusqu'à 8 % pour le quartile le plus riche. **De tels problèmes de santé ont également conduit à une interruption ou réorientation scolaire ou professionnelle pour 7 % de la population** (et cela est d'autant plus souvent le cas que le niveau de diplôme est faible) ; à une rupture avec son conjoint pour 3 % de la population ; à une séparation d'avec ses parents (avant l'âge de 18 ans) pour 2 % de la population ; enfin, 9 % estiment que ces problèmes de santé ont entraîné un autre changement important dans leurs habitudes de vie.

Tableau 54 : Impact négatif de problèmes de santé sur la situation sociale des individus

	% ayant eu un problème de santé entraînant de graves problèmes financiers, une réorientation scolaire ou professionnelle, une rupture conjugale ou familiale ou un autre changement important
Revenus par UC	
1 ^{er} quartile (pauvre)	29,2
2 ^{ème} quartile	20,8
3 ^{ème} quartile	20,3
4 ^{ème} quartile (riche)	16,8
Niveau de diplôme	
Aucun	31,3
CEPE	22,6
BEPC	19,6
CAP, CESD, Bac	14,1
Bac+2 ou plus	16,2
Ensemble	21,9

Source : *Enquête 1-2-3*, SIRS 2003, DIAL/INSTAT/MADIO.

Au total, **c'est plus d'un Tananarivien sur quatre qui estime que des problèmes de santé ont eu un impact négatif sur sa situation sociale ou son mode de vie.** Ce type de répercussion est tout particulièrement ressenti par les plus pauvres (par 29 % des personnes dans le quartile de revenu le plus pauvre, contre 17 à 21 % dans les autres quartiles). Cela peut renvoyer à deux mécanismes différents. D'une part, les problèmes de santé entravent la capacité des individus à travailler et de ce fait à assurer ses revenus ; or cela est probablement d'autant plus marqué lorsque l'emploi nécessite une certaine force physique, ce qui est plus souvent le cas des emplois occupés par les plus pauvres. D'autre part, la capacité à atténuer les impacts négatifs des problèmes de santé sur sa situation sociale, ses revenus et son mode de vie dépend des ressources financières, matérielles et relationnelles que l'individu peut mobiliser – autant de ressources probablement plus importantes en haut de la hiérarchie sociale.

« Santé, inégalités et ruptures sociales à Antananarivo » en chiffres

Parmi les personnes âgées de 18 ans ou plus	Total	Hommes	Femmes	Quartile revenu inférieur	Quartile revenus supérieur
Liens familiaux					
Ne vivait pas avec ses deux parents à l'âge de 15 ans	28%	27%	29%	33%	25%
A reçu une aide* de sa famille lors des 6 derniers mois	74%	73%	75%	69%	81%
A aidé* sa famille lors des 6 derniers mois	67%	67%	67%	57%	75%
Liens conjugaux					
Vit en couple	67%	70%	63%	68%	60%
Etre (avoir été) confronté à la violence de son conjoint	13%	6%	20%	F : 29%	F : 12%
Avoir (avoir eu) le sentiment d'être dévalorisé par son conjoint	23%	16%	30%	F : 35%	F : 27%
Liens amicaux					
A été aidé* par un ami lors des 6 derniers mois	32%	35%	29%	30%	34%
A aidé* un ami lors des 6 derniers mois	35%	41%	33%	29%	43%
Liens de voisinage					
Vit dans un quartier pauvre (1 ^{er} quartile de revenus moyens)	28%	28%	28%	47%	8%
Se sent en insécurité dans son quartier	20%	21%	19%	14%	18%
A de la famille dans son quartier de résidence	76%	74%	78%	83%	67%
A parlé avec ses voisins plus de 6 fois au cours de la semaine	73%	69%	76%	80%	67%
A été aidé* par un voisin lors des 6 derniers mois	31%	26%	36%	37%	24%
A aidé* un voisin lors des 6 derniers mois	35%	34%	37%	34%	32%
Liens associatifs					
Participe aux activités d'au moins une association	70%	69%	71%	67%	76%
Participe à une association religieuse	47%	40%	53%	46%	53%
Insertion socioprofessionnelle					
N'a aucun diplôme	23%	19%	28%	43%	6%
Epreuve des difficultés à lire en Français	41%	36%	46%	66%	18%
Travaille dans le secteur informel (parmi les actifs occupés)	58%	50%	68%	82%	34%
Rentre de son travail épuisé (parmi les actifs occupés)	75%	77%	73%	76%	70%
Liens de citoyenneté					
Pense que ses droits, dans la société, sont respectés	92%	91%	93%	89%	90%
A confiance dans :					
- le système public de santé	83%	84%	82%	83%	83%
- le système d'éducation publique	87%	87%	87%	87%	85%
- l'administration (en général)	75%	75%	75%	74%	75%
- la police	70%	70%	70%	61%	70%
- le parlement	51%	52%	49%	50%	50%
- le système judiciaire	51%	52%	50%	47%	52%
- l'administration fiscale	39%	38%	40%	41%	38%
Santé et bien-être					
Etat de santé jugé bon ou très bon	69%	75%	63%	62%	74%
Malnutrition	4%	2%	5%	8%	3%
Symptômes de dépression	9%	9%	10%	9%	9%
Recours aux soins					
Bénéficie d'une couverture sociale maladie	24%	25%	23%	13%	45%
A un médecin régulier	68%	70%	66%	57%	82%
A renoncé à des soins pour raisons financières (12 derniers mois)	25%	21%	28%	34%	16%
A un suivi gynécologique	-	-	11%	F : 7%	F : 17%
Conditions de vie et santé					
Tabagisme	24%	27%	20%	H : 36% F : 17%	H : 23% F : 21%
Estime que son état de santé lui pose des pbs pour travailler	10%	8%	13%	12%	10%
Estime que ses conditions de vie nuisent à sa santé	30%	30%	30%	38%	29%

* sont pris en compte les aides pour trouver un travail, trouver un logement, les aides matérielles ou financières, dans la vie quotidienne, ainsi que le soutien moral ou affectif.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ASEP, OMS, DIRM EPSM Lille Métropole (2001), *La santé mentale en population générale. Image et réalité*. Rapport de la 1^{ère} phase d'enquête 1998-2000, Ministère de la Santé, Ministère des Affaires Etrangères, France, Juin.
- Auvray L, Doussin A, Le Fur P. (2003), *Santé, soins et protection sociale en 2002*. Paris, CREDES.
- Blanpain N, Pan Ké Shon JL. (1998), « 1983 -1997 : les Français se parlent de moins en moins ». *INSEE première*, n° 571, mars
- Esping-Andersen G. (1999), *Les trois mondes de l'Etat-providence. Essai sur le capitalisme moderne*, PUF, Coll. « Le lien social ».
- Glick P., Razakamanantsoa M. (2001), *The distribution of social services in Madagascar, 1993-99*. Report. Cornell University, INSTAT, Septembre.
- Le Pape A, Lecomte T. (1999), « Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997 ». *Questions d'économie de la santé*, n°21, 6 p.
- Mauss M. (1983), « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques » in M. Mauss, *Sociologie et anthropologie*. Paris, PUF, p.145-279. (Edition originale : 1923)
- Parizot I, Péchoux S, Bazin F, Chauvin P. (2004), *Enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers de la Politique de la ville du 20ème arrondissement de Paris*. Rapport pour la Mission Ville de la Préfecture de Paris. Paris, Inserm U444.
(<http://www.u707.jussieu.fr/sirs/Region/cadreregion.htm>).
- Paugam S. (2005), *Les formes élémentaires de la pauvreté*. Paris, PUF, pp. 78-83.
- Raharisolo Vololonantenaina C, Rabarijaona LP, Soares JL, Rasendramino M, Pécarrère JL, Khun H et Huerre M. (2003), « Bilan des cancers du col utérin diagnostiqués à l'Institut Pasteur de Madagascar de 1992 à 2002 », *Archives de l'Institut Pasteur de Madagascar*, Vol. 69, n°1-2, pp 77-81.
- Sheehan D.V., Lecrubier Y, Sheehan K.H. et al. (1998), « The Mini-International Neuropsychiatric Interview: the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 ». *J Clin Psychiatry*, n°59 (suppl 20), pp 22-57.