



2012 - 2013
Étude Nationale



FITIYAVANA – TANINDRAZANA – FANDROSOANA
VICE-PRIMATURE CHARGÉE DE L'ÉCONOMIE ET DE L'INDUSTRIE
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

ENQUÊTE NATIONALE SUR LE SUIVI DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT À MADAGASCAR

OBJECTIF : 05



© Photo @ UNFPA, 2011



Améliorer la santé maternelle







PRÉFACE

Madagascar s'est engagé à atteindre, d'ici à 2015, avec l'appui technique et financier de ses partenaires, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), dont le but est de créer un cadre programmatique des actions de développement du pays dans différents domaines. La singularité des OMD est de fixer, pour chaque domaine des cibles à atteindre avec les indicateurs permettant de mesurer les progrès accomplis et l'année 2015 comme deadline. A l'orée de cette date butoir, et dans un contexte de crise politique depuis 2009, il s'est avéré nécessaire pour Madagascar de dresser un état des lieux de la situation de la population Malagasy dans les domaines suivants : pauvreté et faim, éducation, égalité des sexes, mortalité infantile, santé maternelle, lutte contre le Sida, le Paludisme et d'autres maladies, la préservation de l'environnement.

C'est dans ce cadre que l'Institut National de la Statistique (INSTAT) et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), sous le leadership de l'UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la Population), ont relevé le défi de réaliser de Septembre 2012 à Novembre 2013, l'Enquête Nationale sur le Suivi des OMD (ENSOMD). C'est une enquête de grande envergure, ayant pour but d'évaluer les indicateurs de ces objectifs.

L'originalité de cette étude est la disponibilité d'une base de données unique, riche aussi bien en variables économiques que sociodémographiques, permettant de mesurer les interrelations entre les différentes thématiques. Plus précisément, les différents rapports (un rapport par OMD) regroupent, pour une même période de référence, des informations relativement riches sur les indicateurs des OMD, des Enquêtes Permanentes auprès des Ménages (EPM), des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et des Enquêtes Anthropométriques (EA). La spécificité de l'étude se traduit par le cadre institutionnel et la mobilisation de plusieurs secteurs de l'administration, depuis sa conception jusqu'à sa publication : la mise en place i) d'un Comité de pilotage présidé par le Secrétaire Général de la Vice-Primature chargée de l'Economie et de l'Industrie et ii) d'un Comité Technique présidé par le Directeur Général de l'INSTAT. Le Système des Nations Unies et l'ensemble des PTF ont accepté d'apporter leur soutien financier, humain et technique à l'INSTAT sous la conduite magistrale de l'UNFPA, désigné comme Team Leader.

L'INSTAT, a le devoir de publier le présent rapport qui dégage les principaux résultats et analyses de cette grande opération de collecte multi thèmes.

Conformément à sa mission principale, l'INSTAT est voué de satisfaire les besoins des utilisateurs de données statistiques tant en quantité qu'en qualité, aux niveaux national, régional et international.

Nous espérons que l'ensemble des PTF, en particulier le Système des Nations Unies, l'Administration, les Institutions nationales et autres acteurs locaux de développement, fassent une réelle appropriation et une utilisation optimale de ces informations statistiques, dans la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes et projets, ainsi que dans les recherches opérationnelles sur les actions de développement au niveau national et infranational, et ceci dans l'objectif de dialogue permanent entre producteurs et utilisateurs de l'information statistique, préconisé dans la Stratégie Nationale de Développement de la Statistique (SNDS).

Vice Premier Ministre chargé de l'Economie et de l'Industrie

*Le Vice-Premier Ministre
chargé de l'Economie et de l'Industrie*



Pierrot BOTOZAZA

M. BOTOZAZA Pierrot





REMERCIEMENTS

L'Enquête Nationale sur le Suivi des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ENSOMD) a été réalisée pour la première fois à Madagascar de Septembre 2012 à Novembre 2013 par l'Institut National de la Statistique, en collaboration avec l'Office National de Nutrition (ONN), la Vice Primature chargée de l'Economie et de l'Industrie, la Vice Primature chargée de Développement et de l'Aménagement du Territoire, le Ministère de la Décentralisation, le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Education Nationale, le Ministère de l'Eau, le Ministère de l'Agriculture, le Ministère de la Population et des Affaires Sociales, le Ministère de l'Elevage, le Ministère de la Pêche et le Ministère de la Jeunesse et de Loisirs. Au niveau de l'INSTAT, trois (03)

Directions sont impliquées dans la réalisation de cette enquête : la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS), la Direction de la Statistique des Ménages (DSM) et la Direction de la Relation Institutionnelle et de Diffusion (DRID).

L'INSTAT, l'ONN, tous les membres du Comité de Pilotage et le Comité Technique, ainsi que les PTF saisissent l'occasion pour encenser le professionnalisme dans la réalisation et le suivi de cette étude.

Nous adressons nos remerciements à l'équipe technique d'encadrement de l'ENSOMD, les Directions inter-régionales et Services régionaux de l'INSTAT pour leur assistance aux équipes de collecte des données sur le ter-

rain, et à tout le personnel de l'INSTAT.

Nous ne saurions terminer sans exprimer nos reconnaissances aux autres participants de cette enquête à savoir : les autorités administratives et traditionnelles locales, au personnel de la collecte, du traitement, de l'analyse, de l'édition et de la mise en forme des rapports; les femmes et les hommes des ménages échantillons, qui ont bien voulu sacrifier un peu de leur temps pour répondre aux nombreuses questions ainsi que l'ensemble de la population Malagasy.

Directeur Général de l'INSTAT



M. Paul Gérard RAVELOMANANTSOA

Secrétaire Général de la Vice Primature chargé de l'Economie et de l'Industrie



M. Jean Gabriel RANDRIANARISON





AVANT-PROPOS

Ce rapport présente les principaux résultats de l'Enquête Nationale sur le Suivi des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ENSOMD) réalisée à Madagascar de septembre 2011 à août 2013 par l'Institut National de la Statistique, en collaboration avec l'Office National de Nutrition. Au niveau de l'INSTAT, les trois entités impliquées pour la réalisation de cette enquête sont la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales, la

Direction de la Statistique des Ménages et la Direction de la Relation Institutionnelle et de Diffusion. L'ENSOMD a été réalisée avec l'appui financier et technique des Agences du Système des Nations Unies, de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International, de la Banque Africaine de Développement et de la Banque Mondiale.

L'exécution de l'ENSOMD a été effectuée sous la supervision générale du Comité de pilotage et en étroite collaboration avec le comité technique. Cette enquête a bénéficié de l'assistance technique des consultants internationaux au niveau de la collecte, du traitement et de l'analyse des données.

SIGNALÉTIQUE



Caractéristiques sociodémographiques de la population



Réduire l'extrême pauvreté et la faim



Assurer l'éducation primaire pour tous



Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes



Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans



Améliorer la santé maternelle



Combattre le VIH/sida, le paludisme et les autres maladies



Assurer un environnement durable





LISTE DES ABRÉVIATIONS

BAD

Banque Africaine de Développement

CHD

Centre Hospitalier de District

CHRR

Centre Hospitalier de Référence Régionale

CHU

Centre Hospitalier Universitaire

CIPD

Conférence Internationale sur la Population et le Développement

CME

Campagne Mondiale d'Élimination des fistules de cause obstétricale

CoSan

Comité de Santé

CPN

Consultation Prénatale

CRENA

Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire

CRENI

Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive

CSB

Centre de Santé de Base

DIU

Dispositif Intra-utérin

EDSMD

Enquête Démographique et de Santé de Madagascar

ENSOMD

Enquête Nationale sur le Suivi des OMDs

EPM

Enquête Périodique auprès des Ménages

EDS

Enquête démographique et de santé

FO

Fistule Obstétricale

ISF

Indice Synthétique de Fécondité

IST

Infection Sexuellement Transmissible

MAMA

Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

MSR

Maternité Sans Risque

OMD

Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS

Organisation Mondiale de la Santé

ONN

Office National de Nutrition

PCIME

Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PGDI

Programme de Gouvernance et de Développement Institutionnel

PNS

Politique Nationale de Santé

PNUD

Programme des Nations Unies pour le Développement

RDV

Risque de Mortalité Maternelle sur la durée de vie

SONU

Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence

SR

Santé de la Reproduction

TBN

Taux Brut de Natalité

TGFG

Taux Global de Fécondité Générale

TMM

Taux de Mortalité Maternelle

TPI

Traitement Préventif Intermittent

UNFPA

Fonds des Nations Unies pour la Population

VAT

Vaccin anti-tétanos





RÉSUMÉ

Une des cibles de l'objectif du millénaire pour le développement n° 5 est de réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

En dépit des interventions pour prévenir des handicaps ou un décès au cours de la grossesse et de l'accouchement, la mortalité maternelle reste à un niveau relativement élevé à Madagascar. En se référant à la cible pour 2015 qui se situe à 127 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, le niveau actuel de la mortalité maternelle reste encore très élevé. En effet, le taux de mortalité maternelle est de 478 pour 100 000 naissances vivantes.

Dans l'ensemble, la proportion d'accouchements en présence de personnel soignant qualifié n'a pratiquement pas évolué. Elle est passée de 43,9 % en 2008-2009, à 44,3 % en 2012. A noter que la cible pour 2015, dans le plan opérationnel pour la mise en œuvre de l'engagement de Madagascar à la stratégie globale du secrétaire général des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant 2012-2015, est de 75%.

Un nombre minimum de quatre visites prénatales est recommandé afin que les femmes enceintes reçoivent les interventions nécessaires pour prévenir et gérer d'éventuelles complications. La part de femmes enceintes qui ont été examinées au moins quatre fois au cours de leur grossesse est passée de 49%, en 2009, à 51 %, en 2012.

En ce qui concerne les grossesses des adolescentes, la cible nationale est de réduire de 50 % la grossesse précoce pour l'année 2015. Par ailleurs, une grossesse très précoce comporte des risques plus importants de complications, voire de décès. Cependant, à Madagascar, le taux de fécondité chez les adolescentes (15-19 ans) demeure élevé pour se situer à 163 naissances pour 1000 femmes contre 148 en 2009.

Quant à l'utilisation des méthodes contraceptives parmi les femmes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive, certaines d'entre elles souhaitent retarder ou éviter une grossesse. Parmi les femmes mariées ou en union en âge de procréer (15-49 ans), 17,7% n'estiment pas leurs besoins satisfaits en contraception. Bien que cette proportion ait diminué par rapport à celle constatée à l'EDSMD IV (18,9%), elle s'écarte largement de la cible pour 2015 qui est de 9,5%.

En se référant aux résultats présentés, l'atteinte des objectifs de l'OMD 5 constitue un challenge pour Madagascar.





SOMMAIRE

INTRODUCTION	1	CHAPITRE 5.4	
CHAPITRE 5.1		ERADICATION DE LA FISTULE OBSTETRICALE	37
ACCES AUX SOINS DE SANTE	2	5.4.1	
5.1.1		Attitude et niveau de connaissance sur la fustule obstétricale...	37
Principaux obstacles aux soins de santé.....	2	5.4.2	
5.1.2		Causes de la fustule obstétricale déclarées par les femmes de 15 à 49 ans.....	42
Niveau d'accès aux soins de santé selon le milieu social.....	2	5.4.3	
CHAPITRE 5.2		Proportion de femmes et d'hommes ayant déclaré qu'il est possible de soigner la FO et en guérir.....	45
NIVEAU DE MORTALITE MATERNELLE	5	5.4.4	
5.2.1		Niveau de connaissances des moyens de prévention.....	47
Contexte.....	5	5.4.5	
5.2.2		Attitudes à l'égard des femmes ayant contracté la fustule obstétricale	53
Evaluation de la qualité des données de la mortalité maternelle	5	5.4.6	
5.2.3		Prévalence de la fustule obstétricale parmi les femmes de 15 à 49 ans ayant eu une naissance	55
Estimation de la mortalité adulte.....	8	CHAPITRE 5.5	
5.2.4		NIVEAU DE FECONDITE	56
Estimation directe de la mortalité maternelle.....	9	5.5.1	
CHAPITRE 5.3		Niveau d'activité sexuelle	56
SANTE DE LA REPRODUCTION	12	5.5.2	
5.3.1		Age aux premiers rapports sexuels.....	57
Contexte.....	12	5.5.3	
5.3.1.1		Activité sexuelle récente.....	64
Actions nationales pour améliorer le système de santé	13	5.5.4	
5.3.1.2		Niveau de fécondité et fécondité différentielle.....	71
Mise en œuvre de partenariat.....	14	5.5.5	
5.3.2		Tendances de la fécondité	75
Soins prénatals	14	5.5.6	
5.3.2.1		Parité et stérilité primaire.....	78
Contexte.....	18	5.5.7	
5.3.2.2		Intervalle intergénésiq.....	78
Types de soins prénatals.....	18	5.5.8	
5.3.2.3		Age à la première naissance	84
Vaccination antitétanique.....	22	5.5.9	
5.3.3		Fécondité des adolescentes	87
Nutrition de la femme.....	24	5.5.10	
5.3.4		Besoins en planification familiale	91
Accouchement.....	26	CHAPITRE 5.6	
5.3.4.1		PLANIFICATION FAMILIALE	95
Lieu d'accouchement.....	26	5.6.1	
5.3.4.2		Niveau de connaissance de la contraception	95
Assistance à l'accouchement	29	5.6.2	
5.3.5			
Soins postnatals	31		



Pratique de la contraception	101
5.6.2.1	
Utilisation antérieure de la contraception.....	101
5.6.2.2	
Niveau d'utilisaton de la contraception.....	103
5.6.2.3	
Tendances de pratique contraceptive.....	108
5.6.2.4	
Nombre d'enfants à la première utilisation de la contraception ..	
109	
5.6.3	
Connaissance de la période féconde	110
5.6.4	
Sources d'approvisionnement de la contraception.....	111
5.6.5	
Informations relatives aux méthodes contraceptives.....	113
5.6.6	
Utilisation future de la contraception	114
5.6.7	
Sources d'information sur la contraception	118
5.6.8	
Discussion de la planification familiale avec le conjoint.....	121
CONCLUSION	123
ANNEXES	I
LISTE DES ANALYSTES	XX



INDEX



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 5.1.1

Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont déclaré avoir rencontré des problèmes importants d'accès aux soins de santé par type de problème, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....**3**

Tableau 5.1.2

Tableau 5.1.2 : Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont déclaré avoir rencontré des problèmes importants d'accès aux soins de santé, par type de problème selon les régions.....**4**

Tableau 5.2.1

Complétude de l'information sur les frères et sœurs.....**6**

Tableau 5.2.4

Indicateurs sur la qualité de données.....**7**

Tableau 5.2.5

Indicateurs de qualité des données sur les frères et sœurs.....**7**

Tableau 5.2.6

Estimation directe de la mortalité par âge à partir des données portant sur l'état de survie des frères et sœurs des femmes enquêtées, par sexe, pour la période 0-6 ans avant l'enquête, et taux des tables types de mortalité.....**9**

Tableau 5.2.7

Estimation directe de la mortalité maternelle à partir des données portant sur l'état de survie des sœurs des femmes enquêtées pour la période 0-6 ans avant l'enquête.....**10**

Tableau 5.3.1

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête par type de prestataire consulté durant la grossesse pour la naissance la plus récente, et pourcentage de naissances les plus récentes pour lesquelles la mère a consulté un professionnel de la santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

16

Tableau 5.3.2

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête, selon le nombre de visites prénatales et selon le stade de la grossesse au moment de la première visite pour la naissance la plus récente et parmi les femmes ayant effectué des visites prénatales, nombre médian de mois de grossesse à la première visite, par milieu de résidence.....**17**

Tableau 5.3.3

Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête, de celles qui ont pris des suppléments de fer, sous forme de comprimés ou de sirop et des médicaments contre les parasites intestinaux au cours de la grossesse la plus récente et de celles qui ont bénéficié de soins prénatals pour la naissance la plus récente des cinq dernières années ainsi que de celles qui ont effectué certains examens prénatals, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....**19**

Tableau 5.3.4

Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête, de celles qui ont pris des suppléments de fer, sous forme de comprimés ou de sirop, et des médicaments contre les parasites intestinaux au cours de la grossesse la plus récente et de celles qui ont bénéficié de soins prénatals pour la naissance la plus récente des cinq dernières années et de celles qui ont effectué certains examens prénatals, selon les régions.....**21**

Tableau 5.3.5

Injections de vaccin antitétaniques parmi les mères de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête.....**23**

Tableau 5.3.6

Vaccination antitétanique parmi les mères de 15-49 ans par région.....**24**

Tableau 5.3.7

Répartition (en %) des naissances vivantes survenues au cours des cinq années précédant l'enquête par lieu d'accouchement, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....**27**

Tableau 5.3.8

Répartition (en %) des naissances vivantes survenues au cours des cinq années précédant l'enquête par lieu d'accouchement, selon les régions.....**28**

Tableau 5.3.9

Répartition (en %) des naissances vivantes survenues au cours des cinq années précédant l'enquête par type d'assistance durant l'accouchement.....**30**

Tableau 5.3.10

Temps écoulé avant les premiers soins postnatals.....**32**

Tableau 5.3.11

Temps écoulé avant les premiers soins postnatals pour les femmes de 15-49 ans et par région.....**33**

Tableau 5.3.12

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête par type de prestataire de santé qui a dispensé les premiers soins postnatals et pour la naissance la plus récente selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....**34**

Tableau 5.3.13

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête par type de prestataire de santé qui a dispensé les premiers soins postnatals, pour la naissance la plus récente selon les régions
35

Tableau 5.4.1

Proportion de femmes et d'hommes qui ont entendu parler de la fistule obstétricale, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....**38**

Tableau 5.4.2

Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont cité des manifestations de la fistule obstétricale selon certaines caractéristiques sociodémographiques**40**

Tableau 5.4.3

Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont cité des manifestations de la fistule obstétricale selon les régions**41**

Tableau 5.4.4

Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont cité des causes de la FO selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....**43**

Tableau 5.4.5

Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont cité des causes de la FO selon les régions.....**44**

Tableau 5.4.6

Proportion de femmes et d'hommes qui ont déclaré qu'il est possible de soigner la FO et d'en guérir.....**46**

Tableau 5.4.7

Proportion de femmes et d'hommes qui ont déclaré qu'il est possible de soigner la FO et d'en guérir, par région**47**

Tableau 5.4.8

Proportion de femmes et d'hommes qui ont déclaré qu'il est possible de prévenir la FO, selon certaines caractéristiques socio-démographiques.....**48**

Tableau 5.4.9

Proportion de femmes et d'hommes selon les régions, qui ont déclaré qu'il est possible de prévenir la FO.....**49**

Tableau 5.4.10

Proportion de femmes qui ont cité des moyens de prévention selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....**51**

Tableau 5.4.11

Proportion de femmes qui ont cité des moyens de prévention de la fistule obstétricale selon les régions.....**52**

Tableau 5.4.12

Attitudes à adopter par certaines personnes, selon les femmes de 15-49 ans, envers les femmes qui ont la FO**53**

Tableau 5.4.13

Attitudes à adopter par certaines personnes, selon les femmes de 15-49 ans, envers les femmes qui ont la FO selon les régions
54

Tableau 5.4.14

Prévalence de la FO, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....**55**

Tableau 5.5.1

Proportion de femmes et d'hommes de 15-49 ans par âge exact au premier rapport sexuel et âge médian au premier rapport selon l'âge actuel.....**58**

Tableau 5.5.2

Age Médian au premier rapport sexuel des femmes de 25 – 49 ans par âge actuel.....**61**

Tableau 5.5.3

Âge médian au premier rapport sexuel des femmes de 25-49 ans, par âge actuel**63**

Tableau 5.5.4

Répartition des femmes de 15-49 ans en fonction du moment auquel ont eu lieu leurs derniers rapports sexuels.....**65**

Tableau 5.5.5

Répartition des femmes de 15-49 ans en fonction du moment auquel ont eu lieu leurs derniers rapports sexuels.....**67**

Tableau 5.5.6

Répartition (en %) des hommes de 15-49 ans en fonction du moment auquel ont eu lieu leurs derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....**69**

Tableau 5.5.7

Proportion d'hommes de 15-49 ans en fonction du moment auquel ont eu lieu leurs derniers rapports sexuels, selon les régions
70

Tableau 5.5.8

Taux de fécondité par âge, indice synthétique de fécondité (ISF), taux brut de natalité (TBN) et taux global de fécondité générale (TGFG) pour la période des trois années précédant l'enquête par milieu de résidence**71**

Tableau 5.5.9

Proportion de femmes de 15-49 ans actuellement enceintes et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, selon certaines caractéristiques**73**

Tableau 5.5.10

Proportion de femmes de 15-49 ans actuellement enceintes et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, selon les régions.....**74**

Tableau 5.5.11

Taux de fécondité par âge et indice synthétique de fécondité selon l'ENDS (1992), l'EDS (1997), l'EDSMD-III (2003-2004), l'EDSM-IV (2008-2009) et l'ENSOMD (2012-2013) ...**76**

Tableau 5.5.12

Taux de fécondité par âge par période de cinq ans précédant l'enquête, selon l'âge de la mère au moment de la naissance de l'enfant.....**78**

Tableau 5.5.13

Proportion de toutes les femmes et de celles actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, par nombre moyen d'enfants nés vivants et par nombre moyen d'enfants survivants, selon le groupe d'âges des femmes.....**79**

Tableau 5.5.14

Proportion de naissances, autres que les naissances de rang un, survenues au cours des cinq années précédant l'enquête, par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, et nombre médian de mois depuis la naissance précédente, selon certaines caractéristiques sociodémographiques**81**

Tableau 5.5.15

Répartition (en %) des naissances, autres que les naissances de rang un, survenues au cours des cinq années précédant l'enquête, par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, et nombre médian de mois depuis la naissance précédente, selon les régions.....**83**

**Tableau 5.5.16**

Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont eu une première naissance avant d'atteindre certains âges exacts, pourcentage de celles qui n'ont jamais eu d'enfant, et âge médian à la première naissance selon l'âge actuel..... **85**

Tableau 5.5.17

Âge médian à la première naissance des femmes de 25-49 ans, par âge actuel, selon certaines caractéristiques socio-économiques..... **86**

Tableau 5.5.18

Âge médian à la première naissance des femmes de 25-49 ans, par âge actuel, selon les régions..... **87**

Tableau 5.5.19

Proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà eu un enfant, étant enceintes d'un premier enfant et ayant déjà commencé leur vie féconde, selon certaines caractéristiques sociodémographiques..... **88**

Tableau 5.5.20

Proportion d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu un enfant, qui sont enceintes d'un premier enfant et qui ont déjà commencé leur vie féconde, selon les régions..... **90**

Tableau 5.6.1

Proportion de femmes et d'hommes de 15-49 ans, ayant pris connaissance d'une méthode contraceptive..... **97**

Tableau 5.6.2

Proportion de femmes et d'hommes de 15-49 ans en union, qui ont pris connaissance d'au moins une méthode contraceptive, selon certaines caractéristiques sociodémographiques..... **99**

Tableau 5.6.3

Proportion de femmes et d'hommes de 15-49 ans en union qui ont pris connaissance d'au moins une méthode contraceptive selon les régions..... **100**

Tableau 5.6.4

Utilisation antérieure des méthodes contraceptives par les femmes de 15-49 ans en union, non en union, et qui sont sexuellement actives..... **102**

Tableau 5.6.5

Utilisation actuelle des méthodes contraceptives par les femmes de 15-49 ans actuellement en union, non en union, et celles étant sexuellement actives..... **104**

Tableau 5.6.6

Proportion de femmes de 15-49 ans actuellement en union, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques..... **107**

Tableau 5.6.7

Proportion de femmes de 15-49 ans, par nombre d'enfants vivants lors de la première utilisation de la contraception, selon l'âge actuel..... **110**

Tableau 5.6.8

Proportion de femmes de 15-49 ans, selon leur connaissance de la période féconde, au cours du cycle menstruel, en fonction de l'utilisation actuelle de la continence périodique..... **111**

Tableau 5.6.9

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes, âgées de 15-49 ans, par source d'approvisionnement la plus récente, selon la méthode..... **112**

Tableau 5.6.10

Proportion d'utilisatrices actuelles de méthodes modernes, âgées de 15-49 ans, dont la dernière période d'utilisation d'une méthode a commencé au cours des cinq années précédant l'enquête, de celles qui ont été informées de possibles effets secondaires ou sur des problèmes liés à cette méthode, de celles qui ont été informées sur ce qu'il fallait effectuer en cas d'effets secondaires, et de celles qui ont été informées de l'existence d'autres méthodes, selon la méthode et la source initiale de la méthode..... **114**

Tableau 5.6.11

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, qui n'utilisent pas actuellement de méthode, par nombre d'enfants vivants et selon l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir..... **115**

Tableau 5.6.12

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union, qui n'utilisent actuellement aucune méthode contraceptive, et qui n'ont aucune intention d'en utiliser une dans l'avenir, selon la principale raison pour laquelle elles n'ont aucune intention d'adopter la contraception..... **116**

Tableau 5.6.13

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, qui n'utilisent actuellement aucune méthode mais qui ont l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par âge et selon la méthode préférée..... **117**

Tableau 5.6.14

Proportion de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, au cours des derniers mois précédant l'enquête, ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision ou dans un journal ou une revue, un message sur la planification familiale, selon certaines caractéristiques sociodémographiques..... **119**

Tableau 5.6.15

Proportion de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, au cours des derniers mois précédant l'enquête, ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision ou dans un journal ou une revue, un message sur la planification familiale, selon les régions..... **120**

Tableau 5.6.16

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union, utilisant la contraception, en fonction du fait qu'elles savent ou non que leur mari/partenaire est au courant qu'elles utilisent une méthode, selon certaines caractéristiques sociodémographiques..... **121**

Tableau 5.6.17

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union qui utilisent la contraception, en fonction du fait qu'elles savent ou non que leur mari/partenaire est au courant qu'elles utilisent une méthode, selon les régions..... **122**

Tableau A.5.2.1

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête, par type de prestataire consulté durant la grossesse pour la naissance la plus récente, et pourcentage de naissances les plus récentes pour lesquelles la mère a consulté un professionnel de la santé, selon les régions.....**III**

Tableau A.6.0.1

Intervalle de confiance des indicateurs OMD.....**IV**

Tableau A.6.0.2

Taux spécifique de fécondité des femmes de 15-19 ans par région.....**IV**

Tableau A.6.0.3

Pourcentage de besoins non satisfaits en planning familial.....**V**

Tableau A.6.0.4

Taux de prévalence contraceptive par région.....**V**

Tableau A.6.0.5

Pourcentage des femmes de 15-49 ans en union utilisant une méthode contraceptive moderne**VI**

Tableau A.6.0.6

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont effectué au moins une visite prénatale durant la grossesse la plus récente.....**VI**

Tableau A.6.0.7

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont effectué au moins quatre visites prénatales durant la grossesse la plus récente.....**VII**

Tableau A.6.0.8

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont été assistées par un personnel de santé qualifié pour la naissance la plus récente
VII

Tableau A.6.2.1

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête, par type de prestataire consulté durant la grossesse pour la naissance la plus récente, et pourcentage de naissances les plus récentes pour lesquelles la mère a consulté un professionnel de la santé, selon les régions.....**VIII**

Tableau A.6.2.2

Répartition (en %) des naissances vivantes survenues au cours des cinq années précédant l'enquête, par type d'assistance durant l'accouchement, pourcentage de naissances assistées par un professionnel de santé et pourcentage de naissances accouchées par césarienne, selon les régions.....**IX**

Tableau A.6.3.1

Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, qui ont déclaré avoir, en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires et fécales par le vagin, selon les régions.....**X**

Tableau A.6.3.2

Proportion de femmes et d'hommes qui ont entendu parler de la fistule obstétricale, selon les régions.....**XI**

Tableau A.6.4.1

Proportion de femmes actuellement en union, de femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, de celles dont les besoins sont satisfaits, de demande potentielle totale en planification familiale et de demande satisfaite, selon les régions.....**XII**

Tableau A.6.5.1

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon les régions.....**XIII**


LISTE DES GRAPHIQUES
Graphique 5.3.1

Nombre de jours pendant lesquels les femmes ont pris des suppléments de fer sous forme de comprimés ou de sirop au cours de la grossesse.....**25**

Graphique 5.5.1

Age médian des femmes à la première union et aux premiers rapports sexuels.....**59**

Graphique 5.5.2

Age médian des hommes à la première union et au premier rapport sexuel.....**60**

Graphique 5.5.3

Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence
72

Graphique 5.5.4

Taux de fécondité par âge selon les sources.....**77**

Graphique 5.5.6

Durée de l'intervalle intergénéral selon l'EDS1997, l'EDSMD-III 2003-2004, l'EDSMD-IV 2008-2009 et l'ENSOMD 2012-2013**84**

Graphique 5.5.7

Proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant commencé leur vie féconde selon l'EDS 1997, l'EDSMD-III 2003-2004, l'EDSMD-IV 2008-2009 et l'ENSOMD 2012-2013, (unité : %) **89**

Graphique 5.6.1

Tendance de la prévalence contraceptive (unité :%) **108**

Graphique 5.6.2

tendance de la prévalence contraceptive par méthode (unité : %) **109**


LISTE DES CARTES
Carte A.5.6.1

Soins prénatals dispensés par un personnel qualifié selon les régions (unité %).....**XIV**

Carte A.6.2.2

Accouchement assisté par un personnel de santé qualifié (unité :%)**XV**

Carte A.6.3.1

Niveau de connaissance de la fistule obstétricale (unité : %)....**XVI**

**Carte A.6.3.2**Prévalence de la FO par région (unité ‰).....**XVII****Carte A.6.4.1**Besoins non satisfaits en planification familiale des femmes (unité
%)**XVIII****Carte A.6.5.1**Niveau d'utilisation actuelle de la contraception moderne par
région (unité : %)**XIX**

INTRODUCTION

En 2010, la population a été estimée à 20,8 millions d'individus, dont 20% en milieu urbain et 80% en milieu rural. Les régions Analamanga et Vakinankaratra, toutes deux situées dans la province d'Antananarivo, sont les plus peuplées, regroupant le cinquième de la population totale. 32% de la population sont âgés de 10 à 24 ans. La population féminine en âge de procréer (15-49 ans) constitue 23 % de la population totale et 47 % de la population féminine totale. La population a évolué à un taux de croissance de 2,7 % entre le premier recensement de 1975 et le dernier recensement général de la population et de l'habitat de 1993. Son espérance de vie moyenne est estimée à 59 ans en 2007.

Sur le plan économique, en 2010, l'incidence de la pauvreté se situe entre 75 et 78% (intervalle de confiance à 95%)¹ avec un ratio moyen de 76,5% pour le pays. En milieu urbain, cette incidence est de 54,2% contre 82,2% en milieu rural. Entre 2005 et 2010, la pauvreté a augmenté de 7,8 points à Madagascar qui est classé au 143ème rang sur 177 selon l'indicateur de développement humain².

En septembre 2000, Madagascar ainsi que l'ensemble des 188 pays, adoptait à New York la résolution des Nations Unies appelée « Déclaration du Millénaire », définissant une vision d'un monde meilleur pour tous à l'horizon 2015, où les personnes pourront notamment bénéficier des conditions de vie décentes et auront droit en l'occurrence aux soins de santé. Cet aspect s'intègre dans les objectifs 4, 5 et 6, dont relève l'amélioration de la santé de la mère qui sera abordée dans ce thème.

Il sera traité l'évaluation de la mortalité maternelle qui permet de surveiller les décès liés à la grossesse. Ces décès sont influencés par divers facteurs notamment la disponibilité et l'utilisation des soins prénatals et des soins obstétricaux néonataux d'urgence. Il sera abordé l'analyse des indicateurs sur les accouchements assistés par du personnel de santé qualifié permettant d'apprécier la disponibilité du personnel de santé en quantité et en qualité au niveau des formations sanitaires et leur capacité à fournir des soins appropriés aux parturientes.

Dans le domaine de la couverture des soins prénatals, l'analyse des données relatives à la consultation prénatale sur le suivi de la grossesse permettra d'évaluer les risques de complications de la grossesse et d'en faciliter la prise en charge. L'analyse relative à l'accès à la médecine procréative universelle abordera l'utilisation de la contraception qui sert de mesure indirecte pour évaluer l'accès aux services de santé génésique essentiels. De plus, pour mesurer l'impact de la sensibilisation pour l'utilisation de la contraception, il faut déterminer la proportion d'adolescentes (groupe d'âges de 15-19ans) ayant entamé leur vie féconde. Et pour évaluer la différence entre le désir des femmes de retarder ou éviter une grossesse et le recours effectif à la contraception, les analyses porteront également sur la mesure des besoins non satisfaits en planification familiale.

Une place importante sera accordée à la fistule obstétricale qui constitue un problème relativement occulté, en grande partie parce qu'il touche les membres les plus marginalisés de la société tels que les femmes jeunes, pauvres et illettrées des régions reculées.

¹Les intervalles de confiance des indicateurs clés sont systématiquement calculés et figurent dans le corps du texte ou en annexe

²Source : PNUD 2007-2008

5.1. ACCES AUX SOINS DE SANTE

Dans les pays où l'accès aux soins est peu généralisé, plusieurs facteurs peuvent empêcher les femmes de recevoir des avis médicaux et des traitements. Au cours de l'ENSOMD 2012, il a été demandé aux femmes si certains problèmes pouvaient constituer un obstacle pour se faire soigner ou recevoir un avis médical. Selon les résultats présentés dans les tableaux 5.1.1 et 5.1.2 : 83.8 % des femmes ont déclaré qu'au moins un des problèmes cités pouvait constituer un obstacle important pour recevoir un traitement ou un avis médical.

5.1.1 Principaux obstacles aux soins de santé

Parmi les problèmes d'accès aux soins de santé, figure l'absence de moyens financiers nécessaires au traitement. Cela constitue l'obstacle aux soins de santé le plus fréquemment mentionné par les femmes (68.6%). Parmi les femmes sans instruction, cette proportion atteint 77 % et parmi celles des ménages les plus pauvres, la proportion est de 78 %. Dans la région Androy, la contrainte financière pour le traitement est la plus fréquente pour les femmes (88%).

Les femmes ont déclaré que la distance par rapport au service de santé (42 %), la disponibilité de prestataire (37 %) et de médicaments (40 %) pouvaient limiter leur accès aux soins de santé.

Il faut souligner qu'en milieu rural, l'éloignement du service de santé constitue un problème pour 47 % des femmes contre seulement 19 % dans les autres villes. Dans 32 % des cas, les femmes ont cité l'obligation de devoir prendre un moyen de transport et dans 24 % des cas, se rendre seule dans un établissement de santé s'avère la situation la plus préoccupante.

D'après le tableau 5.1.1, 56 % des femmes de la région Androy ont cité comme problème d'accès aux soins de santé l'obligation de devoir prendre un moyen de transport.

Moins d'une femme sur cinq (soit 18 % des enquêtées) ont déclaré que le fait que le prestataire ne soit une femme pouvait constituer un problème important qui limite leur accès aux soins de santé. Parmi les femmes sans instruction, cette proportion est de 21 % contre 9 % parmi celles ayant un niveau d'instruction secondaire de premier cycle complet.

5.1.2 Niveau d'accès aux soins de santé selon le milieu social

Globalement, la proportion de femmes qui ont déclaré qu'au moins un des problèmes cités pouvait limiter leur accès aux soins de santé, varie considérablement selon les caractéristiques sociodémographiques. La proportion de celles qui ont cité au moins un problème d'accès aux soins de santé lorsqu'elles étaient malades est très élevée parmi les femmes qui ont travaillé sans obtenir de rémunération (87 %), parmi celles n'ayant aucun niveau instruction (89%) et celles des ménages classés dans le quintile des plus pauvres (89 %).

Tableau 5.1.1 : Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont déclaré avoir rencontré des problèmes importants d'accès aux soins de santé par type de problème, selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Problème d'accès aux soins de santé									Effectif des femmes
	avoir la permission d'aller se faire soigner	avoir l'argent pour le traitement	distance au service de santé	avoir à payer le transport	ne pas vouloir y aller seule	craint que le prestataire ne soit pas une femme	craint que le prestataire ne soit pas disponible	craint qu'aucun médicament ne soit disponible	au moins un des problèmes pour l'accès aux soins de santé	
Groupe d'âges										
15-19	17,1	66,5	41,7	32,7	28,2	19,7	36,3	39,9	82,6	1646
20-34	13,2	69,4	42,9	33,4	24,2	18,1	37,4	39,5	84,6	3752
35-49	13,1	68,7	39,0	30,6	21,7	16,3	38,1	41,0	83,3	2302
Nombre d'enfants vivants										
0	17,2	62,6	34,9	27,4	26,7	19,1	35,8	37,8	80,4	1730
1 à 2	12,0	68,5	41,6	33,4	22,9	17,0	36,3	39,8	84,5	2682
3 à 4	14,1	70,2	42,5	33,7	23,8	17,8	40,0	42,3	83,7	1915
5 +	13,6	73,9	48,3	35,1	24,6	18,3	38,0	40,2	86,6	1373
Situation matrimoniale										
Célibataire	17,5	63,6	35,6	28,0	27,4	18,8	35,1	38,3	80,2	1626
en union	13,7	69,0	44,1	34,0	23,6	17,7	38,0	40,5	84,3	5051
en rupture d'union	9,9	74,2	38,0	31,7	22,7	17,1	37,9	40,4	86,7	1019
A travaillé au cours des 12 derniers mois										
N'a pas travaillé	14,5	61,4	30,9	24,6	22,2	14,7	33,7	36,7	78,3	1416
A travaillé pour de l'argent	12,3	69,2	39,3	32,5	22,8	16,7	35,7	38,5	84,0	4059
A travaillé sans recevoir d'argent	16,8	72,0	52,3	37,2	28,4	22,0	42,8	45,0	86,8	2225
Milieu de résidence										
Capitale	10,4	61,1	13,7	14,3	15,3	10,2	23,6	26,2	73,0	592
Autres urbains	9,4	63,1	22,8	19,2	14,4	9,8	28,0	31,3	78,8	978
Ensemble Urbain	9,8	62,3	19,4	17,3	14,8	9,9	26,3	29,4	76,6	1570
Rural	15,1	70,2	47,2	36,3	26,7	19,9	40,2	42,8	85,6	6130
Niveau d'instruction										
Sans instruction	16,2	76,5	55,3	41,4	25,7	21,4	39,2	43,6	88,7	1690
Primaire	15,1	72,3	46,2	35,1	25,4	19,4	38,4	41,4	86,0	3003
Secondaire ou plus	11,7	60,4	29,0	24,7	22,3	14,4	35,4	36,7	78,8	3006
Quintile de consommation										
Plus pauvres	14,9	78,0	52,4	35,4	25,1	20,0	40,4	42,8	88,5	1255
Second	15,2	72,4	49,2	36,1	25,0	19,3	38,9	42,0	86,8	1366
Moyen	17,1	71,1	46,2	39,2	28,5	21,5	40,7	43,7	85,5	1453
Quatrième	12,0	68,4	39,7	32,2	26,4	18,9	37,9	40,3	84,7	1668
Plus riches	12,0	58,1	27,2	23,1	18,4	12,1	31,6	33,9	76,5	1958
Ensemble	14,0	68,6	41,5	32,4	24,3	17,9	37,4	40,0	83,8	7700

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau 5.1.2 : Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont déclaré avoir rencontré des problèmes importants d'accès aux soins de santé, par type de problème selon les régions

Région	Problème d'accès aux soins de santé									Effectif des femmes
	avoir la permission d'aller se faire soigner	avoir l'argent pour le traitement	distance au service de santé	avoir à payer le transport	ne pas vouloir y aller seule	craint que le prestataire ne soit pas une femme	craint que le prestataire ne soit pas disponible	craint qu'aucun médicament ne soit disponible	au moins un des problèmes pour l'accès aux soins de santé	
Analamanga	11,3	59,1	17,6	17,3	18,0	13,6	34,1	34,6	76,5	1396
Vakinankaratra	22,7	78,0	40,0	31,1	26,7	13,2	25,2	26,8	85,5	604
Itasy	15,6	53,1	33,1	29,4	18,3	7,7	37,3	35,7	72,5	273
Bongolava	18,3	53,9	52,5	40,6	34,0	31,8	44,3	47,0	86,2	143
Haute Matsiatra	26,4	86,4	56,4	47,6	34,2	41,5	52,0	58,4	95,6	366
Amoron'iMania	17,2	63,4	45,6	35,8	31,6	17,0	54,9	46,9	85,9	221
Vatovavy Fitovinany	19,5	75,1	56,5	37,4	21,5	23,0	41,5	48,8	85,2	479
Ihorombe	13,5	70,7	50,0	29,6	33,4	10,8	35,0	35,6	87,2	106
Atsimo Atsinanana	4,6	79,5	40,1	23,3	19,2	10,4	25,5	33,8	89,1	289
Atsinanana	7,9	63,5	41,1	30,0	27,5	27,7	34,2	38,8	81,8	498
Analanjirifo	13,8	77,7	54,9	48,0	20,2	13,9	40,6	49,0	93,9	367
Alaotra Mangoro	10,5	72,7	46,7	39,6	40,2	23,3	42,1	44,9	85,4	384
Boeny	18,6	58,9	50,1	37,8	18,8	23,8	49,6	50,7	87,2	268
Sofia	15,7	54,7	38,3	30,9	27,3	16,4	37,9	37,6	71,1	408
Betsiboka	12,0	64,9	43,3	26,4	21,6	22,4	32,2	32,7	80,4	113
Melaky	29,4	67,7	64,7	54,1	37,8	29,3	54,0	66,6	86,3	93
Atsimo Andrefana	4,7	77,9	56,6	46,0	28,4	18,8	32,6	30,4	88,1	437
Androy	8,3	87,9	73,2	55,9	22,7	19,4	34,4	45,2	94,0	201
Anosy	9,3	73,1	39,3	25,0	20,2	10,9	30,2	30,6	84,3	222
Menabe	22,7	75,6	46,2	38,0	34,7	16,5	34,1	37,8	90,1	221
Diana	14,5	72,6	35,5	21,7	10,8	6,0	38,7	37,5	86,2	287
Sava	7,2	58,2	38,8	29,6	18,8	12,4	44,8	53,0	81,4	326
Ensemble	14,0	68,6	41,5	32,4	24,3	17,9	37,4	40,0	83,8	7700

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.2. NIVEAU DE MORTALITE MATERNELLE

CIBLE :

Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

En dépit d'interventions pour prévenir des handicaps ou un décès au cours de la grossesse et de l'accouchement, la mortalité maternelle reste à un niveau relativement élevé à Madagascar. En se référant à la cible pour 2015 qui se situe à 127 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, le niveau actuel de la mortalité maternelle reste encore très élevé. En effet, le taux de mortalité maternelle est de 478 pour 100 000 naissances vivantes.

Indicateurs :

Taux de mortalité maternelle

Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié

5.2.1 Contexte

En 2004, le ministère de la santé a élaboré sa politique nationale de santé (PNS) selon laquelle la santé maternelle figure parmi les priorités. Pour promouvoir la santé maternelle, il a mis en œuvre des programmes de maternité à moindre risque et une planification familiale.

Afin d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, relatifs à la santé maternelle (OMD5), le ministère de la santé publique a élaboré une série de documents visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale³. Les interventions au niveau communautaire sont cadrées par la politique nationale en santé communautaire. Les principaux points communs de ces documents sont constitués par la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que l'augmentation du taux de couverture contraceptive.

Par ailleurs, le taux de mortalité maternelle constitue actuellement une mesure importante du développement humain et social. Dans ce cadre, la mesure de la mortalité maternelle et des facteurs de risque qui lui sont liés est nécessaire tant pour le diagnostic d'une situation que pour le suivi et l'évaluation des programmes qui seront mis en place.

5.2.2 Evaluation de la qualité des données de la mortalité maternelle

L'estimation du niveau de mortalité des adultes nécessite des données exactes sur deux composantes : le nombre de frères et sœurs de l'enquêtée et le nombre de ceux qui sont décédés, ainsi que leur âge au décès et la période de décès.

Pour l'estimation du niveau de mortalité maternelle, il faut connaître le nombre de sœurs décédées et dont le décès est lié à la maternité. En plus de ces trois composantes, l'estimation directe de la mortalité nécessite des données exactes sur l'âge au décès et sur le nombre d'années écoulées depuis

³« Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale » en 2005, « Normes et procédures en SR » en 2008, « Plan opérationnel de la mise en œuvre de l'engagement de Madagascar dans la stratégie globale du Secrétariat Général des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant » en 2011, et « Orientations politiques en santé de la reproduction » en 2012.

le décès des frères et sœurs. Ces informations requièrent des informations que les enquêtées peuvent ignorer. Il n'existe aucune procédure clairement définie pour établir la complétude des données recueillies par une enquête rétrospective sur la survie des frères et des sœurs. Néanmoins, différents tests permettent d'évaluer la qualité des données.

Le tableau 5.2.3 fournit le nombre de frères et sœurs déclaré par l'enquêtée et la complétude des données déclarées sur l'âge, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. Des données complètes ont été obtenues pour presque toutes les sœurs, quel que soit leur état de survie. Leur âge a été déclaré pour 96,5% des sœurs survivantes. Un âge au décès ainsi que le nombre d'années écoulées depuis le décès ont été déclarés pour 86% des sœurs décédées. Ces pourcentages font apparaître une très bonne qualité des données.

Tableau 5.2.1 : Complétude de l'information sur les frères et sœurs

	sœurs		frères		ensemble	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Ensemble des frères et sœurs	40330	100,0	41316	100,0	81646	100,0
Survivants	36772	91,2	37176	90,0	73948	90,6
Décédés	3510	8,7	4077	9,9	7587	9,3
Etat de survie manquant	48	,1	63	,2	111	,1
Ensemble des survivants	36772	100,0	37176	100,0	73948	100,0
Age déclaré	35503	96,5	35993	96,8	71496	96,7
Age manquant	1269	3,5	1183	3,2	2452	3,3
Ensemble des décédés	3510	100,0	4077	100,0	7587	100,0
Age et nombre d'années déclarés	3030	86,3	3422	83,9	6452	85,0
Age manquant	136	3,9	187	4,6	323	4,3
Nombre d'années manquant	217	6,2	287	7,0	504	6,6
Age et nombre d'années manquant	127	3,6	181	4,4	308	4,1
TOTAL	40330	100,0	41316	100,0	81646	100,0

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Le nombre d'informations manquantes relatives aux dates n'est qu'un indicateur de la qualité de l'ensemble des données. La complétude des informations de base telle que l'omission possible de frères ou de sœurs, est beaucoup plus importante. Différents tests permettant d'évaluer cette complétude sont présentés dans le tableau 5.2.4. En moyenne, la date de naissance des enquêtées se situe au milieu des dates de naissance de sa fratrie. Si l'année de naissance médiane des frères et sœurs est beaucoup plus tardive que celle des enquêtées, cela pourrait signifier que les enquêtées ont systématiquement omis des frères et sœurs plus âgés, probablement puisque certains d'entre eux/elles étaient décédés avant qu'elles ne soient nées. De telles omissions affecteraient l'estimation de la mortalité des adultes. Selon le tableau 5.2.4, l'année médiane de naissance des frères et des sœurs est identique à celle des enquêtées, soit 1984, ce qui signifierait qu'apparemment, il n'y a eu de sous-déclaration des frères et sœurs par les enquêtées.

Tableau 5.2.4 : Indicateurs sur la qualité de données

Année de naissance	Répartition en % des frères et sœurs	Année de nais- sance médiane	Répartition en % des femmes	Année de nais- sance médiane
1960-1964	3,9	1962	2,7	1964
1965-1969	5,7	1967	8,4	1967
1970-1974	9,3	1972	11,2	1972
1975-1979	11,4	1977	13,4	1977
1980-1984	13,0	1982	15,1	1982
1985-1989	13,4	1987	15,8	1987
1990 ou plus tard	35,3	1997	33,4	1994
Manquant	7,9	1	0,1	
Ensemble	100,0	1984	100,0	1984

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Deux autres tests, le rapport de masculinité à la naissance et la taille moyenne de la fratrie, peuvent être utilisés pour évaluer la complétude de l'enregistrement des frères et sœurs. Les résultats figurent au tableau 5.2.5. Pour l'ensemble des frères et sœurs, le rapport de masculinité à la naissance est de 102 hommes pour 100 femmes, ce qui correspond à la généralité puisque le rapport de masculinité à la naissance ne varie qu'assez peu, de 105 hommes pour 100 femmes, cela pour toutes les populations. En outre, le rapport de masculinité à la naissance varie peu selon l'année de naissance de l'enquêtée, de 99 à 105.

Tableau 5.2.5: Indicateurs de qualité des données sur les frères et sœurs

Année de naissance	Taille moyenne de la fratrie	Rapport de masculinité
1960-1964	8,6	105
1965-1969	8,4	100
1970-1974	8,2	99
1975-1979	8,0	102
1980-1984	8,0	102
1985-1989	7,7	104
1990 ou plus tard	7,3	104
Ensemble	7,9	102

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

La taille moyenne de la fratrie comprenant l'enquêtée est de 7,9, ce qui est proche de la parité finale passée des femmes de Madagascar. L'évolution de la taille de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée fait apparaître une diminution régulière au fil des générations, une situation cohérente avec l'évolution de la fécondité des femmes à Madagascar, abordée dans les sections ultérieures.

Ces résultats, plus élevés que ceux de l'EDSMD-IV, semblent indiquer une légère surestimation de frères et sœurs par les enquêtrices.

Avec ce type de données, un autre problème peut surgir : celui de l'attraction pour certaines valeurs préférentielles, des valeurs utilisées par les enquêtees qui ne connaissent avec précision l'âge exact au décès et/ou le nombre exact d'années écoulées depuis le décès, mais qui peuvent en fournir une estimation. Ainsi les décès s'étant produits depuis un nombre d'années se terminant par 0 (le décès a eu lieu il y a 10 ou 20 ans) sont souvent surreprésentés. Pour limiter les effets de ce phénomène, il a été procédé à des estimations de mortalité pour une période dont les limites ont été fixées pour minimiser les transferts d'événements entre années. En outre, la période de référence doit être suffisamment longue pour pouvoir disposer d'un nombre de cas de décès maternels (qui restent relativement faibles) suffisants pour réduire au minimum les erreurs de sondage et obtenir une estimation fiable du niveau de la mortalité maternelle. A l'inverse, la période de référence doit être suffisamment brève pour rendre compte de la situation actuelle de la mortalité. Pour respecter ces différentes contraintes, une période de 7 années (0-6 années avant l'enquête) a été retenue pour les estimations de mortalité adulte et de mortalité maternelle ; ce qui correspond à la période entre 2006-2013.

5.2.3 Estimation de la mortalité adulte

Les estimations de la mortalité masculine et féminine adulte par âge pour la période de 0-6 ans avant l'enquête, calculées directement d'après les déclarations sur la survie des frères et des sœurs, sont présentées au tableau 5.2.6. Le nombre de décès de frères et sœurs survenus pendant la période de référence, aux âges de 15 à 49 ans, est relativement important (738 femmes et 886 hommes). Par contre, les décès de frères et sœurs dans les différents groupes d'âges sont en nombre limité : les taux par âge, basés sur des événements relativement peu nombreux, sont sujets à de fortes variations d'échantillonnage.

Le niveau de mortalité global des adultes de 15-49 ans pour la période la plus récente (0-6 ans avant l'enquête) a peu changé par rapport à celui constaté à l'EDS-IV : 4,1 ‰ pour l'ensemble des femmes et 4,9 ‰ pour l'ensemble des hommes, soit une surmortalité masculine de 0,8 ‰. Il est observé chez les hommes ainsi que chez les femmes, une tendance à l'augmentation assez régulière des taux par âge. Chez les femmes, les taux varient d'un minimum de 2,4 ‰, à 20-24 ans, à un maximum de 9,1 ‰ à 45-49 ans. Chez les hommes, les taux passent d'un minimum de 3,1 ‰, à 15-19 ans et 20-24 ans, à un maximum de 13,6 ‰ à 45-49 ans. Les résultats affichent une surmortalité des hommes presque dans toutes les classes d'âges.

Tableau 5.2.6 : Estimation directe de la mortalité par âge à partir des données portant sur l'état de survie des frères et sœurs des femmes enquêtées, par sexe, pour la période 0-6 ans avant l'enquête, et taux des tables types de mortalité

Groupe d'âges	Période de 0 à 6 ans avant l'enquête		
	Décès	Année d'exposition	Taux (‰)
SEXE FEMININ			
15-19	66	22441	2,9
20-24	67	28142	2,4
25-29	121	29697	4,1
30-34	91	29359	3,1
35-39	126	27106	4,7
40-44	141	20487	6,9
45-49	125	13643	9,1
15-49	738	170875	4,1
SEXE MASCULIN			
15-19	73	23056	3,1
20-24	88	28455	3,1
25-29	131	30393	4,3
30-34	130	30884	4,2
35-39	138	26544	5,2
40-44	136	19992	6,8
45-49	191	14049	13,6
15-49	886	173373	4,9

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.2.4 Estimation directe de la mortalité maternelle

L'estimation directe de la mortalité maternelle obtenue à partir des déclarations sur la survie des sœurs est présentée au tableau 5.2.7. Le nombre de décès maternels identifiés est de 105 décès pour la période de 0-6 ans avant l'enquête. Le taux de mortalité pour cause maternelle atteint son maximum, 0,9‰, à l'âge de 25-29 ans, et un niveau minimal de 0,3‰ pour la classe d'âges de 45-49 ans, âges auxquels la fécondité est très faible. L'estimation de l'ensemble de la mortalité pour cause maternelle, exprimée pour 1000 femmes-années d'exposition, est de 0,6‰ pour la période de 0-6 ans avant l'enquête. Cette estimation a connu une baisse de 0,8 ‰ par rapport à celle de l'EDSMD-IV de 2008-2009.

Tableau 5.2.7 : Estimation directe de la mortalité maternelle à partir des données portant sur l'état de survie des sœurs des femmes enquêtées pour la période 0-6 ans avant l'enquête

Groupe d'âges	Période de 0-6 ans précédant l'enquête			
	Décès maternels	Années d'exposition	Taux de décès pour causes maternelles (‰)	Proportion de décès maternels (%)
15-19	11	19026	0,6	17,1
20-24	15	25767	0,6	22,7
25-29	26	30462	0,9	22,3
30-34	14	32074	0,4	13,7
35-39	17	30646	0,6	12,4
40-44	17	23757	0,7	11,4
45-49	4	16106	0,3	3,3
Total	105	177837	0,6	16,2
Taux global de fécondité générale (TGFG ‰)			161	
Taux de mortalité maternelle (TMM)			478	
Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV = 1- (1-TMM)^ISF)			0,023	

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Le taux de mortalité pour cause maternelle peut être converti en taux de mortalité maternelle, exprimé pour 100 000 naissances vivantes, en le divisant par le taux global de fécondité générale pour la période donnée. Ainsi, le risque obstétrical de la grossesse et de la maternité est davantage mis en relief.

Le taux de mortalité maternelle est resté quasi stationnaire depuis des dizaines d'années. Il est estimé à 478 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes⁴ pour la période 2006-2013, contre 498 pour 100 000 naissances vivantes à l'EDSMD-IV. En effet, son interprétation doit s'effectuer prudemment compte tenu de l'amplitude de l'intervalle de confiance assez large. De plus, cette valeur, incluse dans l'intervalle de confiance produit par l'EDS-IV [402 ; 594], indique que ce niveau révèle significativement davantage une constance de la mortalité maternelle, confirmée d'ailleurs par les facteurs explicatifs notamment la couverture et l'application des soins prénatals qui n'ont véritablement évolués.

⁴La méthode utilisée est celle des EDS. Elle permet de fournir la tendance du TMM pour les besoins de comparaison conformément à la recommandation des comités technique et de pilotage. Toutefois, lors des analyses approfondies proposées dans le cadre de cette étude, la nouvelle méthodologie évoquée pourrait être implémentée sur une tendance longue de la mortalité maternelle à Madagascar.

Le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV) est un indicateur calculé à partir du taux de mortalité maternelle. Il exprime le risque pour une femme de décéder pour cause maternelle durant les âges de procréation. Ce risque, estimé à 0,023 pour la période de 0-6 ans avant l'enquête, est pratiquement identique à celui de l'EDSMD-IV (0,026), une indication supplémentaire de la permanence du phénomène. Une femme Malagasy court un risque sur 43 de décéder pour cause maternelle durant sa vie génésique.

Les proportions de décès imputables aux causes maternelles font apparaître de fortes variations qui atteignent un niveau maximum à 20-24 ans, âges auxquels 23 % des décès de femmes sont dus à des causes maternelles. A la différence des autres mesures de la mortalité présentées précédemment, ces proportions ne peuvent être affectées par des sous-déclarations dans la mesure où il est possible de supposer que les sous-déclarations éventuelles n'affectent davantage les décès par cause maternelle que les autres décès. Ainsi, pour l'ensemble des décès de femmes en âge de procréer (15-49 ans), 16 % des décès de femmes seraient dus à des causes maternelles.

La mortalité maternelle est un indicateur révélateur de la condition féminine, en particulier de l'accès des femmes aux soins de santé et de la réponse du système de santé à leurs besoins. En effet, le niveau de la mortalité maternelle permet de se renseigner non seulement sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement et aussi sur la santé des femmes qui est en lien avec leur situation économique et sociale. Sur la base de cette information, il est possible de conclure que la prévention de la majorité des décès maternels nécessite une élaboration de programmes ou de politiques, non seulement dans le cadre des conditions de vie de cette population mais aussi en santé de la reproduction.

5.3. SANTE DE LA REPRODUCTION

CIBLE :

Rendre universel l'accès à la médecine procréative d'ici à 2015

La présence d'un agent de santé formé pendant l'accouchement est essentiel pour réduire les décès maternels. Un soignant qualifié peut intervenir pour prévenir et gérer des complications potentiellement mortelles, comme des hémorragies abondantes, ou envoyer la patiente dans un établissement de soins mieux équipé, si nécessaire.

Dans l'ensemble, la proportion d'accouchements en présence de personnel soignant qualifié n'a pratiquement pas évolué. Elle est passée de 43,9 % en 2008-2009, à 44,3 % en 2012. A noter que la cible pour 2015, dans le plan opérationnel pour la mise en œuvre de l'engagement de Madagascar à la stratégie globale du secrétaire général des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant 2012-2015, est de 75%.

Il est vital pour les femmes enceintes de se faire examiner pour détecter et gérer des conditions qui risquent de constituer des facteurs de complication pendant la grossesse et l'accouchement. Les soins prénatals de base comportent une série d'interventions préventives dont des conseils nutritionnels. Les femmes apprennent aussi à reconnaître les signes avant-coureurs d'un problème qui pourrait menacer leur grossesse et reçoivent un appui pour planifier un accouchement sans risques. En outre, dans les pays tels que Madagascar où le paludisme est endémique, elles peuvent recevoir un traitement préventif intermittent. Un nombre minimum de quatre visites prénatales est recommandé afin que les femmes enceintes reçoivent les interventions nécessaires pour prévenir et gérer d'éventuelles complications. La part de femmes enceintes qui ont été examinées au moins quatre fois au cours de leur grossesse est passée de 49%, en 2009, à 51 %, en 2012.

INDICATEURS :

Taux de contraception

Taux de natalité parmi les adolescentes

Couverture des soins prénatals (nombre de consultations prénatales)

Besoins non satisfaits en planification familiale

5.3.1 Contexte

Le document « Orientation politique en santé de la reproduction », réactualisé et validé en 2012, définit les composantes et services de la santé sexuelle et reproductive dont :

La maternité à moindre risque, la planification familiale, la prévention et la prise en charge des IST, en particulier la syphilis, le VIH et le sida ;

Le diagnostic précoce et la prévention des affections gynécologiques dont le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus ;

La santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (SAJ) ;

L'élimination des pratiques néfastes telles que la violence basée sur le genre (VBG) et les violences au foyer ;

La prévention et la prise en charge des états non infectieux de l'appareil génital, tels que les fistules obstétricales ;

La prévention et la prise en charge des dysfonctionnements sexuels, des tumeurs et des affections dégénératives chez les personnes âgées.

Ce chapitre présente les résultats des enquêtes portant sur les soins pré et postnatals, l'état vaccinal des mères dans le cadre de la prévention du tétanos maternel et néonatal, les lieux et l'assistance des accouchements ainsi que les problèmes qui limitent l'accès des femmes aux soins de santé. Ces résultats permettront d'identifier les problèmes les plus importants en santé maternelle. Leur analyse permettra l'évaluation et la planification des politiques et des programmes dans le domaine de la santé de la reproduction, notamment la santé maternelle pour la promotion d'une maternité à moindre risque. Malgré les efforts déployés, d'autres activités s'avèrent nécessaires pour infléchir les indicateurs.

5.3.1.1 Actions nationales pour améliorer le système de santé

Pour accélérer l'atteinte des OMD relatifs à la santé, le pays a opté pour des stratégies visant à améliorer la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Par ailleurs, les interventions mises à échelle portent sur la maternité sans risque (MSR), la planification familiale (PF), la santé des enfants et des adolescents, la prévention et la lutte contre les IST/VIH et les cancers gynécologiques. Le gouvernement s'est également engagé sur la gratuité des intrants de programmes prioritaires (kit individuel d'accouchement, kit d'opération césarienne, contraceptifs). Le ministère de la santé publique a augmenté de 3% à 13,3% le budget du programme de survie de la mère et de l'enfant entre 2009 et 2011.

Il existe un environnement favorable à la santé de l'enfant. L'engagement politique est exprimé par la disponibilité de documents de politiques et de stratégies de survie de l'enfant comprenant la nutrition, la PCIME, la vaccination et la santé communautaire. S'agissant de leur mise en œuvre, la couverture est caractérisée par le renforcement des capacités des prestataires de soins, par l'offre de services de vaccination dans tous les centres de santé de base, la disponibilité des médicaments et intrants essentiels au niveau de 80% de ces CSB, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) au niveau de 52% des CSB, la mise en place de centres de récupération nutritionnelle intensive (CRENI) au niveau de 38% des districts, de centres de récupération nutritionnelle ambulatoire (CRENA), au niveau de 24% des districts ainsi que du comité de santé (CoSan) et d'agents de santé communautaires opérationnels dans 46% des communes et 50% des districts.

Plusieurs mécanismes sont mis en place pour renforcer le système de santé en vue d'augmenter la demande, et de l'accès aux services de santé à travers l'amélioration de l'approvisionnement en intrants, de la gestion des ressources humaines, du système d'informations sanitaires, de la communication, du financement et de la mobilisation communautaire.

5.3.1.2 Mise en œuvre de partenariat

En vue de faciliter la mise en œuvre, la coordination et le partenariat sont renforcés sous le leadership du ministère de la santé. Ce mécanisme de coordination s'assure que la planification est basée sur l'évidence, l'intégration des interventions réalisées, le suivi des effectifs et la documentation des acquis.

Des interventions ont été menées pour réduire la mortalité maternelle : la mise en place du système du tiers payant des urgences obstétricales et pédiatrique de 0-6mois, la formation en SONU des agents de santé ainsi que la dotation en matériels et équipements des formations sanitaires. Le coût élevé de ces interventions a rendu difficile la mise à l'échelle, d'où une couverture insuffisante pour un impact palpable au niveau national. Le pays a également rencontré un problème de pérennisation, étant donné que les coûts de ces interventions ont été financés en grande partie par les partenaires. Dans le domaine de l'accès aux soins, l'organisation des références au niveau communautaire reste très ponctuelle et au stade de pilotage.

La pratique de l'audit des décès maternels a été introduite en 2009 dans dix centres hospitaliers de référence pour déterminer les facteurs liés aux décès maternels. Sa mise à l'échelle au niveau de toutes les formations sanitaires publiques et privées s'effectue progressivement.

Afin de pallier les problèmes de ressources humaines et la fermeture des centres de santé, le ministère de la santé, de pair avec ses partenaires techniques et financiers, a renforcé ces dernières années le partenariat public privé.

5.3.2 Soins prénatals

5.3.2.1 Contexte

A Madagascar, moins de 65% de la population vit dans un rayon de 5 km d'une formation sanitaire et l'utilisation des consultations internes et externes dans les services de santé de base publics est très faible.

L'EDS menée en 2008/ 2009 présente que :

- La proportion de femmes qui ont reçu des soins prénatals, parmi celles qui ont accouché, était en moyenne de 86,3%. Dans les districts situés au centre du pays, elle était de 96,4% tandis qu'elle était de 69,3% dans les districts situés dans l'ouest.

La proportion de femmes enceintes qui ont effectué au moins quatre visites est de 49,3%,

La proportion moyenne des accouchements dans les formations sanitaires était de 35,3%. Dans les districts situés dans le centre du pays, cette proportion était de 67,9%, tandis qu'elle était de 9,2% dans les districts situés sur le littoral sud-est.

La proportion de naissances en présence du personnel de santé est de 43,9%.

Le suivi des femmes enceintes lors des consultations prénatales (CPN) permet de prévenir les risques et les complications de l'accouchement. Durant l'ENSOMD, pour chaque naissance vivante survenue au cours des cinq années précédant celle-ci, il a été demandé aux femmes si, au cours de la grossesse, elles avaient subi ou non une consultation prénatale.

Les données du tableau 5.2.1 présentent la répartition des femmes qui se sont rendues en consultation prénatale. A Madagascar, une proportion relativement élevée de femmes (82 %) bien que relativement stable depuis 2008, a reçu des soins prénatals dispensés par un personnel formé. Cependant, ce niveau élevé dissimule certaines disparités. La couverture en soins prénatals varie de 80 % en milieu rural à 92 % dans les autres villes et dans la capitale. À ces disparités géographiques s'ajoutent des dissemblances en fonction du niveau d'instruction de la mère et des disparités économiques. Il est constaté que la proportion de femmes qui ont reçu des soins prénatals augmente avec le niveau d'instruction, variant d'un minimum de 68 % parmi celles sans instruction à 93 % parmi celles ayant un niveau secondaire ou plus. De même, du quintile des plus pauvres à celui des plus riches, la proportion de femmes qui ont reçu des soins prénatals varie de 72 % dans la couche la plus pauvre à 90 % chez celle la plus riche.

Ces consultations prénatales ont été dispensées dans 59.6 % des cas, par des infirmières, des sages-femmes ou des assistants médicaux, et dans 23 % des cas par des médecins, les accoucheuses traditionnelles formées n'étant intervenues que dans 1,7 % des cas seulement. Cependant, parmi les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur et vivant dans la capitale, la proportion de dernières naissances qui ont bénéficié de soins prénatals, dispensés par un médecin, est plus élevée que la moyenne. Elle est respectivement de 25 et 24 % contre une moyenne de 22 %.

Tableau 5.3.1 : Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête par type de prestataire consulté durant la grossesse pour la naissance la plus récente, et pourcentage de naissances les plus récentes pour lesquelles la mère a consulté un professionnel de la santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

	Personne consultée lors de la grossesse							Total	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par du personnel formé	Effectif de femmes
	Médecin	infirmière / sage femme	accoucheuse traditionnelle formée	accoucheuse traditionnelle non formée	Autre	personne	ND			
Age de la mère à la naissance de l'enfant										
Moins de20	24,2	56,8	1,6	4,4	0,3	10,8	2	100	80,9	1877
20-34	22,5	60,9	1,4	2,9	0,5	9,9	1,9	100	83,4	5456
35-49	20,2	58,8	3	3,6	0,7	10	3,7	100	79	1430
Rang de naissance										
1	23,3	62,2	1,4	3,3	0,8	7,3	1,8	100	85,4	2044
2-3	23,6	61,2	1,4	3	0,3	8	2,4	100	84,9	3339
4-5	21,2	57,7	1,4	3,5	0,6	13,3	2,2	100	79	1831
6+	20,1	53,7	2,8	3,6	0,7	14,3	4,8	100	73,8	1601
Milieu de résidence										
Capitale	24,8	67,4	1,2	1,3	0,8	2,9	1,5	100	92,2	473
Autres urbains	13,4	78,5	0,6	1,7	1,1	2,4	2,1	100	92	865
Ensemble Urbain	17,5	74,6	0,8	1,6	1	2,6	1,9	100	92,1	1339
Rural	23,3	56,6	1,8	3,6	0,4	11,4	2,8	100	79,9	7477
Niveau d'instruction										
Sans instruction	20,3	47,4	2,3	5,7	0,4	20,3	3,6	100	67,7	2400
Primaire	22,8	60,4	1,8	3,2	0,4	9,2	2,3	100	83,2	3827
Secondaire ou plus	23,8	68,9	1	1,3	0,8	1,9	2,4	100	92,7	2589
Quintile de consommation										
Plus pauvres	20,6	51,7	2,4	5,3	0,4	17	2,6	100	72,3	1836
Second	22,8	56,6	1,4	3	0,2	13,9	2,1	100	79,3	1837
Moyen	23	58,8	1,9	3,2	0,8	9,6	2,8	100	81,8	1809
Quatrième	22,3	64,3	1,4	2,7	0,5	5,6	3,1	100	86,7	1802
Plus riches	23,4	66,8	1,2	2,1	0,7	3	2,8	100	90,2	1529
Ensemble	22,5	59,6	1,7	3,3	0,5	10,1	2,2	100	82,1	8815
Note : Si plus d'un prestataire de soins prénatals a été déclaré, seul le prestataire le plus qualifié a été pris en compte dans ce tableau.										
¹ Sont considérés comme des prestataires formés, les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les sages-femmes auxiliaires.										

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'OMS recommande, au moins quatre visites prénatales à intervalles réguliers pendant la grossesse.

Le tableau 5.3.2 présente les données relatives au nombre de visites prénatales effectuées par les femmes enceintes, et le stade de la grossesse à la première visite. Parmi les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête, 51 % ont effectué au moins les quatre visites recommandées, soit une légère augmentation de deux points par rapport à la situation de 2008-2009. Notez que les visites prénatales prennent en compte toutes les consultations prénatales dispensées par un personnel de santé qualifié ou par une accoucheuse traditionnelle. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. En effet, dans la capitale, cette proportion atteint 75 %, et seulement 46 % en milieu rural. Dans 35 % des cas, les femmes n'ont effectué qu'une à trois visites. Dans le cadre du stade de la grossesse à la première visite, il est constaté que, dans seulement 28 % des cas, la première visite s'est déroulée à moins de quatre mois de grossesse. En outre, cette proportion varie entre les milieux de résidence (47 % dans la capitale contre 26 % en milieu rural). Le tableau 5.3.2 présente également le nombre médian de mois de grossesse à la première visite prénatale. Celui-ci est estimé à 4 pour l'ensemble des femmes et comparativement à ce qui est observé dans la capitale (3,0), il est plus élevé en milieu rural (4,0).

Tableau 5.3.2 : Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête, selon le nombre de visites prénatales et selon le stade de la grossesse au moment de la première visite pour la naissance la plus récente et parmi les femmes ayant effectué des visites prénatales, nombre médian de mois de grossesse à la première visite, par milieu de résidence

	Milieu de résidence				Ensemble
	Capitale	Autres urbains	Ensemble Urbain	Rural	
Nombre de visites prénatales					
Aucune	3,8	4,7	4,4	14,1	12,6
1-3 visites	20,2	20,3	20,3	38,3	35,6
4+ visites	75,8	74,6	75,0	46,8	51,1
NSP/Manquant	0,2	0,4	0,3	0,8	0,7
Age de la grossesse à la première visite prénatale					
Aucune visite prénatale	3,8	4,7	4,4	14,1	12,6
<4	47,4	41,2	43,4	26,0	28,7
4-5	42,5	43,2	43,0	40,3	40,7
6-7	4,9	8,5	7,2	16,2	14,9
8+	1,0	1,2	1,2	1,8	1,7
NSP/Manquant	0,5	1,1	0,9	1,5	1,4
Effectif de femmes ayant effectué des visites prénatales	485	1139	1624	5905	7529
Nombre médian de mois de grossesse à la première visite (pour les femmes ayant reçu des soins prénatals)	3,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Nombre de femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête	469	864	1334	7446	8780

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.3.2.2 Types de soins prénatals

L'efficacité des soins prénatals dépend du type d'examen effectué pendant les consultations et des conseils prodigués aux femmes. Au cours de l'ENSOMD, des données sur cet aspect important du suivi prénatal ont été collectées en demandant aux femmes si, au cours des visites prénatales, elles avaient été informées sur les signes révélateurs de complications de la grossesse et si certains examens médicaux avaient été effectués. En outre, les questions posées ont permis de savoir si les femmes avaient reçu des compléments nutritionnels tels que le fer et des médicaments contre les parasites intestinaux. Les résultats sont présentés au tableau 5.2.3, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Il est constaté que parmi les femmes ayant bénéficié de soins prénatals pour la naissance la plus récente, près de 42% ont déclaré avoir été informées des signes de complications de la grossesse (contre 49% à l'EDS-IV). Il est noté certains écarts en fonction de quelques caractéristiques. La proportion de femmes de la capitale et de celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus, et de celles vivant dans un ménage du quintile des plus riches ayant plus fréquemment reçu ce type d'information que les autres, sont respectivement de 71, de 52, et de 50%.

Au niveau des examens médicaux, il ressort que 85 % des femmes ont été pesées et que dans 77 % des cas, la tension artérielle a été vérifiée. Elle est respectivement de 88 et 77% à l'EDS-IV. Par contre, un prélèvement de sang n'a été effectué que dans 46 % des cas et un prélèvement d'urine dans 34 % des cas, contre 31 et 30% à l'EDS-IV.

En outre, les résultats montrent que parmi les femmes qui ont eu une naissance au cours des cinq années précédant l'enquête, 57 % ont déclaré avoir pris du fer, sous forme de comprimés ou de sirop (contre 59% à l'EDS-IV). Notez que cette proportion varie fortement du moins instruit au plus instruit, passant de 40 % à 72 %. Environ 57 % des femmes contre 39 % à l'EDS-IV, ont pris des médicaments contre les parasites intestinaux. Selon le tableau 5.3.3, sur les composants des visites prénatales, 32 % des femmes ont déclaré avoir obtenu du traitement préventif intermittent pour éviter le paludisme avec un nombre moyen de prise voisin de 2.

Tableau 5.3.3 : Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête, de celles qui ont pris des suppléments de fer, sous forme de comprimés ou de sirop et des médicaments contre les parasites intestinaux au cours de la grossesse la plus récente et de celles qui ont bénéficié de soins prénatals pour la naissance la plus récente des cinq dernières années ainsi que de celles qui ont effectué certains examens prénatals, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

	Femmes qui ont pris :					femmes qui :					Effectif de femmes qui ont reçu des soins prénatals pour la naissance la plus récente
	Du fer sous forme de comprimés ou de sirop	Des médicaments contre les parasites intestinaux	Ayant obtenu le traitement préventif intermittent (TPI) pour éviter le paludisme	Nombre moyen de prise de TPI	Effectif de femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années	Ont été informées des signes de complication de la grossesse	Ont été pesées	Ont eu leur tension artérielle vérifiée	Ont eu un prélèvement d'urine	Ont eu un prélèvement de sang	
Age de la mère à la naissance											
Moins de 20	49,4	55,9	29,1	1,9	1889	38,5	81,1	71,5	30,1	42,7	1589
20-34	58,1	58,3	33,1	2,0	5430	43,6	86,7	79,7	35,0	47,5	4698
35-49	54,3	52,8	32,5	1,9	1469	40,3	84,3	76,3	33,2	42,2	1231
Rang de naissance											
1	58,7	58,7	31,6	2,0	2003	45,6	86,0	79,3	38,9	50,8	1790
2-3	58,6	59,4	33,7	1,9	3293	42,3	86,7	79,5	37,2	50,2	2893
4-5	52,8	56,7	34,7	2,1	1855	40,9	84,7	75,6	29,8	41,2	1533
6+	48,8	49,8	26,8	1,8	1653	37,2	80,6	72,1	22,7	32,8	1313
Milieu de résidence											
Capitale	80,8	49,4	28,6	1,6	503	71,2	95,2	97,1	77,5	85,9	485
Autres urbains	77,7	71,7	52,1	2,0	1211	55,5	94,9	92,5	66,4	74,7	1139
Ensemble Urbain	78,8	63,8	43,9	1,9	1714	61,1	95,0	94,1	70,4	78,7	1624
Rural	51,5	55,7	30,0	2,0	7090	38,1	83,1	74,1	26,4	39,0	5905
Niveau d'instruction											
Sans instruction	40,2	45,4	24,9	2,1	2703	32,9	77,5	67,0	21,3	31,8	1982
Primaire	54,2	59,2	31,0	1,9	3617	39,9	85,1	76,6	28,4	41,8	3175
Secondaire ou plus	71,9	64,1	40,4	1,9	2484	51,5	90,6	86,1	50,0	61,0	2372
Quintile de consommation											
Plus pauvres	42,9	48,8	25,6	1,8	1897	32,8	77,7	67,4	19,0	29,8	1474
Second	49,1	54,1	27,5	2,0	1747	40,8	82,8	72,1	22,6	35,4	1420
Moyen	56,1	61,1	32,4	2,0	1789	41,9	84,7	75,8	29,5	42,0	1545
Quatrième	62,6	59,3	33,2	1,9	1809	44,5	88,5	82,7	39,9	53,8	1628
Plus riches	69,9	62,2	44,0	2,1	1559	49,7	91,5	89,1	58,1	67,3	1459
Ensemble	55,6	56,9	32,1	2,0	8804	42,0	85,1	77,4	33,7	45,6	7529

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Il ressort du tableau 5.3.4 que les femmes qui ont été informées des signes de complication de la grossesse représentent des disparités géographiques significatives. Dans les régions Analamanga, Haute Matsiatra et Ihorombe, la proportion se situe au-dessus de 50 % tandis que dans les régions Bongolava, Atsimo Atsinanana, elle n'excède les 30 %. De même la proportion de femmes qui ont pris du fer sous forme de comprimés ou de sirop durant la grossesse, avoisine les 76 % pour la région Analamanga, tandis qu'elle n'est que de 21 % dans la région Melaky. Sofia, Vatovavy Fitovinany, Atsimo Atsinanana et Melaky sont les régions les moins avancées dans le cadre de l'analyse des composants de la visite prénatale.

Tableau 5.3.4 : Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête, de celles qui ont pris des suppléments de fer, sous forme de comprimés ou de sirop, et des médicaments contre les parasites intestinaux au cours de la grossesse la plus récente et de celles qui ont bénéficié de soins prénatals pour la naissance la plus récente des cinq dernières années et de celles qui ont effectué certains examens prénatals, selon les régions

Régions	Femmes qui ont pris:					femmes qui:					Effectif de femmes qui ont reçu des soins prénatals pour la naissance la plus récente
	Du fer sous forme de comprimés ou de sirop	Des médicaments contre les parasites intestinaux	Ayant obtenu le traitement préventif intermittent (TPI) pour éviter le paludisme	Nombre moyen de prise de TPI	Effectif de femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années	Ont été informées des signes de complication de la grossesse	ont été pesées	Ont eu leur tension artérielle vérifiée	Ont eu un prélèvement d'urine	Ont eu un prélèvement de sang	
Analamanga	76	54,5	28,9	1,8	831	59,3	94,3	95,5	63,4	71,5	789
Vakinankaratra	71,8	68	31	2,1	374	47,1	92,9	83,8	22	49,1	354
Itasy	58,8	60,8	19,4	2	388	32	76,4	74	19,8	39,2	371
Bongolava	44,4	44,3	24,3	2	445	26,3	87,7	70,4	14,5	36,1	389
Haute Matsiatra	60,3	73,3	22,2	1,5	392	53,8	91,1	79,3	27,3	36,5	355
Amoron'i Mania	62,2	70,8	24,6	1,8	402	31,2	92,6	69,4	15	40,8	350
Vatovavy Fitovinany	35,5	70,4	40,4	2,1	409	45,9	82,6	69,7	19,3	25,3	321
Ihorombe	51,8	43,3	24,6	1,5	418	51,7	85,9	76,5	21,6	36,3	318
Atsimo Atsinanana	49,9	62,4	25,8	1,5	470	25,9	84,1	70,2	12,1	18,5	356
Atsinanana	59,8	60,5	41,2	2	311	37,2	83,6	75,2	38,1	54,5	271
Analanjirifo	54,9	53,1	37,4	2,4	316	43,6	88	79,7	40,7	44,7	286
Alaotra Mangoro	63,6	59,5	32,2	1,8	340	42,3	92,1	91,1	27,7	49,9	312
Boeny	57,8	49,5	45	2,3	350	44,7	88,6	86,1	63,5	61,2	287
Sofia	31	49,7	34,5	1,7	345	28,1	62,7	60,3	23,8	16	310
Betsiboka	47,5	47,3	35,2	2,2	405	37,3	86,3	78,6	26,8	37,9	356
Melaky	21,3	35	13,5	1,9	325	33,2	71,6	57,6	20	27,6	197
Atsimo Andrefana	54	46,7	27,8	2,2	377	33	77,1	59,6	17,8	37,7	321
Androy	52,4	43,3	27,7	1,4	425	43,6	82,8	68,5	17,5	34,8	328
Anosy	46	39,8	22,6	1,8	451	31,1	80,4	69,5	25,3	32,7	363
Menabe	50,4	51,3	25,1	1,8	423	38,4	77,9	64,4	37,9	58,4	352
Diana	62,1	71	60,3	2,3	296	35	86,6	88,7	65,2	74,1	281
Sava	35,2	52,8	45,9	2,4	311	40,4	77,3	72,2	36,7	44,2	262
Ensemble	55,6	56,9	32,1	2	8804	42	85,1	77,4	33,7	45,6	7529

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.3.2.3 Vaccination antitétanique

La vaccination antitétanique pendant la grossesse fait partie des interventions essentielles, recommandées par les programmes de santé maternelle et infantile, afin d'améliorer les chances de survie des femmes et de leurs nouveau-nés. Le tétanos néonatal est une cause importante de décès des nouveau-nés dans la plupart des pays en développement. Ses facteurs de risques sont entre autres l'accouchement à domicile dans un environnement insalubre, l'utilisation d'instruments non appropriés et/ou non désinfectés pour couper le cordon ombilical et l'application des substances pouvant contenir les spores du bacille du tétanos. Le tétanos néonatal survient généralement dans la première ou la deuxième semaine suivant la naissance et il est fatal dans 70 à 90 % des cas. Il constitue cependant une maladie évitable. Il est considéré qu'un enfant est complètement protégé si la mère a reçu :

Deux injections de vaccin antitétanique au cours de la grossesse de sa dernière naissance, ou au moins deux injections, la dernière ayant été effectuée au cours des trois années qui ont précédé la dernière naissance

ou au moins, trois injections, la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années qui ont précédé la dernière naissance

ou au moins, quatre injections dont la dernière a été effectuée au cours des dix années qui ont précédé la dernière naissance

ou au moins, cinq injections avant la dernière naissance.

D'après les déclarations orales des mamans sur leur statut vaccinal VAT, les taux de couverture en VAT2+ et le taux de protection des enfants à la naissance ont été calculés. Les résultats présentés au tableau 5.3.5 indiquent que 42 % des femmes contre 47% à l'EDS-IV ont reçu, au moins, deux doses de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse. Cependant, dans 54 % des cas contre 70% à l'EDS-IV, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal, par le biais des vaccinations reçues au cours de cette grossesse ou des vaccinations reçues avant cette grossesse.

La proportion de femmes dont la dernière naissance a été complètement protégée contre le tétanos néonatal est plus élevée (55%) parmi celles de 20-34 ans que parmi les autres classes d'âges, en particulier les plus jeunes (51% pour les moins de 20 ans). En fonction du rang de naissance, il est constaté que pour les rangs inférieurs à 3, les femmes ont le plus fréquemment reçu une protection complète contre la maladie. La couverture vaccinale varie aussi selon le milieu de résidence, d'un maximum de 69% dans la capitale à un minimum de 52% en milieu rural. La couverture vaccinale contre le tétanos néonatal varie considérablement en fonction du niveau d'instruction et du statut socio-économique des femmes : d'un minimum de 42% parmi les femmes sans instruction à un maximum de 64% chez les femmes ayant un niveau d'éducation secondaire et plus ; la proportion de dernières naissances protégées contre le tétanos néonatal passe à 64% parmi les femmes ayant un niveau secondaire ou plus. Selon le tableau 5.3.5, la proportion de femmes dont la dernière naissance a été complètement protégée contre le tétanos néonatal est de 45% dans les ménages les plus pauvres, et atteint 61% dans ceux les plus aisés.

Tableau 5.3.5 : Injections de vaccin antitétaniques parmi les mères de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête

Caractéristiques sociodémographiques	Pourcentage de ceux qui ont reçu deux injections ou plus durant la dernière grossesse	Protégé contre le tétanos	Nombre de femmes qui ont eu une naissance au cours des cinq dernières années
Age de la mère à la naissance			
Moins de 20	45,4	51,3	1889
20-34	41,2	55,0	5430
35-49	38,0	53,2	1469
Rang de naissance			
1	50,7	55,7	2003
2-3	42,6	55,7	3293
4-5	36,6	52,9	1855
6+	33,3	48,6	1653
Milieu de résidence			
Capitale	56,7	68,5	503
Autres urbains	54,3	63,6	1211
Ensemble Urbain	55,1	65,3	1714
Rural	39,1	51,8	7090
Niveau d'instruction			
Sans instruction	32,6	41,7	2703
Primaire	40,7	54,6	3617
Secondaire ou plus	51,1	64,0	2484
Quintile de consommation			
Plus pauvres	32,6	44,9	1897
Second	39,2	51,6	1747
Moyen	42,2	55,3	1789
Quatrième	45,0	57,8	1809
Plus riches	50,4	61,0	1559
Ensemble	41,6	53,8	8804

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

D'après le tableau 5.3.6, les résultats selon les régions font également apparaître des variations importantes sur la proportion de mères qui ont reçu deux injections ou plus durant la dernière grossesse. Cette proportion est la plus élevée dans la région Haute Matsiatra, touchant 55% des mères, et la plus faible, dans la région Melaky où environ une mère sur cinq est concernée. Ce résultat reflète la proportion de la dernière naissance vivante protégée contre le tétanos. Cette proportion est de 74% dans la région Haute Matsiatra et de 24% dans le Melaky.

Tableau 5.3.6 : Vaccination antitétanique parmi les mères de 15-49 ans par région

Région	Pourcentage de ceux qui ont reçu deux injections ou plus durant la dernière grossesse	Protégé contre le tétanos	Nombre de femme qui ont eu une naissance au cours des cinq dernières années
Analamanga	52,9	69,3	831
Vakinankaratra	48,0	71,4	374
Itasy	42,0	58,7	388
Bongolava	23,4	30,6	445
Haute Matsiatra	54,9	74,1	392
Amoron' i Mania	35,2	56,3	402
Vatovavy Fitovinany	44,2	55,2	409
Ihorombe	34,9	47,6	418
Atsimo Atsinanana	30,3	40,6	470
Atsinanana	35,4	42,4	311
Analanjirifo	33,7	43,3	316
Alaotra Mangoro	42,5	50,3	340
Boeny	37,4	41,0	350
Sofia	35,4	44,3	345
Betsiboka	44,5	51,3	405
Melaky	18,9	24,1	325
Atsimo Andrefana	47,9	59,9	377
Androy	38,3	48,8	425
Anosy	34,4	43,1	451
Menabe	36,2	44,5	423
Diana	48,2	60,0	296
Sava	31,8	38,5	311
Total	41,6	53,8	8804

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.3.3 Nutrition de la femme

Une alimentation équilibrée en micronutriments, en particulier le fer, est nécessaire à la femme. La vitamine A est essentielle au développement de l'enfant, à la santé des femmes et au fonctionnement du système immunitaire. La carence en vitamine A constitue la principale cause de graves troubles visuels et de mortalité.

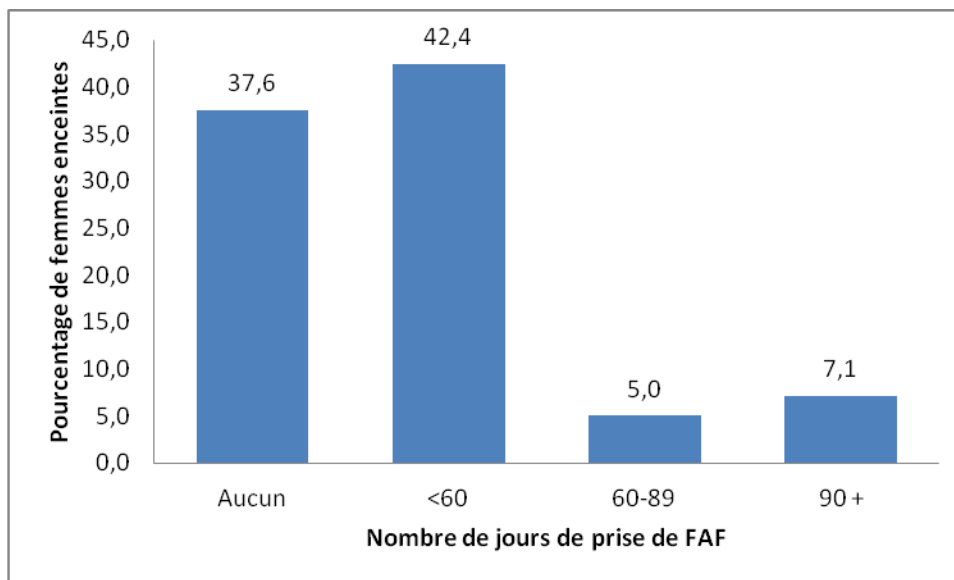
Caractérisée par une baisse du volume des globules rouges et un affaiblissement de la concentration de l'hémoglobine dans le sang, l'anémie est un grave problème de santé à Madagascar. L'EDS 2008 a présenté que plus d'un tiers des femmes (35 %) est anémique : 29 % sous forme légère et 6 % sous forme modérée. Bien que l'anémie puisse être provoquée par des hémorragies, des infections, des problèmes génétiques ou par des maladies chroniques, elle est due souvent à un apport insuffisant de fer dans l'alimentation. Il est estimé qu'environ 50% des cas d'anémie sont dus à la carence en fer.

La supplémentation en fer peut corriger les effets indésirables de la carence sur la capacité de travail et la productivité, ainsi que sur l'issue de la grossesse et le développement de l'enfant. La supplémentation en fer pendant la grossesse permet de réduire le nombre d'accouchements prématurés et de nourrissons de faible poids de naissance. Une supplémentation en fer acide folique des mères peut réduire de 20% la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Par ailleurs, les infestations par les vers entraînent une perte importante de micronutriments provoquant une importante malabsorption particulièrement de fer, et contribue ainsi à l'anémie ainsi qu'au retard de croissance. L'administration de vermifuges permet de tuer les vers intestinaux présents dans l'organisme.

L'ENSOMD 2012-2013 présente que trois quarts des femmes (76,7 %) ont consommé des aliments riches en vitamine A et 50,3% des mères ont consommé des aliments riches en fer au cours des dernières 24 heures précédant l'enquête. Ceci constitue une réduction en comparaison à L'EDS 2008 où 84,7% des femmes avaient consommé des aliments riches en vitamine A et 48,7% ont consommé des aliments riches en fer. Très peu de femmes ont suivi la recommandation internationale de prendre plus de 90 comprimés de fer acide folique lors de leur dernière grossesse (7,1% contre 7,6% en 2008). Seulement, 60% d'entre elles ont bénéficié du déparasitage. Ceci accuse une forte augmentation en comparaison au résultat de l'EDS 2008 soit 39,4%.

Graphique 5.3.1: Nombre de jours pendant lesquels les femmes ont pris des suppléments de fer sous forme de comprimés ou de sirop au cours de la grossesse



L'initiation précoce de l'allaitement est la pratique première d'allaitement à exécuter dans l'heure qui suit la naissance pour provoquer chez la mère l'installation rapide de la lactation, accélérer l'expulsion du placenta, réduire les saignements du postpartum, retrouver rapidement la taille normale de l'utérus et pour que le nouveau-né bénéficie de tous les avantages du colostrum. Par son intensité et sa fréquence, l'allaitement exclusif prolonge l'infécondité post-partum et affecte par conséquent, l'intervalle intergénésiq, ce qui influe sur le niveau de la fécondité et ainsi sur l'état de santé des enfants et des mères.

Deux tiers des enfants sont allaités dans l'heure qui a suivi la naissance (65,8%) en comparaison à 72,4% en 2008 (EDS 2008). Et moins de la moitié des enfants (41,9 %) sont exclusivement allaités au sein. Ceci est une réduction importante en comparaison au résultat de l'EDS 2008 soit 50,7%.

Le chapitre 10 de l'OMD 1 fournit plus détails sur la consommation des micronutriments par les mères et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant par région et par caractéristique sociodémographique.

5.3.4 Accouchement

5.3.4.1 Lieu d'accouchement

Il ressort du tableau 5.3.7 que parmi les naissances survenues au cours des cinq années précédant l'enquête, 38 % (contre 35% à l'EDS-IV) ont eu lieu dans un établissement de santé et ce, principalement dans le secteur public (35 % contre 3 % pour le secteur privé). Dans 58 % des cas, contre 64% à l'EDS IV, les femmes ont accouché à domicile. Une faible proportion de femmes (0,5 %) a accouché différemment, en cours de route ou sur le site communautaire. Il est constaté que la proportion de femmes qui ont accouché à domicile augmente avec le rang de naissance de l'enfant : elle est de 46 % pour le rang 1 et atteint 69% pour le rang 6 ou plus. Les résultats montrent aussi que les femmes en milieu rural accouchent plus fréquemment à domicile que celles en milieu urbain (61 % contre 31%).

Le niveau d'instruction et le niveau de pauvreté du ménage influent également sur le lieu d'accouchement des femmes. Les femmes les plus instruites et celles des ménages les plus riches accouchent plus fréquemment dans un établissement de santé que les autres.

Les femmes qui ont effectué au moins les quatre visites prénatales recommandées ont plus fréquemment accouché dans un établissement de santé que celles qui ont effectué moins de consultations et plus particulièrement celles qui n'ont effectué aucune visite prénatale (48 % contre respectivement 33 % et 25 %).

Tableau 5.3.7: Répartition (en %) des naissances vivantes survenues au cours des cinq années précédant l'enquête par lieu d'accouchement, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

caractéristiques sociodémographiques	lieu d'accouchement					Total	Pourcentage de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé	Nombre de naissances survenues au cours des 5 dernières années
	secteur public	secteur privé	A domicile	Autre	Manquant			
Age de la mère à la naissance								
Moins de 20	34,7	2,6	58,4	0,5	4,0	100,0	37,2	3301
20-34	34,8	4,6	56,9	,05	3,2	100,0	39,3	8721
35-49	31,1	4,7	59,0	0,6	4,6	100,0	35,8	1974
Rang de naissance								
1	43,0	6,3	45,9	0,5	4,3	100,0	49,3	3423
2-3	36,0	4,6	55,1	0,4	3,9	100,0	40,6	5178
4-5	29,8	2,7	63,2	0,4	3,9	100,0	32,5	2939
6+	21,8	1,4	68,9	0,8	7,1	100,0	23,2	2647
Milieu de résidence								
Capitale	38,1	25,6	33,6	0,3	2,5	100,0	63,7	670
Autres urbains	58,3	8,4	31,1	0,6	1,7	100,0	66,6	1619
Ensemble Urbain	51,0	14,6	32,0	0,4	2,0	100,0	65,6	2289
Rural	31,4	2,5	60,7	0,5	4,9	100,0	33,9	11898
Niveau d'instruction								
Sans instruction	20,0	0,6	72,7	0,6	6,2	100,0	20,6	4927
Primaire	33,2	2,6	59,3	0,5	4,3	100,0	35,8	5907
Secondaire ou plus	52,1	10,9	33,6	0,4	3,0	100,0	63,0	3353
Visites prénatales								
Aucune	24,1	2,1	63,4	0,3	10,1	100,0	26,2	6616
1-3 visites	33,0	3,0	63,2	0,8	0,0	100,0	36,0	3043
4+ visites	48,2	7,5	43,7	0,6	0,0	100,0	55,7	4457
Quintile de consommation								
Plus pauvres	22,5	0,5	71,4	0,6	5,0	100,0	23,0	3619
Second	30,3	1,6	63,0	0,6	4,4	100,0	31,9	3031
Moyen	34,8	2,5	57,1	0,5	5,1	100,0	37,3	2893
Quatrième	40,8	6,8	47,6	0,4	4,4	100,0	47,6	2635
Plus riches	49,6	13,3	33,5	0,4	3,3	100,0	62,8	2005
Ensemble	33,9	4,1	57,0	0,5	4,6	100,0	37,9	14187

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau 5.3.8 : Répartition (en %) des naissances vivantes survenues au cours des cinq années précédant l'enquête par lieu d'accouchement, selon les régions.

Région	Lieu d'accouchement					Total	Pourcentage de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé	Nombre de naissances survenues au cours des 5 dernières années
	secteur public	secteur privé	A domicile	Autre	Manquant			
Analamanga	47,5	19,1	31,2	0,3	1,9	100,0	66,6	1127
Vakinankaratra	39,0	3,2	54,0	0,1	3,7	100,0	42,2	634
Itasy	59,5	2,2	35,1	1,3	2,0	100,0	61,7	596
Bongolava	24,6	1,8	69,5	0,4	3,8	100,0	26,3	741
Haute Matsiatra	34,7	0,5	59,3	0,2	5,3	100,0	35,2	594
Amoron' i mania	35,2	1,1	61,8	0,0	1,9	100,0	36,3	680
Vatovavy Fitovinany	12,5	0,2	79,6	0,2	7,5	100,0	12,8	680
Ihorombe	27,3	2,2	61,7	0,1	8,7	100,0	29,5	720
Atsimo atsinanana	31,1	0,4	64,6	0,0	4,0	100,0	31,4	804
Atsinanana	35,4	1,9	58,0	0,6	4,1	100,0	37,3	462
Analanjirifo	27,9	0,1	67,2	2,3	2,5	100,0	28,0	472
Alaotra mangoro	39,0	3,9	55,7	0,0	1,5	100,0	42,8	498
Boeny	42,1	4,9	48,8	0,8	3,3	100,0	47,0	533
Sofia	30,3	2,7	62,7	1,1	3,2	100,0	33,1	527
Betsiboka	40,3	2,2	51,5	0,9	5,2	100,0	42,5	624
Melaky	22,7	0,2	72,8	0,2	4,2	100,0	22,8	540
Atsimo andrefana	28,9	3,1	65,9	0,6	1,5	100,0	32,0	642
Androy	21,2	0,5	72,1	0,7	5,6	100,0	21,7	845
Anosy	24,1	1,1	69,4	0,6	4,8	100,0	25,2	776
Menabe	27,2	0,9	66,6	0,3	5,0	100,0	28,1	681
Diana	48,6	6,8	42,4	0,9	1,4	100,0	55,3	407
Sava	41,1	1,2	53,7	0,6	3,4	100,0	42,3	442
Ensemble	34,2	4,1	57,6	0,5	3,6	100,0	38,3	14025

¹ Concerne seulement la naissance la plus récente survenue au cours des cinq années précédant l'enquête.

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Des écarts importants ont été observés au niveau du lieu d'accouchement selon la région de résidence. 31 % des femmes de la région Analamanga ont accouché à domicile alors que cette proportion frôle les 80 % dans la région Vatovavy Fitovinany selon le tableau 5.3.8.

5.3.4.2 Assistance à l'accouchement

Le tableau 5.3.9 indique que 44 % des naissances se sont déroulées avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié. La quasi-totalité, soit 98 % des femmes qui ont accouché dans un établissement de santé, a bénéficié d'une assistance du personnel formé. Les mêmes variations que celles constatées pour le lieu d'accouchement ont été observé. Les femmes du milieu urbain (78%), celles vivant dans la capitale (74 %), celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (73 %) et celles vivant dans un ménage classé dans le quintile des plus riches (73 %), ont le plus fréquemment accouché avec l'assistance d'un personnel formé. Environ un accouchement sur deux s'est déroulé avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle formée ou non formée (42 %).

Tableau 5.3.9 : Répartition (en %) des naissances vivantes survenues au cours des cinq années précédant l'enquête par type d'assistance durant l'accouchement

caractéristiques sociodémographiques	Personne ayant assisté à l'accouchement								Total	Accouche- ment assisté par un personnel qualifié	Pourcentage d'accouchem- ent par césarienne	Nombre de nais- sances survenues au cours des cinq dernières années précédant l'enquête
	Médecin	Infirmière / sage - femme/ assistant médical	Accoucheuse traditionnel formé	Accoucheuse traditionnel non formé	Parents / Amis	Autre/ manquant	Personne	ND				
Age de la mère à la nais- sance de l'enfant												
Moins de 20	14,8	27,6	13,6	28,9	9,5	1,0	0,4	4,2	100,0	42,4	1,8	3301
20-34	14,4	31,3	15,9	25,1	7,8	1,1	1,2	3,2	100,0	45,7	1,7	8721
35-49	14,1	27,8	17,1	25,4	7,0	2,0	1,7	4,8	100,0	41,9	2,4	1971
Rang de naissance												
1	19,4	36,7	12,1	20,6	6,7	0,5	0,3	3,6	100,0	56,1	3,4	3383
2-3	15,5	31,8	15,3	24,4	7,8	1,1	0,8	3,3	100,0	47,3	2,0	5136
4-5	11,7	27,2	16,2	30,1	8,6	1,6	1,5	3,1	100,0	38,9	0,8	2911
6+	8,3	19,9	20,1	32,3	10,0	1,8	2,2	5,4	100,0	28,2	0,6	2595
Lieu d'accouchement												
Etablissement de santé	32,3	66,1	0,3	0,2	1,0	0,2	0,0	0,0	100,0	98,4	4,9	5141
Ailleurs	3,5	7,9	26,6	44,7	13,3	1,9	1,8	0,2	100,0	11,4	0,0	8347
Manquant	0,1	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	99,5	100,0	0,5	0,0	537
Milieu de résidence												
Capitale	30,7	43,4	14,1	8,6	0,2	0,5	0,2	2,1	100,0	74,1	7,6	666
Autres urbains	22,9	57,0	5,4	9,6	2,2	0,3	0,9	1,8	100,0	79,9	6,0	1616
Ensemble Urbain	25,7	52,1	8,6	9,3	1,5	0,4	0,6	1,9	100,0	77,8	6,6	2282
Rural	12,7	26,6	16,6	28,6	9,1	1,3	1,1	4,0	100,0	39,3	1,2	11743
Niveau d'instruction												
Sans instruction	7,1	17,3	15,9	35,4	16,0	1,9	1,6	4,8	100,0	24,4	0,6	4836
Primaire	13,2	28,4	18,5	28,1	6,0	0,9	1,2	3,6	100,0	41,6	1,1	5858
Secondaire ou plus	25,4	47,9	10,0	11,0	2,2	0,8	0,2	2,5	100,0	73,4	4,7	3331
Quintile de consommation												
Plus pauvres	7,6	19,5	16,4	33,3	15,7	2,0	1,7	3,9	100,0	27,0	0,5	3564
Second	12,0	25,1	16,7	31,4	8,0	1,4	1,6	3,8	100,0	37,1	0,7	3002
Moyen	12,5	31,5	16,7	27,8	6,3	0,6	0,8	3,9	100,0	44,0	0,9	2849
Quatrième	18,2	37,0	16,1	18,9	4,0	1,2	0,5	4,0	100,0	55,3	2,5	2617
Plus riches	28,3	44,6	9,9	11,3	2,7	0,3	0,2	2,7	100,0	72,9	6,6	1989
Ensemble	14,4	29,9	15,6	26,1	8,1	1,2	1,1	3,7	100,0	44,3	1,9	14025

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.3.5 Soins postnatals

Une proportion importante de décès maternels et de décès de nouveau-nés qui surviennent dans la période néonatale se produit dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. Pour cette raison, il est recommandé que toutes les femmes effectuent une visite postnatale dans les deux jours suivant l'accouchement. Au cours de l'ENSOMD, il a été demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années si elles avaient été examinées après l'accouchement, combien de temps après l'accouchement cet examen avait eu lieu, et enfin quel type de prestataire avait effectué l'examen. Les résultats sont présentés dans les tableaux 5.3.10, 5.3.11 et 5.3.12.

Le tableau 5.3.10 présente les résultats relatifs au temps écoulé avant le premier examen postnatal. 37 % des femmes, contre 35% à l'EDS-IV, n'ont reçu aucun soin postnatal ou l'ont reçu 41 jours après l'accouchement. Dans certaines catégories de femmes, cette proportion est nettement plus élevée. Il en est ainsi des femmes sans instruction ou des femmes dont le ménage est classé dans le quintile des plus pauvres parmi lesquelles plus d'une femme sur deux n'ont reçu aucun soin après l'accouchement, et dans une moindre mesure, les femmes ayant six enfants ou plus qui, dans 46 % des cas, n'ont bénéficié d'aucun suivi postnatal. Il est préoccupant de constater, compte tenu du niveau de risque, que deux femmes sur cinq qui ont eu une naissance avant 20 ans n'ont reçu aucune visite postnatale ou l'ont reçu 41 jours après l'accouchement (une constance depuis l'EDS-IV).

Il est constaté que parmi les femmes qui ont eu une naissance au cours des cinq dernières années, 36 % ont reçu des soins postnatals moins de 24 heures après l'accouchement et 16 % entre 1 et 2 jours après l'accouchement. Au total 52 % des femmes ont reçu des soins postnatals dans les 48 heures suivant la naissance, conformément aux recommandations. Dans 10 % des cas, l'examen a eu lieu assez tard, entre 3 et 41 jours. Les femmes les plus instruites et celles des ménages les plus riches ont reçu plus fréquemment que le reste des enquêtées, des soins postnatals dans les délais recommandés.

Tableau 5.3.10 : Temps écoulé avant les premiers soins postnatals

caractéristiques sociodémographiques	Temps écoulé avant le premier examen postnatal						Total	Nombre de femmes qui ont eu une naissance pendant les cinq dernières années précédant l'enquête
	Moins de 4 heures	4 à 23 heures	2 jours	3-41 jours	ND	Pas de visite post-natale		
Age de la mère à la naissance								
Moins de 20	27,1	5,3	15,0	11,4	1,4	39,9	100,0	1889
20-34	31,2	7,4	16,4	9,2	1,1	34,8	100,0	5430
35-49	26,6	6,7	16,4	10,4	1,3	38,6	100,0	1469
Rang de naissance								
1	33,6	7,0	16,4	10,4	1,5	31,1	100,0	2003
2-3	32,1	7,8	15,6	9,8	,8	33,9	100,0	3293
4-5	26,8	5,8	17,5	9,1	1,6	39,3	100,0	1855
6+	22,0	5,7	14,9	10,1	1,3	46,1	100,0	1653
Milieu de résidence								
Capitale	47,3	9,0	15,0	10,4	1,3	17,0	100,0	503
Autres urbains	42,6	12,5	17,4	8,2	1,7	17,6	100,0	1211
Ensemble Urbain	44,2	11,3	16,5	9,0	1,6	17,4	100,0	1714
Rural	26,9	6,0	16,0	10,0	1,2	40,0	100,0	7090
Niveau d'instruction								
Sans instruction	17,9	4,6	13,3	9,7	1,4	53,0	100,0	2703
Primaire	30,1	6,0	16,2	10,0	1,0	36,6	100,0	3617
Secondaire ou plus	39,4	10,0	18,3	9,7	1,3	21,3	100,0	2484
Quintile de consommation								
Plus pauvres	19,1	4,6	12,7	10,2	1,2	52,3	100,0	1897
Second	26,1	5,2	15,1	9,7	1,1	42,8	100,0	1747
Moyen	29,9	6,8	17,2	8,7	1,4	36,0	100,0	1789
Quatrième	32,7	8,1	18,9	11,5	1,1	27,6	100,0	1809
Plus riches	42,0	9,8	16,5	8,9	1,4	21,4	100,0	1559
Ensemble	29,5	6,8	16,1	9,8	1,2	36,6	100,0	8804

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Dans les régions, il est constaté également des écarts importants au niveau du temps écoulé avant les premiers soins postnatals. D'après le tableau 5.3.11, 62 % des femmes de la région Androy et 60 % de celles d'Atsimo Atsinanana n'ont reçu aucun soin postnatal, contre seulement 15 % dans la région Alaotra Mangoro. La proportion de visites postnatales effectuées dans les 48 heures suivant l'accouchement se situe à un niveau relativement bas, soit 30 % dans les deux régions susmentionnées alors qu'elle atteint 73 % à Analamanga.

Tableau 5.3.11: Temps écoulé avant les premiers soins postnatals pour les femmes de 15-49 ans et par région

Région	Temps écoulé avant le premier examen postnatal						Total	Nombre de femmes qui ont eu une naissance pendant les cinq dernières années précédant l'enquête
	Moins de 4 heures	4 à 23 heures	2 jours	3-41 jours	ND	Pas de visite post-natale		
Analamanga	48,2	8,6	16,3	8,1	1,0	17,8	100,0	831
Vakinankaratra	27,3	8,5	18,7	10,6	2,2	32,7	100,0	374
Itasy	24,6	10,7	18,9	16,4	0,8	28,6	100,0	388
Bongolava	27,9	8,3	19,0	7,5	0,3	37,0	100,0	445
Haute Matsiatra	41,2	5,5	18,1	6,7	0,4	28,1	100,0	392
Amoron i Mania	20,1	4,9	18,8	10,4	2,5	43,3	100,0	402
Vatovavy Fitovinany	19,1	7,9	11,4	7,2	0,1	54,3	100,0	409
Ihorombe	16,1	2,5	20,3	7,0	1,7	52,3	100,0	418
Atsimo Atsinanana	20,9	3,5	5,1	3,7	6,5	60,2	100,0	470
Atsinanana	31,1	10,8	15,9	9,3	0,8	32,1	100,0	311
Analanjirifo	13,6	4,2	29,0	13,1	0,6	39,4	100,0	316
Alaotra Mangoro	43,4	5,6	23,1	11,9	0,9	15,1	100,0	340
Boeny	40,0	9,1	17,2	5,2	1,2	27,3	100,0	350
Sofia	28,3	5,2	10,8	9,6	0,4	45,7	100,0	345
Betsiboka	43,1	7,3	15,5	6,1	1,8	26,2	100,0	405
Melaky	9,0	3,8	22,4	11,4	0,3	53,1	100,0	325
Atsimo Andrefana	17,5	3,1	15,4	22,9	0,7	40,3	100,0	377
Androy	14,7	2,2	12,6	7,4	0,7	62,4	100,0	425
Anosy	11,2	5,2	12,7	12,6	1,7	56,7	100,0	451
Menabe	21,9	5,6	22,6	8,1	1,1	40,8	100,0	423
Diana	49,6	9,7	8,1	7,9	0,2	24,5	100,0	296
Sava	27,3	9,1	10,2	7,6	1,6	44,1	100,0	311
Ensemble	29,5	6,8	16,1	9,8	1,2	36,6	100,0	8804

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Le tableau 5.3.12 présente les résultats selon le type de prestataire qui a dispensé les soins postnatals. Dans 29% des cas, les infirmières, les sages-femmes et les assistants médicaux ont dispensé la plupart des soins postnatals. Dans 16 % des cas, les soins ont été fournis par les accoucheuses traditionnelles. La proportion de femmes qui ont eu un examen postnatal effectué par un médecin est de 18 %. Cependant, parmi les femmes de la capitale, cette proportion est de 36 %. Elle est de 32 %, pour celles du quintile des plus riches, et de 28 % pour les femmes ayant un niveau secondaire ou plus.

Tableau 5.3.12 : Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête par type de prestataire de santé qui a dispensé les premiers soins postnatals et pour la naissance la plus récente selon certaines caractéristiques sociodémographiques

caractéristiques sociodémographiques	Prestataire de première visite postnatale					Total	Effectif de femmes
	Médecin	Infirmière/Sage-femme/Assistante Médical	Accoucheuse traditionnelle formée/non formée	Autre/ND	Pas de visite postnatale		
Age de la mère à la naissance de l'enfant							
Moins de20	17,6	27,5	14,9	0,0	39,9	100,00	1889
20-34	18,9	29,9	16,5	0,0	34,8	100,00	5430
35-49	17,8	26,3	17,2	0,0	38,6	100,00	1469
Milieu de résidence							
Capitale	36,1	36,9	9,9	0,0	17,1	100,00	503
Autres urbains	27,4	48,2	6,8	0,0	17,6	100,00	1211
Ensemble Urbain	30,5	44,2	7,9	0,0	17,4	100,00	1714
Rural	16,3	26,0	17,7	0,0	40,0	100,00	7090
Rang de naissance							
1	21,1	34,5	13,3	0,0	31,1	100,00	2003
2-3	20,2	31,0	14,9	0,0	33,9	100,00	3293
4-5	16,7	25,9	18,1	0,0	39,3	100,00	1855
6+	13,2	20,0	20,7	0,0	46,1	100,00	1653
Niveau d'instruction							
Sans instruction	10,7	17,5	18,7	0,0	53,0	100,00	2703
Primaire	16,2	27,4	19,7	0,0	36,7	100,00	3617
Secondaire ou plus	28,7	41,1	8,9	0,0	21,3	100,00	2484
Quintile de consommation							
Plus pauvres	10,2	19,4	18,2	0,0	52,3	100,00	1897
Second	14,8	23,5	18,8	0,0	42,9	100,00	1747
Moyen	15,2	30,3	18,6	0,0	36,0	100,00	1789
Quatrième	22,1	34,6	15,7	0,0	27,6	100,00	1809
Plus riches	32,2	37,5	8,8	0,0	21,5	100,00	1559
Ensemble	18,4	28,7	16,3	0,0	36,6	100,00	8804

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-201

Le tableau 5.3.13 indique que la région Analamanga affiche une proportion de 70 % de soins postnatals dispensés par un personnel qualifié, suivie de près par la région Diana avec une proportion de 68 %. A l'opposé, dans les régions Vatovavy Fitovinany, Androy et Melaky les proportions restent relativement faibles et se situent respectivement à 22, 24 et 29%.

Tableau 5.3.13 : Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête par type de prestataire de santé qui a dispensé les premiers soins postnatals, pour la naissance la plus récente selon les régions

Région	Prestataire de première visite postnatale					Total	Effectif de femmes
	Médecin	Infirmière/Sage-femme/Assistant Médical	Accoucheuse traditionnelle formée/non formée	Autre/ND	Pas de visite postnatale		
Analamanga	33,2	36,5	12,5	0,0	17,8	100,00	831
Vakinankaratra	22,6	27,8	16,9	0,0	32,7	100,00	374
Itasy	24,3	41,1	6,1	0,0	28,6	100,00	388
Bongolava	7,0	27,1	28,9	0,0	37,0	100,00	445
Haute Matsiatra	7,0	33,9	31,0	0,0	28,1	100,00	392
Amoron'iMania	16,0	24,2	16,5	0,0	43,3	100,00	402
Vatovavy Fitovinany	4,9	17,1	23,7	0,0	54,3	100,00	409
Ihorombe	13,2	22,7	11,8	0,0	52,3	100,00	418
Atsimo Atsinanana	12,8	20,3	6,8	0,0	60,2	100,00	470
Atsinanana	22,6	26,9	18,4	0,0	32,1	100,00	311
Analanjirifo	12,4	24,8	23,4	0,0	39,4	100,00	316
Alaotra Mangoro	18,6	35,2	30,8	0,0	15,3	100,00	340
Boeny	21,1	35,1	16,5	0,0	27,3	100,00	350
Sofia	17,4	26,3	10,5	0,0	45,7	100,00	345
Betsiboka	19,6	31,7	22,2	0,0	26,4	100,00	405
Melaky	7,6	21,3	18,0	0,0	53,1	100,00	325
Atsimo Andrefana	26,1	27,0	6,6	0,0	40,3	100,00	377
Androy	4,0	20,4	13,2	0,0	62,4	100,00	425
Anosy	6,9	26,9	9,6	0,0	56,7	100,00	451
Menabe	5,3	28,0	25,5	0,0	41,2	100,00	423
Diana	30,1	38,0	7,4	0,0	24,5	100,00	296
Sava	19,9	25,3	10,7	0,0	44,1	100,00	311
Ensemble	18,4	28,7	16,3	0,0	36,6	100,00	8804

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

En bref, plus du tiers des femmes ne pratiquent pas la visite postnatale selon la norme. Plus du quart des femmes ont effectué leurs visites auprès d'un personnel paramédical et moins du cinquième chez un médecin. Sept femmes sur dix effectuent une visite à Analamanga contre plus d'une femme sur cinq à Vatovavy Fitovinany.

A Madagascar, les programmes de soins prénatals sont souvent mal exécutés, les soins sont initiés tardivement pendant la grossesse et les visites cliniques sont effectuées irrégulièrement. Le statut socio-économique des femmes a été mis en cause dans les soins prénatals tardifs. En effet, l'éducation des femmes et de son entourage s'avère incontournable, afin de les conscientiser sur les comportements sains, pour éviter les complications pouvant survenir durant la grossesse et

l'accouchement, notamment sur l'importance des consultations prénatales, de l'accouchement assisté par un personnel qualifié, et également pour parer aux méfaits des grossesses précoces. Parmi Les conséquences néfastes de la grossesse précoce figure la survenue de la fistule obstétricale qui fait l'objet du chapitre suivant.

5.4. ERADICATION DE LA FISTULE OBSTETRICALE

La FO se caractérise par l'ouverture anormale de la vessie ou rarement du rectum dans le vagin. Elle résulte de la nécrose ischémique des tissus pelviens compressés au cours d'un travail anormalement prolongé causé par la disproportion entre la tête fœtale et le bassin maternel.

La fistule vésico-vaginale est la plus fréquente. Elle survient généralement chez les femmes les plus jeunes, moins de 25 ans, et les plus pauvres, n'ayant aucun accès aux soins obstétricaux de base. Considérée comme une maladie cachée, honteuse, la fistule obstétricale peut engendrer des conséquences dévastatrices notamment le handicap fonctionnel et social telle la marginalisation.

Il est possible de prévenir la FO à travers la disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence essentiels qui incluent les opérations césariennes et en rendant les soins accessibles à toutes les femmes. Depuis le lancement de la stratégie d'éradication des fistules obstétricales en 2003 au niveau mondial, le ministère en charge de la santé, avec l'appui technique de l'UNFPA, a développé la stratégie nationale d'éradication des fistules obstétricales pour 2012-2016, assortie d'un plan de mise en œuvre biannuel. A Madagascar, cette pathologie invalidante affecte plus de 2000 femmes par an, soit 2 ou 3 nouveaux cas de FO pour 1000 naissances à Madagascar⁵.

5.4.1 Attitude et niveau de connaissance sur la fistule obstétricale

Il ressort du tableau 5.4.1 que les femmes et les hommes dans la tranche d'âges de 45-59 ans ont le plus « entendu parler » des FO avec des proportions respectives de 19 et de 18,1%. Quant aux jeunes, ils sont les moins informés : 9,9% des jeunes femmes et 6,9% des jeunes hommes en ont « entendu parler ». Cependant, les femmes dans la tranche d'âges de 20-24 ans ont beaucoup plus « entendu parler » de la FO que les hommes du même âge. Le niveau de connaissance augmente progressivement avec l'âge, autant pour les hommes que pour les femmes.

⁵Etude sur l'ampleur et les impacts de la FO (Minsan/UNFPA) en 2007.

Tableau 5.4.1 : Proportion de femmes et d'hommes qui ont entendu parler de la fistule obstétricale, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	femme			homme		
	qui ont entendu parler de la FO	ND	Effectif des femmes	qui ont entendu parler de la FO	ND	Effectif des hommes
Groupe d'âges						
15-19	9,9	3	1 667	6,9	0,3	1 469
20-24	12,8	2,8	1 339	8,4	0,1	1 187
25-29	12,7	2,2	1 228	11,3	0,2	957
30-34	13,8	2,8	1 085	12	0,2	980
35-39	15,8	2,4	1 009	12,4	0	848
40-44	14,8	3,2	783	16,2	0,2	783
45-59	19	2,9	555	18,1	0,2	1 380
Situation matrimoniale						
En union	14,2	2,5	4 971	13,6	0,1	4 914
en rupture d'union	15,3	3,2	1 041	15,7	1	391
célibataire ayant déjà eu de rapports sexuels	11,4	3,3	864	9,3	0,3	1 354
célibataire n'ayant jamais eu de rapports sexuels	7,7	3	781	5,4	0,2	944
Manquant	11,6	20,7	9	0	0	1
Milieu						
Capitale	10,7	2,6	669	7,2	0,3	633
Autres urbains	14,5	4,2	1 343	15,1	0	1 243
Ensemble urbain	13	3,6	2 012	11,9	0,2	1 876
Rural	13,4	2,5	5 654	12	0,2	5 728
Niveau d'instruction						
Sans Instruction	10,2	3,4	1 899	7,8	0	1 748
Primaire Incomplet	12,2	2,6	2 845	11,8	0,1	2 741
Primaire Complet	9,4	2	330	9,4	0	364
Secondaire 1cycle Incomplet	15,6	2,3	1 484	10,4	0,4	1 396
Secondaire 1cycle Complet	16,1	3,7	182	13	0,5	231
Secondaire 2cycle Incomplet	18,1	2,5	549	19,1	0,4	653
Secondaire 2cycle Complet	19,6	3,6	166	19,8	0	196
Supérieur	24,8	2,8	211	24,2	0	275
Quintile de consommation						
Plus pauvres	10,2	3,2	1 316	8,8	0,3	1 140
Second	11,2	2,5	1 266	10,1	0,2	1 265
Moyen	11,1	3,3	1 448	11,4	0	1 436
Quatrième	15,1	2,6	1 662	12,2	0,1	1 697
Plus riches	17	2,3	1 974	15	0,3	2 065
Ensemble	13,3	2,7	7 666	12	0,2	7 604

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Une proportion relativement élevée de femmes (15, 3%) et d'hommes (15,7%) en rupture d'union a déclaré avoir « entendu parler » de la FO. Le niveau élevé de connaissances ne dépend aucunement du lieu de résidence des enquêtés. En effet, indépendamment du milieu de résidence, il n'existe aucune différence significative du niveau de connaissances aussi bien des hommes que des femmes en FO.

Une disparité est aussi notée en fonction du niveau d'instruction. En effet, le niveau d'instruction augmente proportionnellement avec le niveau de connaissances en FO des femmes et des hommes.

Pour les individus sans instruction, 10,2% des femmes et 7,8% des hommes ont entendu parler de FO tandis que pour ceux ayant un niveau d'étude supérieur, 24, 8% des femmes et 24, 2% des hommes connaissent la FO.

Il ressort du tableau 5.4.2 qu'en moyenne 94% des femmes enquêtées ne connaissent aucune des huit manifestations ou circonstances de survenue de la FO. Par rapport à celles qui ont fourni une réponse ; les quatre premières manifestations de la FO évoquées sont par ordre de priorité :

la perte involontaire d'urine ;

la perte involontaire des selles ;

les odeurs nauséabondes ;

la perte involontaire d'urine et des selles.

Tableau 5.4.2 : Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont cité des manifestations de la fistule obstétricale selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	perte involon- taire d'urine	perte involon- taire des selles	perte invo- lontaire d'urines et des selles	cons- tamment mouillé	odeurs nauséa- bondes	infirmité locomotrice relative	amaigris- sment continu	autre	Ne sait pas	Effectif des femmes
Groupe d'âges										
15-19	3,2	1	0,6	0,2	0,6	0,1	0,6	0,2	95,7	3 388
20-24	4,1	1,8	1,1	0,6	1,2	0,3	0,5	0,3	94,3	2 804
25-29	4,7	1,9	1	0,5	1,2	0,1	0,6	0,1	94,1	2 477
30-34	4,8	1,8	1,4	0,4	1,6	0	0,4	0	93,8	2 222
35-39	6,1	2,1	1,2	0,4	1,4	0,2	0,8	0	92,3	1 984
40-44	4,8	1,8	1,2	0,7	1,1	0	0,7	0,2	93,6	1 628
45-49	7	2,1	1,4	0,9	1,9	0	1,2	0,2	91,6	1 172
Situation matrimoniale										
En union	5	2	1,2	0,5	1,3	0,1	0,7	0,2	93,5	10 130
en rupture d'union	5,6	1,4	1	0,6	1,4	0	0,7	0,2	92,9	2 092
célibataire ayant déjà eu de rapports sexuels	3,4	1,3	0,8	0,7	1,3	0,2	0,4	0	95,1	1 838
célibataire n'ayant jamais eu de rapports sexuels	2,6	0,9	0,6	0	0,2	0,1	0,3	0	96,9	1 603
Manquant	10,8	10,8	10,8	10,8	10,8	0	0	0	89,2	12
Milieu										
Capitale	3,8	2,3	1,3	0,9	1,1	0,3	0,5	0,2	95,2	1 333
Autres urbains	5,3	2,2	1,3	0,5	1	0,2	0,8	0	93,4	2 782
Ensemble Urbain	4,8	2,2	1,3	0,6	1,1	0,3	0,7	0,1	94,1	4 115
Rural	4,6	1,6	1	0,5	1,2	0,1	0,6	0,2	93,9	11 560
Niveau d'instruction										
Sans Instruction	3,4	1,3	0,9	0,5	1,2	0	0,5	0	95,4	3 974
Primaire Incomplet	4,3	1,5	0,8	0,5	1,1	0,1	0,5	0,1	94,5	5 771
Primaire Complet	4	0,4	0,5	0,5	1,4	0,3	0,5	0,1	95,6	664
Secondaire 1cycle Incomplet	5,6	1,9	1	0,6	1	0,1	0,8	0,3	92,8	2 946
Secondaire 1cycle Complet	4,3	2	2,1	0	0,9	0	1,4	0	93,9	383
Secondaire 2cycle Incomplet	6,7	2,6	2	0,6	1,5	0,6	0,4	0	91,9	1 134
Secondaire 2cycle Complet	6,3	4,8	3,1	0,1	2	0	0,1	0,1	90,3	341
Supérieur	7,5	4,7	3,1	0,7	2,1	0,2	2,8	1	88,6	462
Quintile de consommation										
Plus pauvres	3,7	1	0,9	0,7	1,1	0	0,3	0	95,1	2 627
Second	4	1,3	0,6	0,5	1,5	0,1	0,6	0	94,9	2 629
Moyen	4,1	1,4	0,7	0,3	0,5	0	0,4	0,2	95,1	2 971
Quatrième	5	1,8	1,4	0,5	1,3	0,2	1,1	0,1	93	3 380
Plus riches	5,9	2,7	1,6	0,5	1,5	0,1	0,7	0,3	92,5	4 064
Ensemble	4,6	1,7	1,1	0,5	1,2	0,1	0,6	0,1	94	15 675

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Néanmoins, la perte involontaire d'urine constitue particulièrement la principale manifestation de la FO connue par les femmes de 15 à 49 ans. Cette réponse est essentiellement fournie par les groupes d'âges 45- 49ans (7%) et 35-39ans (6,1%), les femmes en union et en rupture d'union (10,6%) et celles vivant en milieu urbain autre que la capitale (5,3%) et celles également du milieu rural (4,6%).

Les femmes ayant un niveau d'éducation élevé connaissent plus la manifestation liée à la perte involontaire d'urine. Pour les femmes possédant un niveau primaire complet, la proportion est de 4,3% ; pour celles ayant un niveau secondaire 2^{ème} cycle complet, le taux est de 6,3% ; et pour celles relevant du niveau supérieur, la proportion est de 7,5%. Il en est de même pour le quintile de consommation avec 5% pour le 4^{ème} et 5,9% pour celui des plus riches.

Selon le tableau 5.4.3, l'analyse au niveau des régions montre que la perte involontaire des urines reste la première manifestation de la FO, suivies par la perte involontaire des selles, les odeurs nauséabondes et la perte involontaire des selles et des urines. Les régions dont « la première manifestation » a obtenu le plus de réponses sont Sofia (12,2%), Vatovavy Fitovinany (10,3%) Analanjirofo (7,5%), Anosy (5,6%) et Betsiboka (5%).

Tableau 5.4.3 : Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont cité des manifestations de la fistule obstétricale selon les régions

Région	perte involontaire d'urine	perte involontaire des selles	perte involontaire d'urine et des selles	constamment mouillé	odeurs nauséabondes	infirmité locomotrice relative	amaigrissement continu	autre	Ne sait pas	Effectif des femmes
Analamanga	3,9	2,0	1,5	0,4	0,8	0,1	0,5	0,2	94,6	2009
Vakinankaratra	0,9	0,6	0,4	0,0	0,6	0,0	0,7	0,0	98,3	706
Itasy	3,8	0,4	1,1	0,0	0,9	0,0	0,0	0,4	95,8	748
Bongolava	2,4	0,8	0,6	1,1	0,1	0,0	0,0	0,0	96,5	705
Matsiatra Ambony	3,1	1,1	0,5	0,7	0,6	0,0	0,5	0,0	96,5	699
Amoron'i Mania	2,4	2,5	0,9	0,1	0,6	0,1	0,5	0,2	95,2	679
VatovavyFitovinany	10,3	5,0	1,5	1,3	2,1	0,4	1,4	0,0	88,2	721
Ihorombe	4,5	1,7	0,9	0,0	0,9	0,0	0,7	0,0	94,8	711
Atsimo Atsinanana	4,9	0,5	0,7	0,4	0,6	0,0	0,4	0,1	93,9	722
Atsinanana	4,5	2,7	2,2	0,1	0,9	0,2	1,5	0,0	92,0	617
Analanjirofo	7,5	2,1	0,3	1,9	4,0	0,4	1,8	0,9	89,4	569
AlaotraMangoro	5,1	0,9	0,2	0,8	2,3	0,0	0,3	0,3	93,9	645
Boeny	2,7	1,0	0,6	0,0	1,0	0,0	0,3	0,0	96,9	594
Sofia	12,2	2,0	0,1	0,5	1,4	0,2	0,4	0,3	87,1	577
Betsiboka	5,0	0,7	0,6	1,1	1,8	0,0	0,2	0,0	94,5	703
Melaky	2,6	0,8	1,4	0,0	1,2	0,1	0,3	0,0	95,8	577
AtsimoAndrefana	4,4	2,0	1,2	0,5	2,0	0,2	0,6	0,0	94,7	620
Androy	3,3	0,9	1,6	0,2	0,6	0,0	0,4	0,4	94,9	565
Anosy	5,6	1,5	1,0	1,1	1,3	0,1	0,1	0,0	93,9	690
Menabe	2,8	1,4	3,2	0,0	0,7	0,0	0,4	0,0	93,8	679
Diana	2,9	1,5	1,9	0,5	1,6	0,0	1,0	0,0	95,6	590
Sava	3,2	0,8	0,5	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	96,1	549
Ensemble	4,6	1,7	1,1	0,5	1,2	0,1	0,6	0,1	94,0	15675

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.4.2 Causes de la fistule obstétricale déclarées par les femmes de 15 à 49 ans

Selon le tableau 5.3.4, 89,9% des femmes n'ont donné aucune réponse. Les femmes de 15-49 ans, celles en union, avec un effectif de 4971, soit 64,85% de l'ensemble des femmes de cette tranche d'âges, n'ont fourni aucune réponse ou ne connaissent exactement les causes de la FO. Il en est de même pour les 37,10% des femmes enquêtées qui ont effectué une éducation primaire incomplète.

Les principales causes de la FO déclarées sont :

Etre trop jeune pour accoucher : 4,7%.

Accouchement sans assistance médicale : 2,2%.

Accouchement d'un gros bébé : 2,1%.

Trop d'accouchement successif : 1,7%.

La réponse « être trop jeune pour accoucher » est particulièrement avancée par les femmes du groupe d'âges de 45-49ans (8,8%), celles en union (5,2%) et celles du milieu urbain (5,6%). La proportion de cette même réponse s'accroît en fonction du niveau d'éducation (3,1% pour les individus sans instruction et 12,4% pour ceux qui ont atteint le niveau supérieur) et de l'augmentation du niveau du quintile de bien-être économique (2,7 à 6,5%). Les femmes du niveau supérieur ont donné le plus de réponses mais plus concrètement : 0 pour « volonté de dieu », « sorcellerie » ou « envoûtement mystique et mauvais sort ».

L'analyse selon les régions, d'après le tableau 5.4.5, montre que la cause de la fistule obstétricale la plus citée est toujours « être jeune pour accoucher ». Le pourcentage de réponse le plus élevé est observé au niveau de la région Vatovavy Fitovinany (12,8%), Sofia (9,4%), Analanjirofo (7%) et Atsinanana (5,9%). L'accouchement sans assistance médicale le plus élevé est annoncé pour Analanjirofo (7,9%) et Vatovavy Fitovinany (7,3%). Les causes liées à l'accouchement d'un gros bébé et les accouchements trop successifs sont également évoquées dans les régions Vatovavy Fitovinany et Sofia.

Tableau 5.4.4: Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont cité des causes de la FO selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	trop jeune pour accoucher	trop vieille pour accoucher	trop maigre pour accoucher	trop d'accouchement successif	maladies fréquentes durant la grossesse	accouchement d'un gros bébé	accouchement sans assistance médicale	volonté de Dieu	sorcellerie ou envoutement mystique	mauvais sort	Autre	Ne sait pas	ND	Effectif des femmes
Groupe d'âges														
15-19	3,1	0,9	0,7	0,6	0,6	1,1	1,4	0,4	0,2	0,2	1,3	2,8	93	1 667
20-24	4,4	0,6	0,5	1,2	0,3	1,5	2,8	0,3	0,1	0,6	2,1	3	90,4	1 339
25-29	4,5	1,1	0,5	2	0,6	2,4	2,7	0,2	0,2	0,3	2,6	2,4	89,9	1 228
30-34	5,1	0,8	0,9	2,3	0,7	1,8	1,8	0,5	0,2	0,6	1,6	3,6	89,9	1 085
35-39	4,7	1,9	1	3,2	1,7	2,9	1,8	0,2	0,1	0,7	2,5	4,1	88,3	1 009
40-44	5	1	0,7	1,4	1,4	3,3	2,4	0,4	0	0,8	1,6	3,9	89,3	783
45-49	8,8	1,5	0,2	2,7	1	3,1	3,2	1	0,3	0,6	3,6	1,6	83	555
Situation matrimoniale														
En union	5,2	0,9	0,8	2	0,8	2,2	2,2	0,4	0,1	0,5	2,2	3,2	89,2	4 971
en rupture d'union	4,1	1,8	0,6	2,2	1,3	1,9	2,4	0,7	0,4	1	2,6	2,6	87,5	1 041
célibataire ayant déjà eu de rapports sexuels	4,3	1,6	0,4	1	0,7	2	2,6	0,4	0	0,7	1,5	3,2	91,9	864
célibataire n'ayant jamais eu de rapports sexuels	2,4	0,4	0,5	0,3	0,2	1,4	1,1	0	0,1	0	0,8	2,6	95,2	781
Manquant	11,6	0	0	0	0	0	11,6	0	0	0	0	0	88,4	9
Milieu														
Capitale	4,3	0,6	0,7	1,9	0,5	2,5	2,3	0	0	0	2,4	2,2	92,2	669
Autres urbains	6,4	2,1	0,8	2,6	0,9	2	2,8	0,5	0,1	0,2	1,9	2,7	88,2	1 343
Ensemble Urbain	5,6	1,5	0,8	2,3	0,7	2,2	2,6	0,3	0,1	0,1	2,1	2,5	89,7	2 012
Rural	4,4	0,9	0,6	1,6	0,8	2	2,1	0,4	0,2	0,6	2	3,2	89,9	5 654
Education de la femme														
Sans Instruction	3,1	0,6	0,7	1,7	0,9	1,9	1,8	0,8	0,3	0,7	1,5	2	91,8	1 899
Primaire Incomplet	3,7	1,3	0,5	1,4	0,7	1,5	1,6	0,3	0,1	0,6	1,8	3,5	91,4	2 845
Primaire Complet	3,6	0,6	0,8	1	0,1	2,6	1,9	0	0	0,1	1,6	1,8	92,5	330
Secondaire 1cycle Incomplet	5,1	0,8	0,6	2	1	2,1	2,5	0,2	0,2	0,5	3	3,3	87,9	1 484
Secondaire 1cycle Complet	7,1	0,4	1	3,2	1,9	2,9	4,7	1	0	1	0,4	3,9	88,2	182
Secondaire 2cycle Incomplet	8,3	0,5	1	1,7	0,6	3,5	2,4	0,2	0,1	0	3	3,7	86,1	549
Secondaire 2cycle Complet	11,5	0,7	0,7	1,6	0	3,3	7,1	0,7	0	0	0,7	3,2	83,6	166
Supérieur	12,4	6	1,4	4,3	1,7	4,3	6,1	0	0	0	3,3	4,9	80,6	211
Quintile de consommation														
Plus pauvres	2,7	0,8	0,5	1,3	1	2,1	1,2	0,5	0,1	0,9	1,7	2,6	92,4	1 316
Second	3,8	1,4	0,7	2,1	0,5	2,5	1,6	0,6	0,3	0,7	1,5	2,3	91,3	1 266
Moyen	3,8	0,5	0,6	1	0,7	1,1	2,1	0,3	0	0,3	1,9	2,5	91,5	1 448
Quatrième	5,4	1,1	1	1,6	0,8	2,4	2,4	0,4	0,1	0,3	2,6	3,6	88,5	1 662
Plus riches	6,5	1,4	0,5	2,4	1,1	2,1	3,1	0,2	0,2	0,5	2,3	3,9	87,4	1 974
Ensemble	4,7	1	0,7	1,7	0,8	2,1	2,2	0,4	0,1	0,5	2	3,1	89,9	7 666

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau 5.4.5: Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont cité des causes de la FO selon les régions

Région	trop jeune pour ac- coucher	trop vieille pour accou- cher	trop maigre pour accou- cher	trop d'ac- couche- ment successif	maladies fré- quentes durant la grossesse	accou- chement d'un gros bébé	accou- chement sans as- sistance médicale	volon- té de Dieu	sorcel- lerie ou envou- tement mys- tique	mauvais sort	Autre	Ne sait pas	ND	Effectif des femmes
Analamanga	4,9	0,4	0,4	1,2	0,2	1,6	2	0	0	0	2,2	3,1	91,7	1009
Vakinankaratra	1,4	0,2	0,5	0	0,2	1,5	1,1	0	0	0,3	1,1	0,7	96,4	338
Itasy	2,1	0,4	0,2	0,6	0,3	2,4	0,9	0,3	0	0	1,9	3,4	93,8	371
Bongolava	1,5	0,4	0,3	0,4	0,1	1	2,4	0,4	0,3	0,3	1,1	2,3	95	339
Haute Matsiatra	3,7	1,6	1,4	2	0,5	3,6	0,6	0,1	0,1	0,3	0	1,6	94,2	331
Amoron'i Mania	3,4	0,2	0	0,2	0	1,1	0,3	0,4	0,2	0	1,5	7	95,1	331
Vatovavy Fitovinany	12,8	3,8	2,7	5,8	3,5	3,3	7,3	1,3	0,2	0,6	3,7	1,5	74,9	337
Ihorombe	4,1	0,1	0	2,9	0,3	2,4	2	0	0	0	2,4	2,2	90,9	339
Atsimo Atsinanana	0,7	0	0,3	0,6	0,8	1,1	1,4	0,1	0,2	0	3,9	5,8	91,9	357
Atsinanana	5,9	3,4	0,8	2,1	0,9	1,1	3,1	1,1	0	1,3	1,1	1,9	85,6	301
Analanjirifo	7	1	0,5	1,5	4	2,2	7,9	0,6	0,5	0,2	3,7	1	78,8	276
Alaotra Mangoro	3,6	0,7	0	0,3	0,4	1,6	1,4	0,8	0,7	0	1,5	5,7	92	316
Boeny	1,9	0	0,3	1,1	0,3	0	0,9	0	0	1,2	0,8	2,8	95,9	287
Sofia	9,4	1,9	1,8	5,4	0,3	7,8	1,2	0,4	0,1	3	3,5	6,8	78,5	279
Betsiboka	3,6	0,3	0,8	0,3	0,1	1,2	1,9	0	0,3	0,2	0,6	5,8	93,9	347
Melaky	3,7	0,6	0,7	1	0,7	0	0	2,5	0,8	0,4	0	2,6	93,1	273
Atsimo Andrefana	4,1	1,3	0,5	2,6	1,2	3	1,5	0,2	0,3	0,2	4,8	1,2	89,4	289
Androy	1,8	0,5	0	0,3	0	2,5	0	0,3	0	0	1,1	5,7	95,7	289
Anosy	2,8	1,7	1,1	4,5	1,1	1,1	2,6	0,9	0,3	2	2,1	1,9	89,6	341
Menabe	3,4	0,2	0	1,5	1	0,6	1,5	0,8	0	0,7	1	6,9	92,5	343
Diana	4,7	1,6	0,2	0,7	0,7	2,3	2,3	0	0	1,2	1,5	3,4	92	297
Sava	5	0	0,8	1,1	0	0,4	0,7	0	0	0	0,4	1,5	93,7	276
Total	4,7	1	0,7	1,7	0,8	2,1	2,2	0,4	0,1	0,5	2	3,1	89,9	7666

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.4.3 Proportion de femmes et d'hommes qui ont déclaré qu'il est possible de soigner la FO et en guérir

Selon le tableau 5.4.6, la majorité des femmes (87%) et des hommes enquêtés (88,1%) n'ont aucune opinion sur la possibilité de soigner la FO et en guérir.

La proportion de femmes et d'hommes, respectivement de 10,5% et de 9,7%, qui ont déclaré que la FO peut être soignée et guérie est sensiblement identique. Cette situation est la même tant au niveau de certaines caractéristiques sociodémographiques qu'au niveau des différentes régions. Les groupes d'âges 40-44ans et 45-49 ans de femmes et d'hommes qui ont déclaré qu'il est possible de soigner la FO et en guérir présentent la proportion la plus importante.

Selon le tableau 5.4.7, tenant compte de la répartition régionale et tous sexes confondus, les hommes et les femmes qui ont affirmé qu'il est possible de soigner et de guérir la FO sont principalement localisés dans les régions Analanjirofo, VatovavyFitovinany, Sofia, Menabe et Atsinanana.

Une grande différence au niveau du genre est rencontrée dans les régions suivantes:

VatovavyFitovinany : 20,6% pour les femmes et 13,5% pour les hommes ;

Sofia : 13,8% pour les femmes et 19,3% pour les hommes ;

Analamanga : 10,8% pour les femmes et 6,4% pour les hommes ;

Diana : 12,4% pour les femmes et 14,2% pour les hommes.

Vakinankaratra, Boeny, Melaky, Bongolava et Haute Matsiatra sont les régions dont les enquêtés ont le plus faiblement répondu positivement sur la possibilité de soigner et de guérir la FO.

Tableau 5.4.6 : Proportion de femmes et d'hommes qui ont déclaré qu'il est possible de soigner la FO et d'en guérir

Caractéristiques sociodémographiques	Femme			Homme		
	a dit qu'on peut soigner la Fistule Obstétricale	ND	Effectif des femmes	a dit qu'on peut soigner la Fistule Obstétricale	ND	Effectif des hommes
Groupe d'âges						
15-19	8,7	90,2	1 667	5,3	93,1	1 469
20-24	9,5	87,6	1 339	6,6	91,6	1 187
25-29	9,1	87,7	1 228	9,3	88,7	957
30-34	11	86,8	1 085	10,3	88	980
35-39	11,9	84,6	1 009	10,3	87,9	848
40-44	11,4	85,3	783	13,1	84	783
45-49	16,2	81,1	555	14,6	81,9	1 380
Situation matrimoniale						
En union	10,8	86,2	4 971	11	86,5	4 914
en rupture d'union	12,2	85,2	1 041	13,4	84,4	391
célibataire ayant déjà eu de rapports sexuels	9,7	88,9	864	7,7	90,7	1 354
célibataire n'ayant jamais eu de rapports sexuels	6,8	92,4	781	4,2	94,6	944
Manquant	11,6	88,4	9	0	100	1
Milieu						
Capitale	9,7	89,5	669	6,5	92,8	633
Autres urbains	12,3	85,9	1 343	13,8	84,9	1 243
Ensemble Urbain	11,3	87,3	2 012	10,9	88,1	1 876
Rural	10,2	86,9	5 654	9,4	88,1	5 728
Education de la femme						
Sans Instruction	6,7	89,8	1 899	5,7	92,2	1 748
Primaire Incomplet	9	88,2	2 845	9,4	88,2	2 741
Primaire Complet	7,9	90,8	330	7,4	90,6	364
Secondaire 1cycle Incomplet	13,3	84,8	1 484	8,3	89,7	1 396
Secondaire 1cycle Complet	14,3	84,3	182	12,3	87	231
Secondaire 2cycle Incomplet	16,1	82	549	15,3	81,3	653
Secondaire 2cycle Complet	18,1	81,1	166	18,2	80,2	196
Supérieur	21,1	76	211	23,3	75,8	275
Quintile de consommation						
Plus pauvres	5,6	90,1	1 316	5,6	91,2	1 140
Second	7,6	89	1 266	7,4	89,9	1 265
Moyen	8,5	89,1	1 448	8,8	88,7	1 436
Quatrième	13,1	85	1 662	10,4	87,9	1 697
Plus riches	14,8	83,6	1 974	13,5	85,1	2 065
Ensemble	10,5	87	7 666	9,7	88,1	7 604

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau 5.4.7 : Proportion de femmes et d'hommes qui ont déclaré qu'il est possible de soigner la FO et d'en guérir, par région

Région	a dit qu'on peut soigner la Fistule Obstétricale	ND	Effectif des femmes	a dit qu'on peut soigner la Fistule Obstétricale	ND	Effectif des hommes
Analamanga	10,8	88,5	1009	6,4	92,5	1006
Vakinankaratra	3,7	95,9	338	4,4	94,9	336
Itasy	9,3	90,1	371	7,0	92,4	386
Bongolava	4,4	92,8	339	6,5	91,0	360
Haute Matsiatra	5,1	92,2	331	6,9	91,9	378
Amoron'iMania	10,2	88,3	331	6,2	92,3	361
Vatovavy Fitovinany	20,6	73,7	337	13,5	81,7	334
Ihorombe	7,6	88,7	339	11,6	86,4	361
Atsimo Atsinanana	10,2	86,7	357	8,8	88,7	311
Atsinanana	14,8	83,9	301	13,1	85,4	298
Analanjirifofo	19,3	78,1	276	22,9	74,9	289
Alaotra Mangoro	12,5	86,3	316	11,6	87,4	342
Boeny	3,0	93,4	287	5,3	94,4	277
Sofia	13,8	72,5	279	19,3	70,1	269
Betsiboka	7,1	88,1	347	7,4	89,5	314
Melaky	4,4	91,3	273	5,4	90,7	256
Atsimo Andrefana	10,2	88,6	289	11,4	85,2	280
Androy	7,6	89,2	289	4,4	93,4	264
Anosy	9,0	87,7	341	6,7	90,8	328
Menabe	12,4	85,8	343	13,5	84,8	304
Diana	9,8	89,1	297	14,2	85,4	257
Sava	6,3	92,3	276	7,0	91,2	293
Total	10,5	87,0	7666	9,7	88,1	7604

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.4.4 Niveau de connaissances des moyens de prévention

88,1% des personnes enquêtées n'ont aucune connaissance des moyens de prévention de la FO. Il ressort du tableau 5.4.8 qu'environ 10% des femmes et des hommes enquêtés ont déclaré que la FO peut être prévenue. Le niveau de connaissances augmente en fonction de l'accroissement de l'âge. Notez que les femmes sont mieux renseignées avec 8,7 à 16,2% contre 5,3 à 14,6% pour les hommes. 15,3% des individus du groupe d'âges 45-49 ans sont les plus sensibilisés sur la prévention. Par rapport à la situation matrimoniale, les femmes et les hommes en rupture d'union (12,2 et 13,4%) ont presque le même niveau de connaissance que ceux en union (10,8 et 11%). Les célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels présentent la plus faible proportion. La distinction entre les femmes vivant en milieu rural et pour l'ensemble du milieu urbain est moindre. Les femmes sans instruction et celles n'ayant reçu qu'une éducation primaire sont les plus nombreuses à ne pas savoir que la FO peut être prévenue. Les deux quintiles des riches représentent ceux qui savent le plus qu'il est possible de prévenir la FO.

Tableau 5.4.8 : Proportion de femmes et d'hommes qui ont déclaré qu'il est possible de prévenir la FO, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques démographiques	a dit « on peut prévenir la fistule obstétricale »	ND	Effectif des femmes
Groupe d'âges			
15-19	7,6	90,2	1 667
20-24	9,5	87,9	1 339
25-29	9,4	88,1	1 228
30-34	10,4	86,8	1 085
35-39	10,7	85,1	1 009
40-44	10,6	85,7	783
45-49	15,3	81,2	555
Situation matrimoniale			
En union	10,3	86,5	4 971
en rupture d'union	11,7	85,2	1 041
célibataire ayant déjà eu de rapports sexuels	9,3	88,9	864
célibataire n'ayant jamais eu de rapports sexuels	5,7	92,7	781
Manquant	11,6	88,4	9
Milieu			
Capitale	8,6	89,6	669
Autres urbains	11,9	86	1 343
Ensemble Urbain	10,7	87,4	2 012
Rural	9,7	87,2	5 654
Education de la femme			
Sans Instruction	6,7	90,1	1 899
Primaire Incomplet	8,6	88,4	2 845
Primaire Complet	7,1	91	330
Secondaire 1cycle Incomplet	12,7	85,1	1 484
Secondaire 1cycle Complet	12,5	84,3	182
Secondaire 2cycle Incomplet	13,5	82,5	549
Secondaire 2cycle Complet	16,9	81	166
Supérieur	20,7	75,2	211
Quintile de consommation			
Plus pauvres	5,8	90,3	1 316
Second	8	89,1	1 266
Moyen	8,2	89,2	1 448
Quatrième	12,2	85,5	1 662
Plus riches	13,2	83,8	1 974
Ensemble	9,9	87,2	7 666

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Selon le tableau 5.4.9, Vatovavy Fitovinany, Analanjirofo et Sofia ont présenté un pourcentage de femmes et d'hommes qui ont déclaré qu'il est possible de prévenir la FO, supérieur à 15%. Menabe, Atsimo Andrefana, Alaotra Mangoro et Analamanga présentent des taux avoisinant 10%. Les taux plus faibles, inférieurs à 5%, sont ceux de Vakinankaratra, Bongolava et Boeny.

Tableau 5.4.9 : proportion de femmes et d'hommes selon les régions, qui ont déclaré qu'il est possible de prévenir la FO

Région	a dit « on peut prévenir la fistule obstétricale »	ND	Effectif des femmes
Analamanga	9,5	88,5	1009
Vakinankaratra	3,6	95,9	338
Itasy	7,4	90,4	371
Bongolava	4,5	92,9	339
Haute Matsiatra	5,4	92,4	331
Amoron'i Mania	9,2	88,1	331
Vatovavy Fitovinany	21,0	74,1	337
Ihorombe	8,0	88,7	339
Atsimo Atsinanana	5,7	86,7	357
Atsinanana	12,7	84,4	301
Analanjirifo	17,9	79,3	276
Alaotra Mangoro	11,1	86,9	316
Boeny	4,9	93,7	287
Sofia	18,6	73,6	279
Betsiboka	7,0	88,3	347
Melaky	5,3	91,1	273
Atsimo Andrefana	10,5	88,3	289
Androy	6,5	89,5	289
Anosy	8,7	87,7	341
Menabe	10,6	86,3	343
Diana	7,5	88,6	297
Sava	5,9	92,9	276
Total	9,9	87,2	7666

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

La surveillance de la grossesse et de l'accouchement assisté par un personnel qualifié constitue les principaux moyens de prévention de la FO. Selon les résultats de l'enquête présentés dans le tableau 5.4.10, 86,7% de la population ignore les moyens de prévention. Une analyse selon les caractéristiques sociodémographiques, laisse entrevoir que cette ignorance est inversement proportionnelle au niveau d'éducation des femmes : niveau primaire complet : 90,6% ; niveau secondaire 1^{er} cycle complet : 80,4% et niveau supérieur : 75,2%.

Les moyens de prévention les plus fréquemment cités par les femmes sont par ordre décroissant :

- l'accouchement dans un établissement de santé ;
- l'accouchement effectué par un personnel qualifié ;
- faire des consultations prénatales ;
- éviter les grossesses précoces ;
- éviter les grossesses trop rapprochées ;
- éviter les grossesses trop nombreuses ;
- faire des consultations post natales ;
- éviter les mariages précoces.

Les taux enregistrés de ces huit moyens de prévention avoisinent 10% avec un maximum de 11,1% pour l'accouchement dans une formation sanitaire et un minimum de 9,2% pour les mariages précoces.

Les groupes d'âges de 35-39 ans et de 45-49 ans connaissent le plus de moyens, il en est de même pour les femmes en rupture d'union. Les célibataires connaissent le moins de moyens de prévention. Généralement l'écart en faveur de l'ensemble du milieu urbain par rapport au milieu rural est de 1%. Les femmes les plus instruites en commençant par le secondaire 1^{er} cycle jusqu'au niveau supérieur, connaissent plus, les moyens de prévention.

Tableau 5.4.10 : Proportion de femmes qui ont cité des moyens de prévention selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	éviter les ma-riages pré-coces	Eviter les gros-sesses précoces	Eviter les gros-sesses trop nom-breuses	Eviter les gros-sesses trop rappro-chées	Faire des CPN dans un établis-sement de santé	accou-cher dans un éta-blisse-ment de santé	accou-cher avec l'assis-tance d'un personnel de santé	Faire des consul-tations postna-tales	Utiliser des méthodes de planifi-cation familiale	Eviter les travaux mén-a-gers très durs	Eviter de prendre des potions médicamen-teuses tradi-tionnelles	ND	Effectif des femmes
Groupe d'âges													
15-19	7,3	8	7,8	7,7	7,8	8,3	8	7,1	4,4	5,1	4,5	90,1	1 667
20-24	8,5	9,7	9,6	9,8	10,1	10,5	10,1	9,1	5,5	5,6	5,6	87,4	1 339
25-29	7,7	8,9	8,5	8,2	9,7	10,5	10,4	9,4	5,7	5,5	5,3	87,4	1 228
30-34	9	10	8,1	8,8	10,9	10,8	10,6	9,8	5,1	5,8	5	86,4	1 085
35-39	12,3	12,7	12,6	12,7	13,4	13,9	13,6	11,4	7	8,2	7,9	84,2	1 009
40-44	9,8	10,5	8,9	8,9	11,6	12	11,8	10,1	6,7	6,4	5,6	85,2	783
45-49	14,1	14,3	13,5	14,4	15,9	16,4	15,9	11,6	9,2	9,1	8,1	81	555
Situation matrimoniale													
En union	9,5	10,4	9,7	9,9	11,2	11,5	11,1	9,6	6,4	6,6	6	86	4 971
en rupture d'union	10,6	11,7	11,5	11,5	12,3	12,8	12,8	10,9	4,6	5,6	5,2	84,7	1 041
célibataire ayant déjà eu de rapports sexuels	8,2	9,3	8,8	8,4	9,4	10,4	10,3	9,2	6,2	6,7	6,4	88,6	864
célibataire n'ayant jamais eu de rapports sexuels	6,3	6,9	5,8	6,1	6,4	7	6,5	6,2	3,5	3,4	3,9	92,4	781
Manquant	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	88,4	9
Milieu													
Capitale	8,2	9,4	7,1	7,1	8,8	9,2	8,8	8	4,4	4,9	4,2	89,5	669
Autres urbains	11	12,4	11,8	12,1	12,4	13,3	12,8	11,7	9,1	7,7	8,7	85,5	1 343
Ensemble Urbain	9,9	11,3	10	10,2	11,1	11,8	11,3	10,3	7,3	6,6	7	87	2 012
Rural	9	9,8	9,3	9,4	10,6	10,9	10,7	9,2	5,4	6	5,4	86,7	5 654
Education de la femme													
Sans Instruction	5,9	6,5	7	7,2	7	7,6	7,3	6,2	3,2	4,4	3,6	89,9	1 899
Primaire Incomplet	8	8,6	7,9	8,1	9,2	9,5	9,1	7,9	5	5,3	4,6	87,8	2 845
Primaire Complet	7,3	7,7	6,4	7,9	8,3	8,7	8,4	5,1	5	3,3	3,8	90,6	330
Secondaire 1cycle Incomplet	11,5	12,9	12	11,6	13,3	13,7	13,5	12,2	7,5	7,5	7,5	84,5	1 484
Secondaire 1cycle Complet	12,9	13,1	11,8	11,8	13,4	13,7	13,9	13	9,6	9,5	8,1	84,3	182
Secondaire 2cycle Incomplet	13,4	15	14	14,5	15,8	16,2	16	13,4	9,3	9,2	9	82	549
Secondaire 2cycle Complet	14,4	14,2	12,1	11,2	18,9	19,6	18,8	18,1	11	7,7	11,5	80,4	166
Supérieur	21	23,3	20,8	21,6	23,6	24,5	24,4	23,4	10,6	15,1	12,6	75,2	211
Quintile de consommation													
Plus pauvres	5,5	6,7	6	6,2	6,9	7,2	6,8	5,5	3,3	3	2,5	89,8	1 316
Second	6,5	7,1	7,2	7,4	8,4	9,3	8,8	7	3,1	4,3	2,9	88,8	1 266
Moyen	7,8	8,9	7,5	7,4	8,7	9,2	8,7	7,7	4,5	5	4,9	88,9	1 448
Quatrième	11,3	12,2	10,9	11,3	12,7	12,6	12,8	11,1	7,6	7,7	7,5	84,9	1 662
Plus riches	12,7	13,4	13,4	13,5	14,5	14,9	14,7	13,5	8,9	9,1	8,7	83,3	1 974
Ensemble	9,2	10,1	9,4	9,6	10,7	11,1	10,8	9,4	5,8	6,2	5,7	86,7	7 666

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau 5.4.11 : Proportion de femmes qui ont cité des moyens de prévention de la fistule obstétricale selon les régions

Région	Raisons											ND	Effectif des femmes
	éviter les mariages précoces	Eviter les grossesses précoces	Eviter les grossesses trop nombreuses	Eviter les grossesses trop rapprochées	Faire des CPN dans un établissement de santé	accoucher dans un établissement de santé	accoucher avec l'assistance d'un personnel de santé	Faire des consultations postnatales	Utiliser des méthodes de planification familiale	Eviter les travaux ménagers très durs	Eviter de prendre des potions médicamenteuses traditionnelles		
Analamanga	8,8	9,2	8,2	8,4	10,2	10,4	10,2	9,7	5,9	6,4	5,6	88,4	1 009
Vakinankaratra	3,4	3,9	3,9	3,9	4,3	4,3	4,3	3,8	3	2,1	3,7	95,7	338
Itasy	8,6	8,9	9,5	8,9	9,3	9	9,1	8,4	5,3	6,3	6,4	90,1	371
Bongolava	4,8	5,1	5,4	5,1	5,9	6,3	5,9	5,7	4,7	5,1	4,3	92,5	339
Haute Matsiatra	5,2	6,1	5,3	5	5,6	5,8	5,7	4	2,4	2,2	1,9	92,2	331
Amoron'i Mania	5,8	6,9	5,8	5,4	8	8,2	10,2	9,1	3,5	4,1	5,8	88,4	331
Vatovavy Fitovinany	17,1	20,7	20,9	19,6	19,2	20,9	19,3	16,8	11,2	12,4	9,5	73,4	337
Ihorombe	7,4	8,2	6,3	7,8	8,2	9,3	8,3	7,6	4,7	4,8	3,8	88,7	339
Atsimo Atsinanana	2,9	3,8	4,2	4,3	7,3	9,7	9,3	5	2,3	3,5	2,2	86,1	357
Atsinanana	13,7	14,8	14,9	14,9	14,2	14,9	15,4	14,9	10	12,6	11	83,6	301
Analanjiroro	14,1	17	17,4	18,7	19,7	20	19,9	17,7	11	15,9	14	77,8	276
Alaotra Mangoro	10,9	11,9	11,7	11,9	11,7	12,2	11,9	12,2	7,4	6,5	6,9	86,6	316
Boeny	4,2	3,9	4,2	4,3	5,2	5,5	6,1	5,2	2,7	2,1	2,6	93,1	287
Sofia	22,1	22	18	19,8	24,1	24,3	22,8	15,6	8,5	6,7	5,3	71,4	279
Betsiboka	8	7,7	7,9	8	8,1	9,1	8,7	6,9	3,8	4,5	2,8	88,1	347
Melaky	4,7	5,1	3,3	3,6	4,5	4,2	3	3,2	2	2,1	1,7	90,5	273
Atsimo Andrefana	8,8	10,1	9,4	9,9	10,5	11,4	10,9	8,6	6,1	5,5	5,3	88,1	289
Androy	6,4	7,2	6,3	6,5	7,6	7,3	7,2	6,5	1,2	1,3	2,1	89,2	289
Anosy	5,3	5,5	8,6	9,4	9,3	8,9	8,4	8,2	5,7	3,6	5	87,5	341
Menabe	9,8	10,4	9,8	10	10,8	10,8	10,1	9,8	8,9	8,2	6,5	86,1	343
Diana	8,6	9,5	8	8	10	10	9,7	7	5,2	5,6	6,5	88,6	297
Sava	5,9	6,2	2,5	1,8	3,7	4,3	3,4	4,1	1,1	0,4	0,7	92,3	276
Ensemble	9,2	10,1	9,4	9,6	10,7	11,1	10,8	9,4	5,8	6,2	5,7	86,7	7 666

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

D'après le tableau 5.4.11, l'analyse selon les régions indique que Sofia, Vatovavy Fitovinany et Analanjirifo ont connu le plus de réponses élevées par rapport aux moyens de prévention. Pour Sofia, des taux maximum de 24,1% et de 24,3% indiquent des consultations prénatales et un accouchement dans une formation sanitaire. Pour Vatovavy Fitovinany, le taux maximum de moyens de prévention enregistrés est observé au niveau de l'accouchement dans un établissement de santé et permet d'éviter les grossesses trop nombreuses et compliquées.

Les régions Vakinankaratra, Melaky, Boeny et Atsimo Atsinanana sont celles où les femmes connaissent le moins de moyens de prévention avec respectivement 4,3%, 4,2% et 5,5% par rapport aux accouchements dans un établissement de santé, et 3,3%, 3,9% et 4,2% pour Melaky, Vakinankaratra et Boeny par rapport aux moyens d'éviter les grossesses trop nombreuses.

5.4.5 Attitudes à l'égard des femmes qui ont contracté la fistule obstétricale

Selon le tableau 5.4.12, les femmes soutiennent l'idée à ce que l'époux ou les partenaires éprouvent de la compassion pour les femmes qui ont la FO (43%) et que les autres membres de la famille les appuient (59%).

Les femmes les plus âgées estiment que les époux doivent se montrer plus compatissants envers les femmes souffrantes de FO que les plus jeunes (54 % sont pour l'appui des époux chez les femmes plus âgées contre 52% chez les plus jeunes). Quant aux comportements à adopter par les enfants, la tendance reste la même : 61% sont pour l'appui des enfants chez les plus âgées et 51 % chez les plus jeunes. Pour les autres membres de la famille et la communauté, les femmes partagent presque le même avis à ce qu'ils appuient et éprouvent de la compassion aux femmes qui ont la FO.

Comparativement aux femmes en union, les femmes célibataires qui n'ont jamais eu de rapports sexuels sont beaucoup plus favorables à ce que l'époux et les enfants appuient les femmes atteints de FO. L'avis des femmes des milieux urbains s'orientent beaucoup plus vers la compassion et l'appui des femmes qui ont la FO par rapport à celles des milieux ruraux. Les plus instruites se montrent plus compatissantes que les moins instruites. 59 % des femmes ayant le niveau secondaire 2 et plus déclarent que l'époux doit appuyer sa femme au cas où celle-ci est atteinte de FO. Ce taux s'élève à 65 % pour celles du niveau secondaire 2 complet et celles de niveau supérieur lorsqu'il s'agit de l'appui apporté par les enfants. Bien que dans toutes les catégories des femmes, la compassion et l'appui sont de rigueur, les femmes de la couche la plus riche se montrent beaucoup plus compatissantes que celles plus pauvres.

D'après le tableau 5.4.13, il ressort de l'analyse par région que malgré leur faible connaissance de la FO, les femmes de Vakinankaratra et de Sava sont les plus généreuses vis-à-vis des femmes fistuleuses, en particulier dans la région Sava où l'indifférence, le rejet et le divorce sont nuls pour les époux/partenaires, les enfants, les autres membres de la famille et la communauté.

Tableau 5.4.12 : Attitudes à adopter par certaines personnes, selon les femmes de 15-49 ans, envers les femmes qui ont la FO

Caractéristiques sociodémographiques	Epoux/ Partenaire						Enfants						Autres membres de la famille						Communauté						Effectif des femmes				
	COMPASSION	APPUI	INDIFFÉRENCE	REJET	DIVORCE	AUTRE	NE SAIT PAS	COMPASSION	APPUI	INDIFFÉRENCE	REJET	DIVORCE	AUTRE	NE SAIT PAS	COMPASSION	APPUI	INDIFFÉRENCE	REJET	DIVORCE	AUTRE	NE SAIT PAS	COMPASSION	APPUI	INDIFFÉRENCE		REJET	DIVORCE	AUTRE	NE SAIT PAS
Groupe d'âges																													
15-19	37,2	51,7	0,8	6,8	2,7	0	0,9	40,1	51,1	2,1	3,6	0	0	3,1	31,2	61,6	2,6	2	0,4	0	2,2	34	45,8	8,4	7,2	0	0	4,6	1667
20-24	42,9	45,3	0,4	7,6	1	0	2,7	36,8	53	1,4	0	0	1,8	7	30,2	63,6	3,5	0	0	0	2,7	28,2	46,9	10,3	4,5	0	0	10,1	1339
25-29	42,9	49,6	1,5	3,6	1,1	0	1,3	33,2	61,8	3,7	0	0	0	1,3	33,7	58,3	3,3	3,1	0	0	1,6	30,1	50,5	6	6,6	0	0,5	6,4	1228
30-34	36,8	51,4	0	6,5	4,3	0	1	36,7	58	1,6	0	0	2,2	1,5	27,7	65,6	2	2	0	0	2,6	23,9	53,4	7,3	7,2	0	0	8,2	1085
35-39	51,2	38,8	0	6,1	2,7	0	1,2	46,5	47,1	2	1,3	0	0	3,1	35,7	55,4	0,6	1,3	0,7	1,2	5,1	30,8	47,8	10,2	1,4	0	1,2	8,7	1009
40-44	51	42	0	2,9	2,5	0	1,6	47	46	1,9	1,5	0	0	3,6	45,3	45,1	3,4	4,7	0	0	1,5	38,7	36,5	8,1	10,1	0	0	6,5	783
45-49	41,8	54	0	2,2	1,5	0	0,5	34,1	60,9	4,1	0	0	0	0,9	35,6	57,7	3,8	1,6	0	0	1,2	34	43,3	8,9	7,7	0	0	6,1	555
État matrimonial																													
En union	43,6	46,5	0,1	5,9	2,4	0	1,5	39,7	54,5	1,6	0,6	0	0,9	2,7	34,1	58,3	2,7	2,2	0,2	0	2,5	30,6	48,1	8,6	5,8	0	0,1	6,9	4971
en rupture d'union	44,4	47,5	1,6	2,3	3,2	0	1,1	38,2	51,9	5	1,3	0	0	3,5	32,7	59,5	3	0	0	1,2	3,6	29,4	43,7	7,5	6	0	1,2	12,1	1041
célibataire ayant déjà eu de rapports sexuels	49,6	44,7	0,4	4,1	0	0	1,2	38,2	48,9	3,4	3,7	0	0	5,8	36,7	54,3	1,5	4,7	0,7	0	2,1	31,1	39,1	11	12,6	0	0	6,3	864
célibataire n'ayant jamais eu de rapports sexuels	24,2	61,8	1,5	10,4	1,7	0	0,5	36,1	59,4	2,7	0	0	0	1,8	25,1	71,3	3,1	0	0	0	0,5	39,6	52,3	6,3	0	0	0	1,8	781
Manquant	0	100	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	9
Résidence																													
Capitale	42,5	51,4	0	0,8	5,3	0	0	34,9	60,5	4,7	0	0	0	0	26,2	69,3	3,2	0	0	0	1,3	28,1	63,1	5,7	0	0	0	3,1	669
Autres urbains	52,9	40,9	0	2,5	1,8	0	1,8	47,4	48,7	0,2	1,3	0	0	2,4	40,2	54,1	1,2	0,4	0,8	1,3	2	34,8	45,7	12,1	2,7	0	1,4	3,3	1343
Ensemble Urbain	49,7	44,1	0	2	2,9	0	1,3	43,6	52,2	1,5	0,9	0	0	1,7	35,9	58,8	1,8	0,3	0,5	0,9	1,8	32,8	51	10,1	1,9	0	0,9	3,2	2012
Rural	41,5	48,3	0,5	6,3	2,1	0	1,4	38	54,3	2,5	1	0	0,8	3,4	33	58,9	2,9	2,4	0,1	0	2,7	30,5	45,9	8,1	7,1	0	0,1	8,3	5654
Niveau d'instruction																													
Sans Instruction	43,1	46,6	0	8,7	0,9	0	0,6	40,3	50,4	3,7	0	0	1,8	3,8	37,9	48,6	4,8	4,6	0	0	4,2	29	41,6	11	8,1	0	0	10,3	1899
Primaire Incomplet	45,1	42	0,1	7,6	3	0	2,1	40	52,4	1,3	1,2	0	0,9	4,1	34,8	60,1	1,8	1	0,2	0	2,1	32,9	49,6	4,1	5,7	0	0,2	7,5	2845
Primaire Complet	41,8	43	0	13,5	0	0	1,6	37	53,8	7,6	0	0	0	1,6	35,2	55,3	2,6	5,3	0	0	1,6	31,9	33,6	18,7	14,3	0	0	1,6	330
Secondaire 1cycle Incomplet	43,3	50,1	1,4	2,2	2,5	0	0,4	37,8	57,2	1,6	1,4	0	0	2,1	30,4	62,6	1,8	1,7	0	0,8	2,7	28,4	46,6	9,3	7,3	0	0,8	7,5	1484
Secondaire 1cycle Complet	46,1	32,2	0	0	14,3	0	7,4	56,8	20,9	9,9	6,8	0	0	5,6	52,3	38,7	5,9	0	0	0	3,1	53,7	21,2	17,2	0	0	0	7,9	182
Secondaire 2cycle Incomplet	37,5	59,3	0	1,4	0,5	0	1,3	38,9	56,9	3	0	0	0	1,3	32,6	60,5	4,9	0,1	0	0	1,9	32,9	47,1	12,1	3,7	0	0	4,2	549
Secondaire 2cycle Complet	38	59,8	2,2	0	0	0	0	34,8	65,2	0	0	0	0	0	24,2	74,1	1,7	0	0	0	0	23,1	63,4	4,3	0	0	0	9,3	166
Supérieur	41,7	55,6	0	2,7	0	0	0	30,4	65,4	1,4	0	0	0	2,8	22,5	67,2	0,4	4,9	2,1	0	2,8	23,3	57,8	11	3,6	0	0	4,3	211
Quintile de bien-être économique																													
Plus pauvres	42,9	42,9	0,3	9,8	2,5	0	1,6	43,6	49,4	4,6	0	0	0	2,5	33,6	55,2	3,4	4,2	0	0	3,5	25,9	46,6	7	10,8	0	0	9,8	1316
Second	43,5	47,1	0	4	3,7	0	1,7	42,2	46,6	1	0	0	2,1	8	36,1	56,5	2,8	2,3	0	0	2,3	29,5	43,3	9,3	8,5	0	0	9,4	1266
Moyen	49,2	43,8	0	4	1,8	0	1,2	40,9	55,4	0,8	1,1	0	0	1,8	40,4	49,6	4,3	2,6	0	0	3,1	39,6	42,3	6,6	6,6	0	0	4,9	1448
Quatrième	43,2	47,7	0,8	6,3	1,5	0	0,5	34,8	55	3,3	3,1	0	1,2	2,5	31,8	60,4	2,3	2	0,3	0,7	2,4	27,1	49,1	10	5,4	0	0,7	7,8	1662
Plus riches	40	50,9	0,6	4,4	2,3	0	1,8	38,4	57,6	2,1	0	0	0	2	30,5	64,6	1,8	0,6	0,3	0	2,1	32,5	49,1	8,4	3,6	0	0,2	6,2	1974
ensemble 15-49 ans	43,1	47,5	0,4	5,4	2,2	0	1,3	39,1	53,9	2,3	0,9	0	0,6	3,1	33,6	58,9	2,7	2	0,2	0,2	2,5	30,9	46,9	8,5	6,1	0	0,3	7,3	7666

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau 5.4.13: Attitudes à adopter par certaines personnes, selon les femmes de 15-49 ans, envers les femmes qui ont la FO selon les régions

	Epoux/ Partenaire							Enfants							Autres membres de la famille							Communauté							Effectif des femmes
	COMPASSION	APPUI	INDIFFÉRENCE	REJET	DIVORCE	AUTRE	NE SAIT PAS	COMPASSION	APPUI	INDIFFÉRENCE	REJET	DIVORCE	AUTRE	NE SAIT PAS	COMPASSION	APPUI	INDIFFÉRENCE	REJET	DIVORCE	AUTRE	NE SAIT PAS	COMPASSION	APPUI	INDIFFÉRENCE	REJET	DIVORCE	AUTRE	NE SAIT PAS	
Analamanga	36,9	56,2	0	5	2	0	0	32,1	65,1	2,8	0	0	0	0	20,6	73,5	2,5	1,5	0	0	1,8	29,7	50,4	7,1	7,2	0	0	5,5	1009
Vakinankaratra	58,2	41,8	0	0	0	0	0	55,8	44,2	0	0	0	0	0	47,1	46,4	0	6,5	0	0	0	35,2	46,4	18,4	0	0	0	0	338
Itasy	16	58,2	3,2	20,8	1,9	0	0	24	70,1	2,1	3,7	0	0	0	16,1	67	13,2	3,7	0	0	0	27,3	46,9	15	3,8	0	0	6,9	371
Bongolava	52,4	16,3	0	15	16,4	0	0	46,5	43,2	0	6,5	0	0	3,9	34,6	58,9	6,5	0	0	0	0	40,7	32,9	19,9	6,5	0	0	0	339
Haute Matsiatra	57,7	38,1	0	4,3	0	0	0	65,9	34,1	0	0	0	0	0	48	50,5	1,5	0	0	0	0	39,7	32,7	17,7	4,5	0	0	5,5	331
Amoron'i Mania	48,6	48,5	2,9	0	0	0	0	48,9	47,2	3,9	0	0	0	0	37,7	54,4	2,4	2,5	0	0	2,9	31,3	48,1	10,8	2,4	0	0	7,3	331
Vatovavy Fitovinany	55	31,5	1,6	7,4	3,7	0	0,8	56,6	37,8	0,9	1,7	0	0	3,1	43	43,2	4,5	5,5	0	0	3,9	24,6	42,7	3,7	10,7	0	0	18,2	337
Ihorombe	52,1	30	0	10,1	4,5	0	3,3	38,3	52,2	5,8	0	0	0	3,7	34,2	61,1	0	4,7	0	0	0	27,8	40,2	7,9	14,9	0	0	9,2	339
Atsimo Atsinanana	32	61,5	1,8	3	0	0	1,6	33,7	60,9	1,8	0	0	0	3,6	42,4	50,1	1,8	0	0	0	5,7	46,9	47	1,8	0	0	0	4,3	357
Atsinanana	36,1	60,2	0	0	3,7	0	0	32,5	54,3	2,9	6,3	0	4	0	28,9	68,8	0	0	0	2,3	0	22,2	66,2	2,3	7	0	2,3	0	301
Analanjirifo	45,6	54,4	0	0	0	0	0	52,5	42,3	2,5	0	0	0	2,7	49,7	43,2	6	1,1	0	0	0	42,6	27,4	7,1	10,5	0	0	12,4	276
Alaotra Mangoro	32	56,1	0	7,6	0	0	4,3	29,9	60,7	2,3	0	0	0	7,1	35,4	57,5	0	0	0	0	7,1	23	49,4	11,7	2,9	0	0	13	316
Boeny	29,9	40,9	0	8,5	9,3	0	11,3	25,6	53,3	0	0	0	0	21	16	54,9	0	0	9,3	0	20	16	43,1	21,1	0	0	0	19,8	287
Sofia	32,2	54,2	0	11,1	0,6	0	1,9	14,9	72,7	2,2	0	0	2,6	7,7	13,5	82,8	0	1	0	0	2,7	12,8	66,7	11,6	4,9	0	0	4	279
Betsiboka	37,5	51	0	3,5	3,2	0	4,9	30	61,8	3,2	0	0	0	4,9	21,7	68,6	3,4	0	0	0	6,4	35,6	51,2	1,8	3,4	0	0	8	347
Melaky	48,4	51,6	0	0	0	0	0	46,4	49,8	0	3,8	0	0	0	22,6	36	31,8	5,9	0	0	3,7	35,9	20,7	16	10,8	0	0	16,7	273
Atsimo Andrefana	33,3	53,6	0	10,2	2,9	0	0	24,8	71,9	0	0	0	0	3,3	28,3	68,6	0	3,1	0	0	0	22,8	59,1	13,4	4,8	0	0	0	289
Androy	47,7	39	0	10,8	2,5	0	0	53,5	42,4	0	0	0	0	4	37,4	50,6	9	0	0	0	3	31,4	36,1	24,4	0	0	4	4	289
Anosy	78,7	14,1	0	0	1,7	0	5,6	52,3	28,4	15,4	0	0	0	3,8	71,2	25,7	1,5	0	0	0	1,6	59,9	16,7	7,6	11,9	0	0	3,9	341
Menabe	63,6	34	0	1,6	0	0	0,8	61,8	35,1	0,6	1,6	0	0	0,8	54,7	42,8	0	1,6	0	0	0,8	60,3	35	1,5	2,3	0	0	0,9	343
Diana	40,7	38,8	0	0	12,3	0	8,2	31,3	56,4	6,1	0	0	0	6,1	21,9	60,4	4	7,5	0	0	6,2	25,9	40,9	10,4	7,7	0	0	15,1	297
Sava	79,3	20,7	0	0	0	0	0	72,3	27,7	0	0	0	0	0	75,8	24,2	0	0	0	0	0	75,8	24,2	0	0	0	0	0	276
Ensemble 15-49	43,1	47,5	0,4	5,4	2,2	0	1,3	39,1	53,9	2,3	0,9	0	0,6	3,1	33,6	58,9	2,7	2	0,2	0,2	2,5	30,9	46,9	8,5	6,1	0	0,3	7,3	7666

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.4.6 Prévalence de la fistule obstétricale parmi les femmes de 15 à 49 ans qui ont eu une naissance

Il ressort du tableau 5.4.14 que les femmes enquêtées qui ont déclaré avoir eu en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires et fécales par le vagin sont majoritairement des femmes vivant en milieu rural (5,7‰), celles âgées de moins de 20 ans (8,3‰), celles sans instruction (13,7‰) et celles classées dans le 4^{ème} quantile des plus pauvres (6,9‰). Par ailleurs, 9,3‰ de femmes qui ont déclaré avoir eu des pertes permanentes d'urine ou de selles dans le vagin ont expliqué n'avoir suivi aucune visite prénatale durant leur grossesse. Le résultat de cette enquête a donc conforté les résultats de l'analyse de la situation de base sur l'ampleur de la fistule à Madagascar. Cette étude a révélé que la tranche d'âges la plus touchée est celle comprise entre 14 et 17 ans, pauvre, et avec un faible niveau d'instruction.

Tableau 5.4.14: Prévalence de la FO, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	proportion (‰) des femmes de 15-49 ans présentant des pertes urinaires et ou fécales dans le vagin	Effectif des femmes
Age de la mère à la naissance causale		
Moins de 20	8,3	1 145
20-34	4,5	3 804
35-49	4,8	1 018
Manquant	0	23
Nombre de CPN effectuées:		
Aucune	9,3	2 256
1-3 visites	2,4	1 503
4+ visites	3,4	2 195
Manquant	0	36
Situation matrimoniale		
En union	4,9	4 662
en rupture d'union	8,2	1 001
Célibataire	2,3	327
Milieu de résidence		
Capitale	2	445
Autres urbains	3,9	930
Ensemble Urbain	3,2	1 375
Rural	5,7	4 615
Niveau d'instruction		
Sans instruction	13,7	1 681
Primaire	2,4	2 663
Secondaire	2,7	1 546
Supérieur	0	100
Quintile de bien-être économique		
Plus pauvres	6,3	1 107
Second	3,8	1 072
Moyen	4,4	1 179
Quatrième	6,9	1 297
Plus riches	4,8	1 335
Total	5,3	5 990

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Il a été constaté que les jeunes sont moins informés de la fistule obstétricale. Ce niveau de connaissance s'accroît avec le niveau d'instruction et le niveau de bien-être de l'individu. Cependant, les femmes les plus touchées par des pertes urinaires et fécales par le vagin sont celles ayant moins de 20 ans, celles qui sont pauvres et celles ayant un niveau d'instruction faible.

5.5. NIVEAU DE FECONDITE

La cible nationale est de réduire de 50 % la grossesse précoce pour l'année 2015. Par ailleurs, une grossesse très précoce comporte des risques plus importants de complications, voire de décès. Cependant, à Madagascar, le taux de fécondité chez les adolescentes (15-19 ans) demeure élevé pour se situer à 163 naissances pour 1000 femmes contre 148 en 2009.

Parmi les femmes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive, certaines d'entre elles souhaitent retarder ou éviter une grossesse. Parmi les femmes mariées ou en union en âge de procréer (15-49 ans), 17,7% n'estiment pas leurs besoins satisfaits en contraception. Bien que cette proportion ait diminué par rapport à celle constatée à l'EDSMD IV (18,9%), elle s'écarte largement de la cible pour 2015 qui est de 9,5%.

L'ENSOMD2012 a permis de collecter des données relatives à la fécondité en vue de reconstituer l'histoire génésique des femmes et d'en estimer les niveaux, les tendances et les différentiels au niveau national selon certaines caractéristiques pertinentes. La section aborde, outre le calendrier de la fécondité à travers les résultats sur l'âge à la première maternité, l'intervalle intergénésique. L'analyse des résultats de la fécondité des adolescentes complète cette section.

Lors de l'interview, des questions relatives au nombre total d'enfants nés vivants de chaque femme ont été posées, en distinguant les garçons des filles, ceux qui vivent avec leur mère de ceux résidant ailleurs, ceux qui sont encore en vie de ceux déjà décédés. Il est escompté avec cette méthode une réduction de risques d'oubli, par les femmes, d'une partie de leur progéniture. L'enquêteur a reconstitué avec la femme, l'historique complet de ses naissances, en commençant par la plus ancienne et en enregistrant pour chacune d'entre elles le type de naissance (simple ou multiple), le sexe, la date de naissance, l'état de survie (vivant ou décédé). Pour les enfants encore en vie, l'enquêtrice enregistrait l'âge alors que pour les enfants décédés, l'âge au décès a été relevé. A la fin de l'interview relative à la fécondité, l'enquêtrice pour s'assurer de la cohérence des données confronte le nombre total d'enfants déclarés avec le nombre d'enfants obtenus à partir de l'historique des naissances.

5.5.1 Niveau d'activité sexuelle

La convention relative aux droits de l'enfant de 1990 a été la première reconnaissance internationale des droits des adolescents à la santé, notamment à la santé en reproduction. La convention contraint les gouvernements à garantir l'accès des adolescentes aux services de santé reproductive en reconnaissant explicitement leur droit « de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de traitements médicaux et de rééducation. » Lors de la conférence internationale sur la population et le développement de 1994 (CIPD), les gouvernements ont convenu de fournir aux adolescentes l'information et les services pour les aider à comprendre leur sexualité et à se protéger des grossesses non désirées et des IST.

Dans la plupart des pays africains, à l'exception de ceux de l'Afrique du Nord, l'entrée en vie sexuelle des adolescents peut être qualifiée de précoce⁶. La sexualité et la fécondité des adolescentes sont traditionnellement encouragées dans des sociétés où le mariage précoce et la forte fécondité restent valorisés. A Madagascar, comme en témoignent de nombreux récits de voyage ou de travaux scientifiques, la sexualité et la fécondité des jeunes font partie des comportements dits traditionnels. Les européens présents sur l'île au 19ème siècle se sont beaucoup offensés de la précocité de

⁶Singh et *al.*, 2000.

l'entrée en sexualité des Malagasy. La sexualité et la procréation sont traditionnellement précoces à Madagascar et la coutume autour de l'union de deux jeunes gens est presque la même partout sur l'île : la femme étant la source de la descendance, sa fécondité est souvent testée dès la puberté.

La jeune fille Malagasy jouit d'une grande liberté sexuelle, liberté largement tolérée par les hommes car cela leur permet d'éviter une union avec une femme stérile⁷. Les enfants nés de filles qui ne trouvent aucun conjoint avant la naissance peuvent être élevés par les grands-parents maternels.

Aujourd'hui, la sexualité des adolescentes reste importante. Elle est généralement bien tolérée et les jeunes filles sont fortement exposées à des grossesses non désirées. Néanmoins, cette tolérance diffère selon les régions ou les ethnies. Par exemple, chez les Tanala (ethnie du sud-est de Madagascar vivant en zone rurale), la virginité n'est pas exigée pour le mariage, les jeunes filles commencent leurs expériences sexuelles vers 14 ans et les garçons vers 16 ans sans que leurs parents ne leur fassent de reproche. Si les filles tombent enceintes, leur statut d'adolescence n'est aucunement fragilisé. Toutefois, ayant fait preuve de leur fécondité, elles trouveront facilement un mari, quel que soit leur âge⁸. Dans ce groupe ethnique, les grossesses et naissances des adolescentes sont donc nombreuses. A l'inverse, dans la capitale, à Antananarivo, l'interdit de la sexualité et les naissances prénuptiales chez les adolescents est réel. L'idéal de la virginité avant le mariage s'est diffusé, limitant ainsi la liberté sexuelle et la fécondité des jeunes filles, et la menace de rétorsion qui pèse sur les grossesses préconjugales est plutôt dissuasive.

En dépit des niveaux de grossesses élevés, Madagascar ne figure pas parmi les pays où l'entrée en vie sexuelle et féconde des femmes est la plus précoce. A l'exemple de l'âge à la première union, l'âge médian au premier rapport sexuel se situe dans la moyenne haute de l'Afrique subsaharienne. Cet âge est de 17,0 ans en 2012/2013 pour les femmes de 25-49 ans et évolue de 0,3 an en 20 ans. L'absence de changement dans l'âge au premier rapport sexuel est un phénomène qui s'observe dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne.

5.5.2 Age aux premiers rapports sexuels

En tant que déterminant proche de la fécondité, l'âge au premier rapport sexuel est tout aussi important que l'âge à la première union, les rapports sexuels n'ayant pas lieu exclusivement dans le cadre de l'union. A Madagascar où l'utilisation contraceptive moderne, bien qu'en nette augmentation, est encore peu généralisée chez les femmes en union, la fréquence des rapports sexuels constitue un facteur déterminant de l'exposition au risque de grossesse. Il est important de disposer d'informations qui permettent de déterminer la proportion de femmes sexuellement actives au moment de l'enquête.

Il ressort du tableau 5.5.1 que parmi les femmes âgées de 25-49ans, 14% d'entre elles avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre 15ans exacts. A 20ans exacts, la proportion est de huit femmes sur dix (80%). En atteignant 25ans exacts, la quasi-totalité des femmes de 25-49ans (96%) ont déjà effectué leurs premiers rapports sexuels (soit une proportion de neuf femmes sur dix). Quant à l'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes âgées de 25-49ans, il est estimé à 17ans, soit 2,1ans plus tôt que l'âge médian d'entrée en première union (19,1ans).

⁷Ministère de la culture et de l'art révolutionnaires, 1984.

⁸Ravololomanga, 1992.

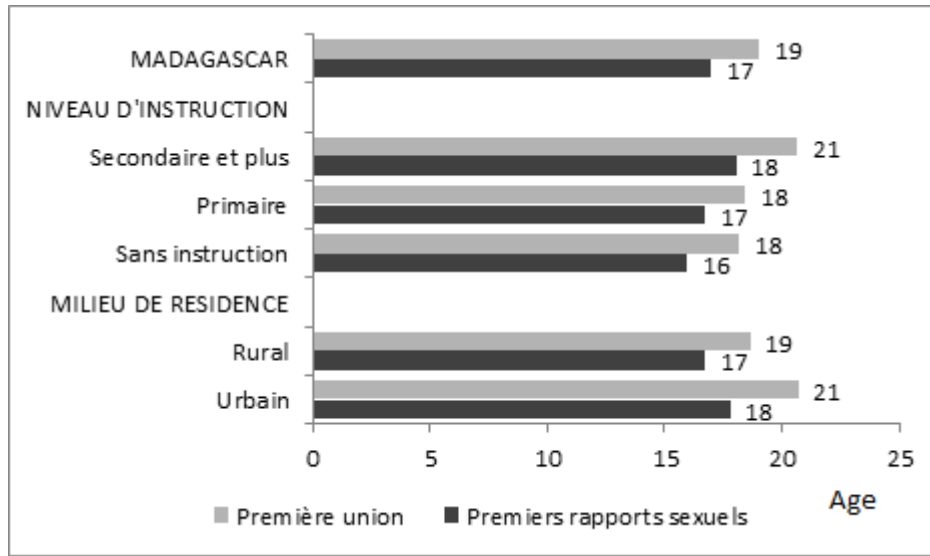
Tableau 5.5.1: Proportion de femmes et d'hommes de 15-49 ans par âge exact au premier rapport sexuel et âge médian au premier rapport selon l'âge actuel

Age actuel	Pourcentage ayant déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre l'âge exact :					Pourcentage n'ayant jamais eu de rapports	Effectif d'enquêtés	Age médian aux premiers rapports sexuels
	15	18	20	22	25			
FEMMES								
15 - 19 ans	20,4	na	na	na	na	40,0	3340	a
20 - 24 ans	18,9	63,2	85,5	na	na	6,4	2807	16,6
25 - 29 ans	18,8	62,6	84,3	93,2	97,6	1,2	2478	16,6
30 - 34 ans	14,9	59,1	82,0	92,9	96,9	0,7	2272	16,8
35 - 39 ans	12,6	56,0	78,6	89,7	95,4	0,3	1989	17,1
40 - 44 ans	9,9	50,3	73,5	85,8	93,6	0,8	1582	17,4
45 - 49 ans	12,1	47,8	72,8	87,7	93,5	0,9	1206	17,5
20 - 49 ans	15,3	58,0	80,7	na	na	2,1	12334	16,9
25 - 49 ans	14,3	56,5	79,3	90,5	95,8	0,8	9527	17,0
HOMMES								
15 - 19 ans	10,5	na	na	na	na	53,1	1446	a
20 - 24 ans	8,6	52,8	79,2	na	na	10,9	1181	17,3
25 - 29 ans	10,0	54,2	80,3	90,5	95,9	1,5	983	17,2
30 - 34 ans	5,3	47,2	74,8	90,0	94,7	1,1	987	17,6
35 - 39 ans	6,0	43,2	72,9	88,6	93,7	0,2	854	17,8
40 - 44 ans	6,2	40,1	71,5	86,3	93,4	0,0	783	17,9
45 - 49 ans	7,4	45,1	71,5	85,8	93,7	0,0	517	17,8
25 - 49 ans	7,0	46,4	74,7	88,6	94,4	0,7	4124	17,6
25 - 59 ans	6,6	45,2	73,9	88,2	94,1	0,6	4976	17,7
na = Non applicable.								
a = Non calculé parce que moins de 50 % des enquêtés ont eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre le début du groupe d'âges.								

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Selon le graphique 5.5.1, une femme sur deux âgées de 25-49ans, commence sa vie sexuelle avant de contracter sa première union. Par ailleurs, il faut souligner que des générations les plus anciennes aux plus récentes, l'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 25-49ans n'a pratiquement pas évolué (17,3ans dans les générations les plus anciennes à 17,1ans dans les plus récentes).

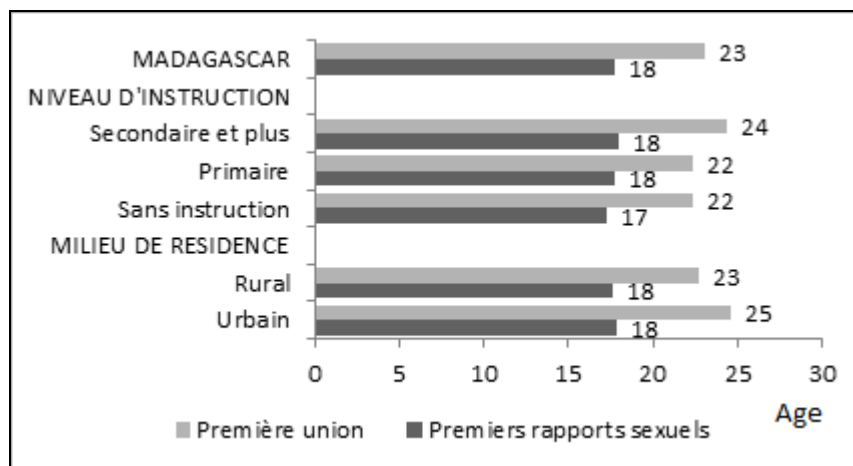
Graphique 5.5.1 : Age médian des femmes à la première union et aux premiers rapports sexuels



SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Pour les hommes de 25-49 ans, 7 % ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans et 75 % avant d'atteindre 20 ans. La quasi-totalité des hommes avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre leur 25^e anniversaire (94 %). D'après le graphique 5.1.2, l'âge médian aux premiers rapports sexuels des hommes de 25-49ans est estimé à 17,6ans, soit environ 0,7 an plus tard que celui des femmes et 5,5ans plus tôt que l'âge à la première union. A l'exemple de chez les femmes, l'âge médian aux premiers rapports sexuels des hommes n'a pratiquement subi aucune variation, tout au plus un léger rajeunissement au fil des générations. Dans les générations les plus anciennes, il est estimé à 17, 8 ans pour les 45-49 ans et 17,3ans pour les générations des 20-24 ans.

Graphique 5.5.2 : Age médian des hommes à la première union et au premier rapport sexuel



SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

En comparant les résultats de l'EDSMD-IV et ceux de l'ENSOMD, il est noté une légère régression de l'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes et des hommes de 25-49ans. Les âges médians aux premiers rapports sexuels sont passés entre les deux enquêtes de 17,3 à 17,1ans pour les femmes et de 18,1 à 17,7ans pour les hommes.

Le tableau 5.5.2 présente pour les femmes et les hommes, les âges médians aux premiers rapports sexuels par âge actuel et selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Il est constaté que l'âge médian au premier rapport sexuel des femmes de 25-49 ans est plus précoce en milieu rural qu'en milieu urbain (16,7ans contre 17,8ans), soit un écart de 1,1ans.

Pour les hommes de 15-59 ans, il n'existe pratiquement aucun écart entre les deux milieux de résidence (17,6 ans en milieu rural contre 17,9 ans en milieu urbain). Selon le graphique 5.5.2, il est remarqué que cet écart entre l'âge médian à la première union et l'âge médian aux premiers rapports sexuels est moins important en milieu rural qu'en milieu urbain et ceci pour les deux sexes. En milieu rural, la majorité des premières unions se contractent à la suite des premières relations sexuelles. En milieu rural, les femmes ont eu leurs premiers rapports sexuels 2,0ans avant leur première union alors qu'en milieu urbain, l'activité sexuelle commence 2,9 ans avant l'entrée en union. Chez les hommes, l'écart entre les deux âges médians est encore plus considérable : 5,2 ans pour les hommes vivant en milieu rural et 6,7 ans pour les hommes vivant en ville.

L'âge auquel ont lieu les premiers rapports sexuels est influencé par le niveau d'instruction. En effet, la moitié des femmes n'ayant aucun niveau d'instruction ont eu leurs premiers rapports sexuels à l'âge de 16,0 ans contre 16,7ans lorsqu'elles possèdent un niveau primaire et 18,0 ans lorsqu'elles ont, au moins, un niveau secondaire.

Tableau 5.5.2 : Age Médian au premier rapport sexuel des femmes de 25 – 49 ans par âge actuel

Caractéristiques sociodémographiques	Âges des femmes						Femmes de 25- 49 ans	Hommes de 25- 59 ans
	20 - 24 ans	25 - 29 ans	30 - 34 ans	35 - 39 ans	40 - 44 ans	45 - 49 ans		
Milieu								
Capitale	18	18,1	18,4	18,4	19	19,2	18,5	18,2
Autres urbains	17,4	17,6	17,2	17,6	17,5	17,6	17,5	17,8
Urbain	17,7	17,8	17,5	17,9	17,9	18,3	17,8	17,9
Rural	16,3	16,2	16,6	16,8	17,3	17,3	16,7	17,6
Niveau d'instruction								
Sans instruction	15,2	15,5	15,9	16,3	16,5	16,4	16	17,2
Primaire	16,1	16,3	16,6	16,8	17,3	17,1	16,7	17,7
Secondaire et plus	17,7	17,9	17,9	18,1	18,1	18,4	18	18
Quintile de consommation								
Plus pauvre	15,7	15,6	16,3	16,3	16,5	16,5	16,1	17,4
Pauvre	15,8	16,1	16,6	16,7	17,4	17,3	16,7	17,7
Moyen	16,5	16,3	16,6	17,1	17,3	17,4	16,9	17,7
Riche	16,6	17	16,8	17,2	17,3	17,3	17,1	17,9
Plus riche	17,4	17,6	17,5	17,9	18,1	18,3	17,8	17,8

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Chez les hommes, bien que les écarts soient moins importants, figure également cette influence du niveau d'instruction sur l'âge au premier rapport sexuel qui varie de 17, 2 ans parmi ceux sans instruction à 17, 7 ans parmi ceux de niveau primaire et à 18,0 ans parmi ceux qui ont, au moins, un niveau secondaire.

Notez que l'âge auquel ont lieu les premiers rapports sexuels varie également selon le niveau de bien-être économique des ménages. Ainsi, les résultats de l'enquête présentent que les femmes et les hommes des ménages les plus pauvres commencent plus tôt leur vie sexuelle (respectivement 16,1 ans et 17,8 ans) que ceux des ménages les plus riches (respectivement 17, 4ans et 17, 8ans).

Les résultats selon les régions mettent en évidence des différences importantes. Dans la région Androy, l'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 25-49ans est le plus précoce (15,3ans). Avec des âges médians proches de celui de la région Androy, les régions Ihorombe et Sava (15,5ans), Atsimo Andrefana (15,6ans), Anosy et Menabe (15,8ans) se caractérisent également par la précocité des premiers rapports sexuels. L'activité sexuelle débute le plus tardivement (18,4ans) dans la région Analamanga. Chez les hommes, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est le plus précoce (16,4ans). Elle est de 16,4 ans dans la région Ihorombe et de 16,8 ans dans l'Androy. Il est le plus tardif (19,0 ans) dans la région Vakinankaratra.

A l'exemple de l'entrée en union, l'entrée en vie sexuelle reste précoce à Madagascar. Cela diffère suivant le groupe ethnique et rend compte de la diversité culturelle. La sexualité avant le mariage est encouragée. Cette attitude est essentiellement adoptée dans les sociétés à taux élevé d'infécondité

pour tester les capacités des jeunes à procréer. Elle est rencontrée dans les régions du sud⁹. Les jeunes filles y jouissent d'une grande liberté sexuelle, liberté largement tolérée par les hommes. Il est de coutume qu'à la puberté ou lorsque les filles commencent à fréquenter des garçons¹⁰, de se séparer de la case paternelle pour venir dormir dans une case particulière ou de coucher chez une amie pour prévenir toutes attitudes incestueuses¹¹. Cela constitue le « *fitovoana*¹² » ou la période d'adolescence.

Dans les Hautes Terres¹³ comme dans l'ensemble du pays, la virginité n'était pas exigée pour le mariage. Néanmoins, la femme ne devait avoir trop de partenaires sexuels avant l'entrée en union. A l'inverse, la multiplicité des expériences sexuelles chez l'homme était plutôt valorisée. Jusqu'au 19^{ème} siècle, les relations sexuelles précoces étaient admises. Avec la christianisation, l'interdit de la sexualité chez les adolescents s'est installé¹⁴ et l'entrée en sexualité est devenue de plus en plus tardive. Cependant, malgré la condamnation morale, les adolescents sont nombreux à avoir des relations sexuelles avant d'entrer en union, surtout en milieu rural où elles sont mieux acceptées. A partir du 14^{ème} ou 15^{ème} anniversaire, les jeunes filles bénéficient d'une importante liberté de mouvement.

⁹Marianot 2004 ; Gastineau et Binet, 2006.

¹⁰ La population locale appelle ce terme « quand les filles osent des garçons », c'est à dire « quand leurs corps sont aptes à avoir des rapports sexuels ».

¹¹ Car les parents et les enfants dorment dans une même petite case.

¹² Le « *fitovoana* » est d'abord un terme qui signifie le fait pour un jeune que ce soit un adolescent ou une adolescente de prendre en main sa propre destinée. C'est une étape de la vie et tout le monde doit passer par là. Il désigne en même temps l'état d'un homme marié pendant l'absence de son épouse.

¹³ A Madagascar, on distingue deux grandes régions, le Centre qui est la région dite des « Hautes Terres » ou des « Hauts Plateaux » et les côtes. La capitale Antananarivo et sa province se situent sur les Hautes Terres.

¹⁴ Rakotomala, 1992.

Tableau 5.5.3 : Âge médian au premier rapport sexuel des femmes de 25-49 ans, par âge actuel

Région	Âges des femmes						Femmes de 25- 49 ans	Hommes de 25- 59 ans
	20 - 24 ans	25 - 29 ans	30 - 34 ans	35 - 39 ans	40 - 44 ans	45 - 49 ans		
Analamanga	17,9	17,9	18,2	18,7	19,1	18,6	18,4	18,5
Vakinankaratra	18,4	17,8	17,6	17,7	18,4	18,3	17,9	19,0
Itasy	18,3	18,3	18,1	17,8	18,9	18,4	18,3	18,8
Bongolava	18,3	18,3	18,1	17,8	18,9	18,4	18,3	17,5
Haute Matsiatra	17,0	17,2	17,3	17,6	17,5	17,8	17,4	17,6
Amoron'i Mania	17,4	17,1	16,9	18,0	17,3	18,6	17,4	18,1
Vatovavy Fitovinany	16,7	16,1	17,1	17,1	17,3	17,5	17,0	17,3
Ihorombe	15,1	15,3	15,6	15,7	15,6	15,7	15,5	16,4
Atsimo Atsinanana	15,3	15,9	15,8	16,1	16,6	17,1	16,1	17,3
Atsinanana	16,2	16,4	16,6	16,0	16,7	16,6	16,5	16,9
Analanjirifo	15,7	15,7	16,1	16,6	17,4	16,6	16,4	17,6
Alaotra Mangoro	17,1	17,2	17,3	17,0	17,8	18,0	17,4	17,7
Boeny	16,6	17,1	16,9	17,1	17,3	17,4	17,1	17,5
Sofia	15,6	15,0	16,4	16,1	16,7	16,9	16,0	17,6
Betsiboka	16,7	16,6	16,8	17,6	16,7	17,1	16,9	17,6
Melaky	15,4	15,5	15,6	15,8	15,9	15,9	15,7	17,3
Atsimo Andrefana	14,8	14,9	15,2	15,8	16,8	17,0	15,6	17,1
Androy	15,1	15,0	15,1	15,7	15,2	15,8	15,3	16,8
Anosy	15,0	15,9	15,6	15,9	16,4	15,4	15,8	17,3
Menabe	15,3	16,0	15,2	15,9	16,2	16,0	15,8	16,8
Diana	16,0	16,2	16,2	16,1	16,2	15,4	16,1	17,0
Sava	15,4	15,2	15,5	15,6	15,7	16,2	15,5	16,7
Ensemble	16,6	16,6	16,8	17,1	17,4	17,5	17,0	17,7

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.5.3 Activité sexuelle récente

A Madagascar où l'utilisation contraceptive moderne, bien qu'en nette augmentation, est peu généralisée chez les femmes en union, la fréquence des rapports sexuels constitue un facteur déterminant de l'exposition au risque de grossesse. Il est important de disposer d'informations qui permettent de déterminer la proportion de femmes sexuellement actives au moment de l'enquête. Au cours de l'ENSOMD, il a été demandé aux femmes et aux hommes quand avaient eu lieu leurs derniers rapports sexuels. Les tableaux 5.5.4, 5.5.5, 5.5.6 et 5.5.7 fournissent les résultats sur l'activité sexuelle la plus récente des femmes et des hommes, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques.

Selon le tableau 5.5.4, les résultats relatifs aux femmes indiquent que dans 62% des cas, les derniers rapports sexuels avaient eu lieu au cours des quatre dernières semaines. Dans 18% des cas, les derniers rapports sexuels avaient eu lieu au cours de la dernière année, et pour 11% des femmes, ils avaient eu lieu il y a un an ou plus. A l'opposé, 10% des femmes ont déclaré n'avoir jamais eu de rapports sexuels ; une proportion qui diminue avec l'âge. Les femmes notamment plus instruites ou vivant dans les ménages les plus aisés, sont plus nombreuses à n'avoir pas encore eu de rapports sexuels, dans la capitale. L'activité sexuelle récente des femmes varie selon les caractéristiques sociodémographiques. Les proportions de femmes sexuellement actives au cours des quatre dernières semaines augmentent avec l'âge jusqu'à 30-34ans pour atteindre un maximum de 74% puis tendent à diminuer pour atteindre un minimum de 60% à 45-49ans. Les résultats selon l'état matrimonial présentent que l'activité sexuelle au cours des quatre dernières semaines a été la plus faible (20%) parmi les célibataires et qu'à l'opposé elle a été la plus importante (84%) parmi les femmes en union.

Tableau 5.5.4 : répartition des femmes de 15-49 ans en fonction du moment auquel ont eu lieu leurs derniers rapports sexuels

Caractéristiques sociodémographiques	Derniers rapports sexuels				N'a jamais eu de rapports sexuels	Effectif des femmes
	Au cours des quatre dernières semaines	Au cours de la dernière année 1	Il y a 1 an ou plus	ND		
Groupe d'âges						
15 - 19 ans	35,6	18,6	5,8	0,0	40,0	3 340
20 - 24 ans	63,9	21,2	8,4	0,1	6,4	2 807
25 - 29 ans	72,7	17,1	9,0	0,0	1,2	2 478
30 - 34 ans	74,3	16,2	8,8	0,0	0,7	2 272
35 - 39 ans	70,2	15,6	13,8	0,1	0,3	1 989
40 - 44 ans	69,2	14,7	15,2	0,2	0,8	1 582
45 - 49 ans	59,9	17,6	21,5	0,2	0,9	1 206
Etat matrimonial						
Célibataire	20,3	20,5	12,4	0,0	46,8	3 395
En union	83,7	14,2	2,0	0,1	0,0	10 229
En rupture d'union	21,0	30,3	48,6	0,1	0,0	2 047
ND	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4
Durée de l'union 2						
00 - 04 ans	82,4	15,4	1,9	0,2	0,0	1 850
05 - 09 ans	84,4	13,7	2,0	0,0	0,0	1 849
10 - 14 ans	85,0	13,5	1,5	0,0	0,0	1 651
15 - 19 ans	85,9	12,1	2,0	0,0	0,0	1 228
20 - 24 ans	83,0	13,8	3,0	0,2	0,0	899
25 ans +	80,2	16,3	3,4	0,1	0,0	677
ND ou autre	78,8	16,9	3,8	0,4	0,0	221
Mariée plus d'une fois	83,9	14,5	1,6	0,0	0,0	1 852
Milieu						
Capitale	60,0	11,7	9,3	0,2	18,8	1 185
Autres urbains	56,3	21,2	10,5	0,0	12,0	2 007
Urbain	57,7	17,6	10,1	0,1	14,5	3 192
Rural	62,8	17,6	10,4	0,1	9,0	12 482
Niveau d'instruction						
Sans instruction	62,4	20,5	13,4	0,0	3,7	3 548
Primaire	65,4	16,7	10,3	0,1	7,5	6 753
Secondaire et plus	56,9	16,9	8,4	0,1	17,7	5 374
Quintile de consommation						
Plus pauvre	57,8	20,2	13,9	0,0	8,0	2 536
Pauvre	60,7	19,0	10,5	0,1	9,7	2 811
Moyen	62,9	17,3	10,2	0,0	9,6	3 024
Riche	64,7	16,2	9,5	0,1	9,5	3 360
Plus riche	61,9	16,6	8,8	0,1	12,8	3 941
1 Non comprises les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines.						
2 Non comprises les femmes qui ne sont pas actuellement en union.						

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Selon le milieu de résidence, les résultats montrent que la proportion de femmes sexuellement actives est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (63% contre 58%). Ce résultat s'explique par une proportion de femmes célibataires plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain. En effet, l'âge d'entrée en première union est plus précoce en milieu rural qu'en milieu urbain (18,7ans contre 20,7ans). Pour les mêmes raisons, la proportion de femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels est légèrement élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (15% contre 9%).

Notez que les proportions de femmes sexuellement actives diminuent avec le niveau d'instruction (de 62% à 57% au cours des quatre dernières semaines).

L'activité sexuelle des femmes n'est pas affectée par le niveau d'instruction mais plutôt par l'influence du niveau d'instruction sur l'âge d'entrée en première union. En effet, les femmes instruites tendent à contracter une première union plus tardive que celles sans instruction. Plus de célibataires sont moins actives sexuellement parmi les femmes instruites que parmi les autres. Il est constaté que parmi les femmes de niveau secondaire ou plus, 18% n'avaient jamais eu de rapports sexuels contre 4% parmi celles sans instruction.

L'examen des résultats par région, selon le tableau 5.5.5, fait apparaître des variations importantes, la proportion de femmes sexuellement actives au cours des quatre dernières semaines variant d'un minimum de 51% dans l'Androy à un maximum de 70% dans les régions Sava et Bongolava.

Tableau 5.5.5 : répartition des femmes de 15-49 ans en fonction du moment auquel ont eu lieu leurs derniers rapports sexuels

Caractéristiques sociodémographiques	Derniers rapports sexuels				N'a jamais eu de rapports sexuels	Effectif des femmes
	Au cours des quatre dernières semaines	Au cours de la dernière année 1	Il y a 1 an ou plus	ND		
Region						
Analamanga	62,4	10,4	10,1	0,1	17,0	2 793
Vakinankaratra	60,2	10,8	8,3	0,3	20,5	1 257
Itasy	59,9	10,0	10,7	0,0	19,4	540
Bongolava	70,3	14,2	6,4	0,0	9,1	302
Haute Matsiatra	56,3	21,3	10,3	0,0	12,1	777
Amoron'i Mania	62,4	12,2	13,2	0,0	12,2	454
Vatovavy Fitovinany	53,9	22,4	15,3	0,1	8,2	995
Ihorombe	67,0	17,4	9,4	0,2	5,9	214
Atsimo Atsinanana	57,3	19,7	16,9	0,1	6,0	586
Atsinanana	63,8	20,3	8,6	0,0	7,3	999
Analanjirifo	68,0	20,5	8,5	0,0	3,0	745
Alaotra Mangoro	64,3	16,7	10,2	0,0	8,8	775
Boeny	56,0	20,8	15,2	0,0	8,0	559
Sofia	62,7	23,4	10,0	0,0	3,8	852
Betsiboka	59,7	18,8	10,7	0,1	10,7	224
Melaky	63,0	22,0	10,4	0,0	4,5	201
Atsimo Andrefana	66,2	20,0	9,9	0,0	3,9	929
Androy	50,6	33,6	12,4	0,2	3,3	390
Anosy	58,6	22,7	11,8	0,1	6,7	449
Menabe	67,5	22,2	6,6	0,4	3,4	431
Diana	62,2	22,6	7,3	0,0	8,0	560
Sava	70,0	18,3	6,7	0,0	5,0	643
Ensemble	61,8	17,6	10,4	0,1	10,1	15 674
1 Non comprises les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines.						
2 Non comprises les femmes qui ne sont pas actuellement en union.						

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Selon le tableau 5.5.5 qui présente les résultats pour les hommes, il apparaît que près de 68% des hommes de 15-49ans avaient été sexuellement actifs au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Un peu plus d'un homme sur sept (15%) avait été sexuellement actif au cours de l'année précédant l'enquête et pour 5% des hommes, les rapports sexuels avaient eu lieu il y a une année ou plus. 12% des hommes ont déclaré n'avoir jamais eu de rapports sexuels.

Selon le tableau 5.5.6, la proportion d'hommes dont les derniers rapports sexuels ont eu lieu récemment augmente avec l'âge, variant d'un minimum de 27% à 15-19ans à un maximum de 85% à 35-39 ans et 40-44ans. Cette activité sexuelle plus faible chez les jeunes s'explique en grande partie par la prédominance de célibataires dans ces groupes d'âges. De même que chez les femmes, la proportion de ceux qui ont été sexuellement actifs au cours des quatre dernières semaines est la plus élevée parmi ceux en union (87% contre 52% parmi ceux en rupture d'union et 33% parmi les célibataires). En outre, la même tendance que chez les femmes est observée en fonction de la durée de l'union, la proportion d'hommes sexuellement actifs au cours des quatre dernières semaines variant de 85% pour les unions d'une durée de 0-4ans à un maximum de 91% pour les unions qui durent de 15-19ans. Au-delà, la proportion d'hommes sexuellement actifs diminue et porte sur 77% des hommes dont la durée de l'union est de 25 ans ou plus. Les variations selon le niveau d'instruction s'expliquent, comme chez les femmes, par l'influence du niveau d'instruction sur l'âge d'entrée en première union. En effet, parmi les hommes de niveau secondaire ou plus, 18% n'avaient jamais eu de rapports sexuels contre 10% parmi ceux sans instruction.

Il est constaté chez les hommes que l'activité sexuelle récente n'est guère influencée par le milieu de résidence.

Selon le tableau 5.5.7, les proportions les plus élevées d'hommes dont les derniers rapports sexuels ont eu lieu au cours des quatre dernières semaines, sont observés dans les régions Menabe (81%), et Atsimo Andrefana (77%). Les régions Vatovavy Fitovinany (60%), Vakinankaratra et Itasy (61%) se caractérisent par les proportions les plus faibles.

Tableau 5.5.6. Répartition (en %) des hommes de 15-49 ans en fonction du moment auquel ont eu lieu leurs derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques socio-démographiques	Derniers rapports sexuels				N'a jamais eu de rapports sexuels	Effectif des hommes
	Au cours des quatre dernières semaines	Au cours de la dernière année 1	Il y a 1 an ou plus	ND		
Groupe d'âges						
15 - 19 ans	27,4	15,8	3,7	0,0	53,1	1 446
20 - 24 ans	62,7	18,8	7,5	0,0	10,9	1 181
25 - 29 ans	81,1	14,5	2,9	0,0	1,5	983
30 - 34 ans	83,9	11,9	2,9	0,2	1,1	987
35 - 39 ans	84,9	12,1	2,4	0,4	0,2	854
40 - 44 ans	85,2	10,9	3,5	0,3	0,0	783
45 - 49 ans	77,9	17,9	4,2	0,0	0,0	517
Etat matrimonial						
Célibataire	33,1	19,2	7,1	0,0	40,7	2 261
En union	87,3	11,1	1,3	0,2	0,0	4 179
En rupture d union	51,5	29,8	17,9	0,0	0,8	310
ND	17,9	82,1	0,0	0,0	0,0	1
Durée de l'union						
00 - 04 ans	85,3	12,5	2,1	0,0	0,0	761
05 - 09 ans	90,5	8,7	0,5	0,3	0,0	818
10 - 14 ans	87,4	10,9	1,6	0,1	0,0	692
15 - 19 ans	89,3	8,6	1,5	0,6	0,0	518
20 - 24 ans	87,6	11,8	0,5	0,0	0,0	298
25 ans +	77,3	21,1	1,6	0,0	0,0	161
ND ou autre	83,6	9,9	4,1	1,0	1,4	94
Mariée plus d une fois	87,0	11,9	0,9	0,2	0,0	837
Milieu						
Capitale	67,5	10,0	4,5	0,1	17,8	534
Autres urbains	67,1	15,1	3,3	0,0	14,5	792
Urbain	67,2	13,1	3,8	0,1	15,8	1 326
Rural	67,6	15,1	4,0	0,2	13,2	5 425
Niveau d'instruction						
Sans instruction	69,3	15,4	4,8	0,0	10,4	1 308
Primaire	70,5	14,5	3,7	0,2	11,1	2 805
Secondaire et plus	63,4	14,5	3,9	0,2	18,0	2 638
Quintile de consommation						
Plus pauvre	66,6	14,7	4,7	0,3	13,7	973
Pauvre	65,0	16,3	4,1	0,1	14,5	1 207
Moyen	68,1	14,1	3,9	0,0	13,8	1 246
Riche	67,6	14,4	3,6	0,2	14,2	1 518
Plus riche	69,2	14,3	3,9	0,1	12,5	1 806
1 Non compris les hommes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines.						
2 Non compris les hommes qui ne sont pas actuellement en union.						

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau 5.5.7. Proportion d'hommes de 15-49 ans en fonction du moment auquel ont eu lieu leurs derniers rapports sexuels, selon les régions

Région	Derniers rapports sexuels				N'a jamais eu de rapports sexuels	Effectif des hommes
	Au cours des quatre dernières semaines	Au cours de la dernière année 1	Il y a 1 an ou plus	ND		
Analama	67,5	11,8	3,7	0,3	16,7	1 462
Vakinankaratra	61,4	14,0	6,2	0,0	18,4	584
Itasy	61,4	13,8	4,6	0,0	20,2	279
Bongolava	69,2	15,3	4,1	0,3	11,1	144
Haute Matsiatra	56,7	22,0	5,6	0,0	15,7	405
Amoron'i Mania	67,2	14,5	4,2	0,2	14,0	233
Vatovavy Fitovinany	60,1	21,5	7,4	0,7	10,3	446
Ihorombe	74,4	13,8	3,5	0,0	8,3	107
Atsimo Atsinanana	62,3	15,3	9,0	0,0	13,3	242
Atsinanana	75,2	14,3	3,0	0,7	6,8	476
Analajirofo	74,5	14,2	3,5	0,0	7,8	401
Alaotra Mangoro	69,1	17,1	3,1	0,0	10,7	392
Boeny	63,6	15,5	8,6	0,0	12,3	259
Sofia	67,0	23,0	3,3	0,0	6,6	399
Betsiboka	66,3	18,6	4,4	0,0	10,7	103
Melaky	70,3	16,8	2,8	0,0	10,2	95
Atsimo Andrefana	77,0	9,2	6,6	0,5	6,7	402
Androy	64,5	20,3	2,2	0,0	13,0	189
Anosy	70,5	12,5	5,2	0,0	11,9	210
Menabe	81,0	11,8	2,7	0,7	3,7	173
Diana	70,9	15,7	4,8	0,0	8,6	242
Sava	71,0	16,4	4,3	0,0	8,3	360
Ensemble 15 - 49 ans	67,5	14,7	4,0	0,1	13,7	6 751
Hommes 50 - 59 ans	68,9	20,0	10,2	0,7	0,3	852
Ensemble des hommes 15 - 59 ans	67,6	15,3	4,7	0,2	12,2	7 603
1 Non compris les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines.						
2 Non compris les hommes qui ne sont pas actuellement en union.						

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.5.4 Niveau de fécondité et fécondité différentielle

Le niveau de la fécondité est mesuré par les taux de fécondité par groupe d'âges et l'indice synthétique de fécondité (ISF). Les taux de fécondité par groupe d'âges sont calculés en rapportant les naissances vivantes issues des femmes de chaque groupe d'âges à l'effectif des femmes du groupe d'âges correspondant.

L'ISF est obtenu à partir du cumul des taux de fécondité par âge. Il mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait eu une femme, en fin de vie féconde, si les conditions et le niveau actuel de la fécondité restaient invariables. Les taux présentés suivants ont été calculés pour une période de trois années précédant l'enquête. Cette période de 3 années a été choisie pour répondre à trois objectifs importants :

- fournir des indicateurs de fécondité les plus récents possibles ;
- minimiser les erreurs de sondage ;
- éviter au maximum les problèmes de transfert de dates de certaines naissances.

Tableau 5.5.8 : Taux de fécondité par âge, indice synthétique de fécondité (ISF), taux brut de natalité (TBN) et taux global de fécondité générale (TGFG) pour la période des trois années précédant l'enquête par milieu de résidence

Groupe d'âges	Milieu de résidence				
	Capitale	Autres urbains	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
15-19	77	92	86	180	163
20-24	178	155	163	248	231
25-29	157	167	163	227	213
30-34	97	137	124	193	179
35-39	80	80	80	149	134
40-44	29	26	27	77	66
45-49	15	3	8	26	23
TGFG	101	106	105	175	161
ISF	3,2	3,3	3,3	5,5	5,0
TBN	22	28	26	37	34

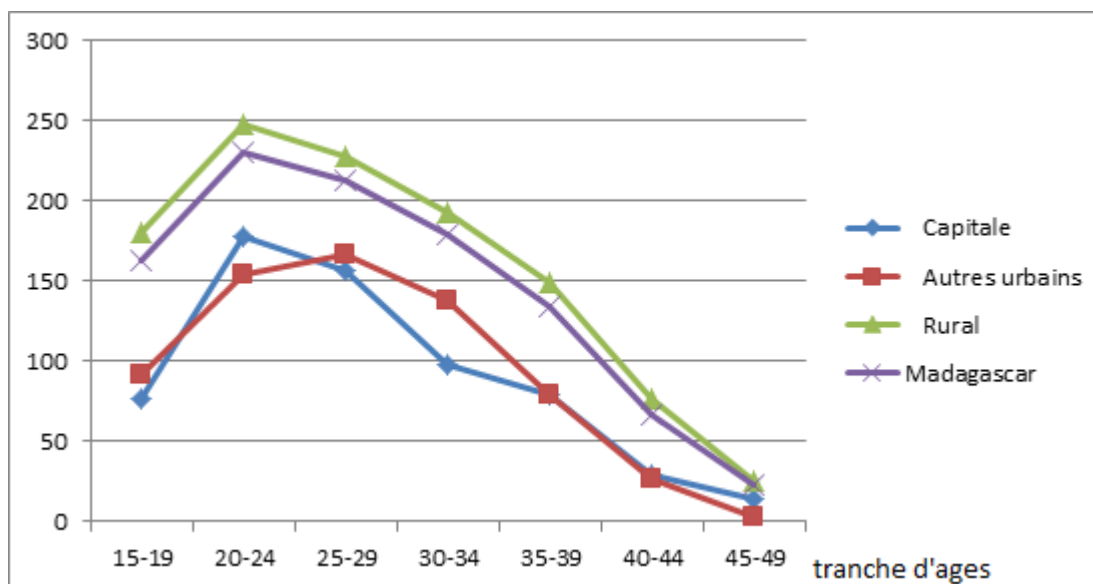
Notes: Les taux sont exprimés pour 1 000 femmes.
 Les taux pour le groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ce groupe d'âges. Les taux correspondent à la période 1-36 mois avant l'interview.
 ISF: indice synthétique de fécondité exprimé pour une femme.
 TGFG: taux global de fécondité générale exprimé pour 1 000 femmes.
 TBN: taux brut de natalité exprimé pour 1 000 individus.

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

La courbe des taux de fécondité par groupe d'âges, illustrée par le graphique 5.4.3, présente une allure classique, celle généralement observée dans les pays à forte fécondité. Sur l'ensemble du pays, il est constaté une fécondité précoce avec un taux de fécondité des adolescentes de 163 ‰ à 15-19ans et une fécondité maximale atteinte dès 20-24ans avec un taux de 231‰ et qui se maintient

à un niveau relativement élevé jusqu'à 35-39ans où le taux se situe encore à 134%. À partir de 40 ans, il est constaté une baisse importante du niveau de la fécondité. A 45-49ans, le taux de fécondité est le plus faible (23%). La fécondité des femmes Malagasy demeure élevée, puisqu'en parvenant en fin de vie féconde, une femme a en moyenne 5 enfants.

Graphique 5.5.3 Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence



SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Le taux global de fécondité générale (TGFG), qui mesure le nombre annuel moyen de naissances vivantes pour 1000 femmes en âge de procréer, est estimé à 161‰ ; le taux brut de natalité (TBN), estimé à 34‰. Il correspond au nombre annuel moyen de naissances vivantes survenues dans la population totale.

En considérant les résultats par milieu de résidence, il est observé qu'à tous les âges les femmes du milieu rural présentent une fécondité beaucoup plus élevée que celles du milieu urbain. En milieu rural, cette fécondité est plus précoce puisqu'à 15-19 ans, le taux est estimé à 180‰ contre 86‰ en urbain et un minimum de 77‰ dans la capitale.

L'ISF qui en résulte est estimé à 5,5 enfants par femme en milieu rural contre 3,3 enfants en milieu urbain. Les femmes du milieu rural présentent une fécondité beaucoup plus élevée que celles du milieu urbain. En effet, si le taux de fécondité est de 105‰ en milieu urbain, il est de 175‰ en milieu rural. Dans la capitale, le nombre d'enfants par femmes est le plus faible (3,2 enfants). La différence est peu importante entre la capitale et les autres villes (3,2 contre 3,3 enfants par femme).

Le tableau 5.5.9 présente le nombre moyen d'enfants (ISF) par femme selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Il montre également la proportion de femmes enceintes au moment de l'enquête ainsi que le nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, un indicateur indirect de la descendance finale.

Tableau 5.5.9: Proportion de femmes de 15-49 ans actuellement enceintes et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, selon certaines caractéristiques

Caractéristiques sociodémographiques	Indice synthétique de fécondité	femme actuellement enceinte	Nombre moyen d'enfants nés vivant des femmes de 40-49 ans
Milieu de résidence			
Capitale	3,2	4,2	3,1
Autres urbain	3,3	5,1	3,8
Ensemble urbain	3,3	4,8	3,6
Rural	5,5	8,0	5,3
Niveau d'instruction			
Sans instruction	6,6	9,3	5,6
Primaire	5,6	8,1	5,4
Secondaire ou plus	3,6	5,5	4,1
Quintile de consommation			
Plus pauvres	7,9	7,6	6,8
Second	6,0	8,4	5,9
Moyen	5,5	8,1	5,3
Quatrième	4,3	7,1	4,4
Plus riches	2,8	6,1	3,3
Ensemble	5,0	7,3	4,9

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Il est constaté que le niveau d'instruction et le statut économique du ménage influent considérablement sur le nombre d'enfants. En effet, les femmes sans instruction présentent une fécondité près de trois fois plus élevée (6,6 enfants) que celles ayant atteint le niveau secondaire complet (2,3 enfants). Le nombre d'enfants par femme diminue des ménages les plus pauvres à ceux les plus riches, passant de 7,9 enfants à 2,8 enfants. L'ISF est plus de deux fois et demie plus élevé dans les ménages les plus pauvres que dans ceux les plus riches. De plus, les écarts entre milieux de résidence sont importants. Le niveau de fécondité est le plus élevé en milieu rural et il est le plus faible dans la capitale (5,5 enfants contre 3,2 enfants).

Selon le tableau 5.5.10, les variations selon les régions sont également importantes. Il est possible de distinguer trois groupes de régions :

- celles à fécondité relativement faible telles qu'Analamanga (3,5 enfants), Atsinanana (4,1 enfants), Diana (4,1 enfants), Analanjirofo (4,4 enfants) et Itasy (4,8 enfants) ;
- celles à fécondité moyenne ou légèrement supérieure à la moyenne nationale telles que Sofia (5,2 enfants), Vakinankaratra (5,4 enfants), Ihorombe (5,8 enfants), et Menabe (5,9 enfants) ;
- celles à fécondité élevée telles que Vatovavy Fitovinany (6,1 enfants), Atsimo Andrefana (6,0 enfants), Atsimo Atsinanana (6,8 enfants), et Androy (8,4 enfants).

Tableau 5.5.10 : Proportion de femmes de 15-49 ans actuellement enceintes et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, selon les régions

Région	Indice synthétique de fécondité	Femme actuellement enceinte	nombre moyen d'enfants nés vivant des femmes de 40-49 ans
Analamanga	3,5	5,5	3,9
Vakinankaratra	5,4	7,6	5,7
Itasy	4,8	6,1	6,0
Bongolava	6,1	7,3	6,0
Haute Matsiatra	5,1	6,8	5,4
Amoron'i Mania	6,2	9,0	5,0
Vatovavy Fitovinany	6,1	7,5	5,3
Ihorombe	5,8	10,1	5,1
Atsimo Atsinanana	6,8	8,8	5,8
Atsinanana	4,1	5,1	4,3
Analanjirofo	4,4	5,9	4,4
Alaotra Mangoro	4,6	6,7	4,8
Boeny	4,7	6,2	4,0
Sofia	5,2	6,9	5,7
Betsiboka	5,1	8,3	5,7
Melaky	5,1	11,7	5,6
Atsimo Andrefana	6,0	12,9	5,0
Androy	8,4	11,6	5,8
Anosy	6,2	10,3	5,7
Menabe	5,9	10,6	5,8
Diana	4,1	5,9	4,5
Sava	4,4	5,4	4,1
Ensemble	5,0	7,3	4,9

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Aux tableaux 5.5.9 et 5.5.10 figure le nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, qui est assimilable à la descendance finale. A l'inverse de l'ISF qui mesure la fécondité actuelle des femmes de 15-49 ans, ce nombre moyen résulte de la fécondité passée des femmes enquêtées qui atteignent la fin de leur vie féconde. Dans une population où la fécondité reste invariable, cette descendance tend à se rapprocher de l'ISF. Par contre, lorsque l'ISF est inférieur au nombre moyen d'enfants par femme en fin de vie féconde, cela indique une tendance à la baisse de la fécondité. À l'ENSOMD de Madagascar, l'écart entre l'ISF (5,2 enfants) et la descendance finale (4,9 enfants) est peu important mais tend à indiquer une hausse de la fécondité sur les trois dernières années.

A l'exception des régions Amoron'i Mania, Vatovavy Fitovinany, Atsimo Atsinanana, Atsimo Andrefana et Androy, des femmes du quintile le plus pauvre où l'ISF reste supérieur à la descendance, et des femmes sans instruction chez qui il est noté un écart significatif entre les deux indicateurs (6,6 enfants contre 5,6 enfants), la hausse de la fécondité ne semble concerner que les femmes des ménages vulnérables.

Par ailleurs, 7% des femmes enquêtées se sont déclarées enceintes. Cette proportion est probablement sous-estimée dans la mesure où les enquêtées en début de grossesse ne savent si elles sont enceintes et n'ont déclaré leur état. Il est constaté que les variations des proportions de femmes enceintes suivent celles du niveau de la fécondité actuelle.

5.5.5 Tendances de la fécondité

Outre l'actuelle ENSOMD, Madagascar a réalisé quatre enquêtes démographiques et de santé dont l'un des objectifs principaux est l'estimation des niveaux de fécondité. Selon le tableau 5.4.11, cinq sources de données : l'ENDS1992, l'EDS 1997, l'EDSMD-III2003-2004, l'EDSMD-IV 2008-2009 et l'ENSOMD 2012-2013 permettent de retracer les tendances de la fécondité.

Tableau 5.5.11 : Taux de fécondité par âge et indice synthétique de fécondité selon l'ENDS (1992), l'EDS (1997), l'EDSMD-III (2003-2004), l'EDSM-IV (2008-2009) et l'ENSOMD (2012-2013)

Groupe d'âges	ENDS 1992 ¹	EDS 1997 ²	EDSMD-III 2003-2004 ³	EDSMD-IV 2008-2009 ⁴	ENSOMD 2012-2013
15-19	157	180	150	148	163
20-24	270	279	245	234	231
25-29	272	254	235	207	213
30-34	226	215	189	169	179
35-39	192	152	130	131	134
40-44	89	88	69	63	66
45-49	19	25	17	13	23
ISF 15-49 ans	6,1	6,0	5,2	4,8	5,0

Note: Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1 000 femmes.

¹Enquête Nationale Démographique et Sanitaire 1992. CNRE et Macro International Inc. 1994.

²Enquête Démographique et de Santé 1997. INSTAT/DDSS et Macro International Inc. 1998.

³Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2003-2004. INSTAT et ORC Macro. 2005.

⁴Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009. INSTAT et ORC Macro. 2010.

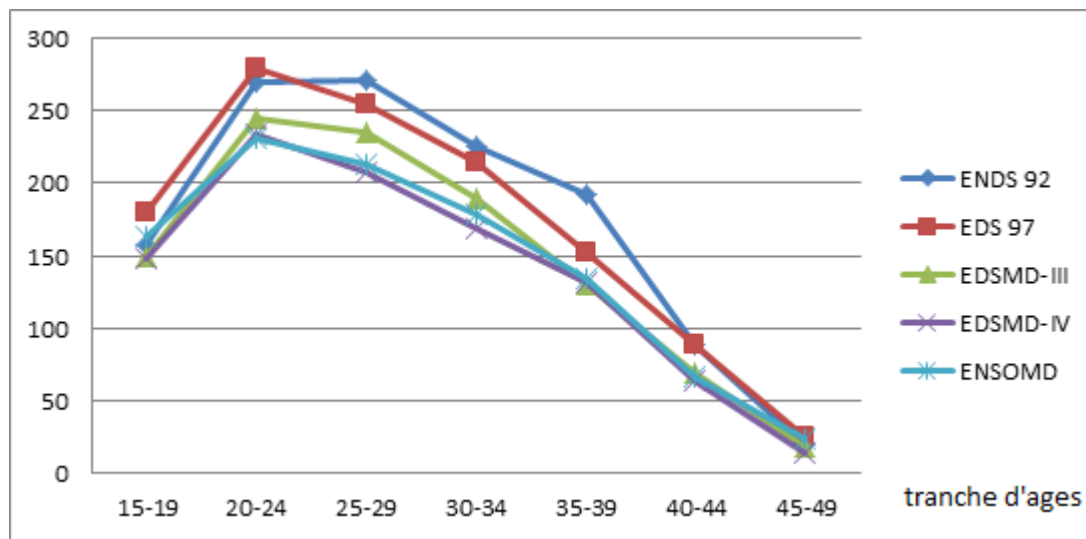
SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Le graphique 5.5.4 présente une certaine similarité de l'allure des courbes qui sont toutes caractérisées par :

- une précocité de la fécondité : à 15-19 ans, quelle que soit l'année de l'enquête, le taux est estimé à au moins 148 naissances pour 1 000 femmes ;
- un maximum du niveau de la fécondité généralement atteint à 20-24 ans.

Par contre, si en 2008-2009 il a été constaté que le niveau de fécondité diminue rapidement après le maximum atteint à 20-24 ans, en 2012-2013, il est observé que la fécondité des femmes connaît une hausse dans le groupe d'âges des jeunes de 15-19 ans, et que la diminution s'effectue moins brutalement à tel point que la fécondité aux âges avancés (25 à 39 ans) reste relativement élevée.

Graphique 5.5.4 Taux de fécondité par âge selon les sources



SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

La comparaison des taux de l'enquête actuelle (calculée sur les trois années précédant l'enquête) avec ceux de l'EDS-IV met en évidence une hausse du niveau de la fécondité pour se situer entre celui de 2003-2004 et celui de 2008-2009, avec un ISF de 5,0. Historiquement, entre les enquêtes de 1992 et 1997 et celle de 2003-2004, les taux de fécondité ont baissé à tous les âges, l'ISF passant de 6,1 à 5,2. Par contre, la hausse de fécondité actuelle par rapport à 2008-2009 concerne tous les tranches d'âges sauf les 20-24 ans.

Selon le tableau 5.4.12 et le graphique 5.4.5, les données collectées lors de l'ENSOMD permettent de retracer les tendances passées de la fécondité à partir des taux de fécondité par groupe d'âges des femmes, par période quinquennale, avant l'enquête, depuis le début des années 1990. Ainsi, la comparaison des taux des périodes 15-19 ans et 10-14 ans avant l'enquête ne fait apparaître aucune évolution claire. Les taux à 30-34 ans et plus de la période 5-9 ans avant l'ENSOMD sont légèrement plus faibles que ceux de la période précédente. La comparaison des courbes met principalement en évidence une baisse peu accentuée des taux à tous les âges à partir de 20 ans, entre la période 5-9 ans avant l'enquête, incluant la période 2003-2004, et la période la plus récente.

Tableau 5.5.12: Taux de fécondité par âge par période de cinq ans précédant l'enquête, selon l'âge de la mère au moment de la naissance de l'enfant

Groupe d'âges	Nombre d'années précédant l'enquête			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	156	156	151	118
20-24	232	244	259	218
25-29	213	230	255	242
30-34	176	207	229	[216]
35-39	134	154	[193]	.
40-44	69	[105]	.	.
45-49	[24]	.	.	.

Note: Les taux de fécondité par groupe d'âges sont exprimés pour 1000 femmes. Les taux entre crochets sont calculés sur la base des données incomplètes.

Les taux excluent le mois de l'interview.

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Par exemple, dans le groupe d'âges 20-24 ans, le taux qui était estimé à 244 ‰, 5-9 ans avant l'enquête, se situe à 232 ‰ au cours de la période la plus récente. De même, au cours de ladite période, les taux sont passés de 230 ‰ à 213 ‰ à 25-29 ans, et de 207 ‰ à 176 ‰ à 30-34 ans. Ces résultats semblent affirmer que la tendance à la baisse rapide de la fécondité observée dans le passé récent s'est estompée durant la crise.

5.5.6 Parité et stérilité primaire

Lors de l'enquête, il a été posé aux femmes une série de questions pour déterminer le nombre total d'enfants qu'elles ont eu au cours de leur vie. Les résultats présentés dans le tableau 5.5.13 ont permis de calculer les parités moyennes par groupe d'âges pour toutes les femmes et uniquement pour les femmes en union.

Le tableau 5.5.13 présente la répartition de toutes les femmes et des femmes actuellement en union, selon le nombre total d'enfants qu'elles ont mis au monde. Les femmes Malagasy de 15-49 ans à l'enquête ont donné naissance, en moyenne, à 2,7 enfants dont 2,5 enfants sont encore en vie, ce qui signifie qu'environ 7% de enfants sont décédés. Le nombre moyen d'enfants augmente avec l'âge, de 0,4 à 15-19 ans. Il atteint 1,4 à 20-24 ans et un maximum de 5,1 à 45-49 ans. Par ailleurs, la répartition des femmes, selon le nombre de naissances, met en évidence une fécondité précoce élevée ; près du tiers des jeunes femmes âgées de moins de 20 ans (31%) ont déjà donné naissance à au moins un enfant, et quatre femmes de 20-24 ans sur dix ont déjà donné naissance à au moins 2 enfants ; 9% des femmes de 45-49 ans ont donné naissance à au moins 10 enfants.

Le nombre moyen d'enfants des femmes de 45-49 ans, qui correspond à la descendance finale des femmes, a connu une baisse (5,7 enfants contre 5,1 enfants) par rapport au niveau estimé lors de l'EDS 2008-2009. En général, la fécondité des femmes en union est supérieure à celle de l'ensemble

des femmes (nombre moyen de 5,4 enfants contre 5,1 à 45-49 ans). Cependant, les résultats concernant les femmes actuellement en union diffèrent peu de ceux se rapportant à toutes les femmes, excepté aux âges les plus jeunes. En effet, plus de sept femmes sur dix, actuellement en union et âgées de 15-19 ans, ont déjà au moins un enfant contre 31% pour toutes les femmes. De même, à 20-24 ans, 91% des femmes en union ont déjà au moins un enfant contre 75% pour l'ensemble des femmes. A partir de 25 ans, âge au-delà duquel la majorité des femmes sont en union, les écarts se réduisent considérablement : ainsi, à 25-29 ans, la parité moyenne des femmes en union est de 2,8 enfants, contre 2,6 enfants pour l'ensemble des femmes.

Tableau 5.5.13 : Proportion de toutes les femmes et de celles actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, par nombre moyen d'enfants nés vivants et par nombre moyen d'enfants survivants, selon le groupe d'âges des femmes

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivant											Total	Effectif des femmes	nombre moyen d'enfants nés vivant	nombre moyen d'enfants survivants
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				
	ENSEMBLE DES FEMMES														
15-19	68,5	23,4	6,3	1,4	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3388	0,42	0,40
20-24	25,3	32,6	24,8	12,1	3,5	1,2	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	100,0	2804	1,42	1,33
25-29	8,2	17,7	25,2	23,0	13,4	7,8	3,3	1,1	0,0	0,2	0,1	100,0	2477	2,61	2,48
30-34	4,3	9,1	19,9	20,6	17,7	11,4	8,0	4,0	2,9	1,1	0,8	100,0	2222	3,57	3,35
35-39	3,4	6,5	13,3	17,9	15,2	13,8	11,4	7,7	5,6	3,0	2,2	100,0	1984	4,34	4,01
40-44	4,2	7,1	10,7	13,3	14,7	13,2	9,7	8,7	7,6	4,8	6,0	100,0	1628	4,82	4,39
45-49	4,6	6,5	11,7	12,5	14,8	9,7	8,7	9,2	6,8	6,3	9,2	100,0	1172	5,05	4,56
Ensemble	22,2	17,0	16,3	13,7	10,0	7,0	4,8	3,3	2,4	1,6	1,7	100,0	15675	2,70	2,50
FEMME ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	26,4	50,5	17,3	4,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	979	1,04	0,98
20-24	9,2	35,5	31,2	16,7	5,0	1,8	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	100,0	1775	1,81	1,71
25-29	4,1	14,9	25,8	26,1	14,7	9,3	3,4	1,3	0,1	0,3	0,1	100,0	1888	2,84	2,69
30-34	2,6	7,5	18,9	21,7	18,8	12,2	8,8	4,4	3,1	1,2	0,9	100,0	1813	3,75	3,52
35-39	2,8	4,6	11,9	18,3	14,5	14,7	12,7	8,2	6,5	3,2	2,5	100,0	1573	4,56	4,23
40-44	2,6	6,4	10,0	13,2	13,9	13,2	10,2	9,2	8,8	5,8	6,6	100,0	1233	5,07	4,61
45-49	2,8	5,9	10,0	12,5	13,6	9,8	8,6	10,9	7,5	7,4	10,9	100,0	869	5,42	4,91
Ensemble	6,3	17,1	19,3	17,7	12,3	9,0	6,2	4,4	3,3	2,1	2,3	100,0	10130	3,42	3,18

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Les femmes en union qui restent volontairement sans enfant sont relativement rares à Madagascar (moins de 3% à 40-49 ans). Par conséquent, la parité zéro des femmes actuellement en union et âgées de 45-49 ans, âges auxquels l'arrivée d'un premier enfant est peu probable, permet d'estimer

le niveau de la stérilité totale ou primaire. A Madagascar, 2,8% des femmes de 45-49 ans en union n'ont jamais eu d'enfant et peuvent être considérées comme stériles. Ce niveau a diminué si l'on se réfère à celui de l'EDS de 2008-2009 avec une proportion de 4,7%.

5.5.7 Intervalle intergénérisique

L'intervalle intergénérisique qui sépare la naissance d'un enfant de la naissance précédente influe sur l'état de santé de l'enfant et sur celui de sa mère. Les intervalles inférieurs à 24 mois font courir à l'enfant et à la mère des risques de morbidité et de mortalité accrus.

Le tableau 5.5.14 présente la répartition des naissances des 5 années précédant l'enquête selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente et en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques. Il est observé que 35% des naissances sont produites après un bref intervalle, moins de 24 mois, par rapport à la naissance précédente. Dans 40 % des cas, les naissances sont survenues entre 24 et 35 mois. Seulement dans 8 % des cas, l'intervalle avec la naissance précédente est de 48 mois ou plus. Le nombre médian de mois écoulés depuis la naissance précédente est estimé à 26 mois.

Tableau 5.5.14 : Proportion de naissances, autres que les naissances de rang un, survenues au cours des cinq années précédant l'enquête, par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, et nombre médian de mois depuis la naissance précédente, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Nombre de mois depuis la naissance précédente						Total	Effectif des naissances qui ne sont pas de premier rang	Nombre mé- dian de mois écoulés depuis la naissance précédente
	7-17	18-23	24-35	36-47	48-59	60+			
Groupe d'âges									
15-19	23,7	21,6	40,9	11,1	1,9	0,8	100,0	370	24,0
20-29	14,3	20,5	39,4	17,3	6,8	1,7	100,0	4606	27,0
30-39	14,1	18,1	41,1	18,5	6,1	2,2	100,0	4377	27,0
40-49	18,7	17,7	41,3	13,9	7,4	1,0	100,0	1411	24,0
Sexe de la naissance précédente									
masculin	15,9	18,1	40,0	17,9	6,4	1,7	100,0	5445	27,0
féminin	14,3	21,1	40,3	16,2	6,2	1,8	100,0	5310	26,0
Survie de la naissance précédente									
vivant	13,8	19,6	40,9	17,5	6,4	1,9	100,0	10137	27,0
décédé	34,1	18,4	30,3	12,2	4,9	0,1	100,0	622	19,0
Rang de naissance									
1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	Na
2-3	15,3	19,0	39,1	17,6	7,0	2,0	100,0	5178	27,0
4-5	13,9	19,7	41,4	16,8	6,3	1,9	100,0	2939	27,0
6+	16,0	20,3	41,0	16,5	5,0	1,2	100,0	2647	26,0
Milieu de résidence									
Capitale	9,5	14,8	43,6	17,1	13,3	1,7	100,0	424	29,0
Autres urbains	14,4	15,2	36,3	21,2	10,3	2,5	100,0	1082	29,0
Ensemble Urbain	12,5	15,1	39,1	19,6	11,5	2,2	100,0	1506	29,0
Rural	15,4	20,0	40,3	16,8	5,8	1,7	100,0	9258	26,0
Niveau d'instruction									
Sans Instruction	18,2	19,7	41,9	15,3	3,9	1,0	100,0	4076	25,0
Primaire/alphabétisé	13,8	19,6	40,3	17,5	6,8	2,1	100,0	4608	27,0
Secondaire ou plus	12,5	18,9	36,4	19,6	10,0	2,6	100,0	2080	28,0
Quintile de consommation									
Plus pauvres	16,9	21,0	41,8	14,6	4,4	1,3	100,0	3088	25,0
Second	13,2	20,8	41,9	17,2	5,3	1,6	100,0	2480	27,0
Moyen	15,0	17,9	41,5	17,1	7,2	1,2	100,0	2188	27,0
Quatrième	16,1	17,6	36,9	20,2	7,3	1,9	100,0	1801	27,0
Plus riches	12,4	17,5	30,7	20,9	13,3	5,1	100,0	1206	29,0
Ensemble	15,1	19,5	40,2	17,1	6,3	1,8	100,0	10764	26,0
Note: Les naissances de rang 1 sont exclues. L'intervalle pour les naissances multiples est le nombre de mois écoulés depuis la grossesse précédente qui a abouti à une naissance vivante.									

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Cet intervalle intergénérisique médian présente des variations importantes en fonction des caractéristiques sociodémographiques des femmes. Les résultats mettent en évidence un intervalle intergénérisique médian beaucoup plus bref, 24 mois, chez les jeunes femmes de 15-19 ans que chez les autres. Dans ce groupe d'âges, 45% des naissances sont survenues moins de 24 mois après la naissance précédente contre 35% à 20-29 ans. L'intervalle médian est très bref lorsque la naissance est venue 19 mois après le décès de l'enfant précédent. Dans ce cas, 53% des naissances sont survenues après un intervalle de moins de 24 mois. L'intervalle médian avec la naissance précédente est plus bref en milieu rural que dans les autres milieux (26,0 contre 29,0 dans la capitale et les autres villes). Notez que la longueur de l'intervalle intergénérisique médian augmente avec le niveau d'instruction et l'amélioration du statut économique du ménage.

Sur le tableau 5.5.15, les régions Betsiboka (39%), Androy (44%) et Anosy (45%) enregistrent les proportions les plus élevées de naissances qui se sont produites après un intervalle de moins de 24 mois. A l'opposé, les régions Atsinanana (27%), Sava (28%), Sofia (30%), Itasy (30%), et Alaotra Mangoro (31%) sont celles qui se caractérisent par les proportions relativement les plus faibles.

Tableau 5.5.15: Répartition (en %) des naissances, autres que les naissances de rang un, survenues au cours des cinq années précédant l'enquête, par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, et nombre médian de mois depuis la naissance précédente, selon les régions

Région	Nombre de mois depuis la naissance précédente:						Total	Effectif des naissances qui ne sont pas de premier rang	Nombre médian de mois écoulés depuis la naissance précédente
	7-17	18-23	24-35	36-47	48-59	60+			
Analamanga	11,3	20,9	35,4	18,3	9,7	4,3	100,0	749	28,0
Vakinankaratra	15,4	20,2	43,0	15,7	4,6	1,0	100,0	504	25,0
Itasy	9,1	20,9	45,5	17,2	6,0	1,4	100,0	445	27,0
Bongolava	11,8	24,3	39,8	16,4	6,9	0,9	100,0	555	26,0
Haute Matsiatra	10,5	24,8	44,3	13,7	4,6	2,2	100,0	474	26,0
Amoron'i Mania	16,9	18,8	44,1	15,4	3,8	0,9	100,0	527	25,0
Vatovavy Fitovinany	18,7	16,5	38,0	20,7	4,2	1,9	100,0	550	28,0
Ihorombe	14,8	21,9	44,2	14,3	4,8	0,0	100,0	579	26,0
Atsimo Atsinanana	16,7	14,2	45,5	16,0	7,1	0,5	100,0	671	26,0
Atsinanana	13,8	13,6	40,7	17,6	10,5	3,8	100,0	343	27,0
Analanjirifo	13,0	18,3	42,0	20,2	3,4	3,1	100,0	347	29,0
Alaotra Mangoro	10,7	19,8	33,6	27,4	7,9	0,7	100,0	359	29,0
Boeny	13,9	21,5	41,2	14,5	6,5	2,4	100,0	396	26,0
Sofia	10,8	18,8	44,2	16,0	9,7	0,6	100,0	423	27,0
Betsiboka	17,4	21,2	37,6	14,3	7,2	2,4	100,0	469	25,0
Melaky	17,7	20,4	39,9	15,0	5,8	1,2	100,0	411	26,0
Atsimo Andrefana	18,2	19,2	42,1	14,0	4,0	2,4	100,0	507	25,0
Androy	23,0	20,7	40,1	12,8	3,0	0,4	100,0	709	24,0
Anosy	21,6	23,8	35,7	15,3	2,7	1,0	100,0	590	24,0
Menabe	17,7	17,5	31,2	24,1	8,3	1,1	100,0	513	28,0
Diana	16,3	20,3	32,6	17,5	11,5	1,9	100,0	306	26,0
Sava	10,0	18,1	38,2	19,7	12,3	1,6	100,0	337	28,0
Ensemble	15,1	19,5	40,2	17,1	6,3	1,8	100,0	10764	26,0
Note: Les naissances de rang 1 sont exclues. L'intervalle pour les naissances multiples est le nombre de mois écoulés depuis la grossesse précédente qui a abouti à une naissance vivante.									

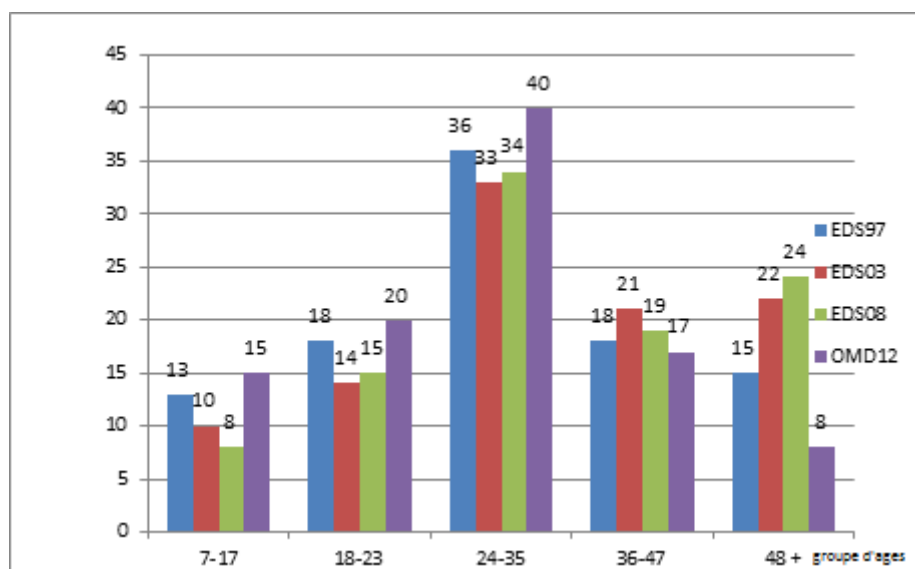
SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

La comparaison des résultats des différentes enquêtes réalisées depuis 1997 montre qu'à la suite d'une baisse continue dans un intervalle très court (7-17mois), passant de 13%, en 1997, à 8%, en 2008-2009, la proportion de naissances survenues est répartie à la hausse.

Selon le graphique 5.5.6, la proportion de naissances dont l'intervalle intergénérisique est de 48 mois ou plus nettement diminué, passant de 24%, en 2008-2009, à 8 % en 2012-2013. La durée médiane

de l'intervalle intergénérisique a diminué entre 2003-2004 et 2012-2013, passant de 32,6 mois à 26 mois.

Graphique 5.5.6. Durée de l'intervalle intergénérisique selon l'EDS1997, l'EDSMD-III 2003-2004, l'EDSMD-IV 2008-2009 et l'ENSOMD 2012-2013



SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.5.8 Age à la première naissance

L'âge auquel les femmes ont eu leur première naissance influence fortement leur descendance finale, en particulier dans les populations où la pratique contraceptive est faible. Plus l'âge de la femme à la première naissance n'est pas précoce, plus la probabilité qu'elle ait un nombre d'enfants élevé est importante. Par ailleurs, un âge à la première naissance trop précoce est associé à des risques accrus de mortalité des enfants, et il peut présenter des répercussions importantes sur la santé de la mère. En outre, les accouchements précoces peuvent constituer une cause d'abandon scolaire et un frein à l'amélioration du statut socio-économique de la femme.

Le tableau 5.5.16 présente la répartition des femmes par âge à la première naissance, selon le groupe d'âges, au moment de l'enquête, et l'âge médian à la première naissance. Ce dernier indicateur désigne l'âge auquel 50% des femmes ont eu leur premier enfant.

Tableau 5.5.16: Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont eu une première naissance avant d'atteindre certains âges exacts, pourcentage de celles qui n'ont jamais eu d'enfant, et âge médian à la première naissance selon l'âge actuel

Groupe d'âge	Pourcentage des femmes ayant eu une naissance avant d'atteindre l'âge exact de :					Pourcentage des femmes qui n'ont jamais eu de naissance	Effectif des femmes	Age médian à la première naissance
	15	18	20	22	25			
15-19	8,0	na	na	na	na	68,5	3388	na
20-24	10,3	35,8	58,1	na	na	25,3	2804	18,2
25-29	9,6	35,0	55,8	71,7	86,1	8,3	2477	19,0
30-34	7,2	29,4	50,8	68,8	84,3	4,3	2222	19,8
35-39	5,6	23,5	43,6	63,1	80,4	3,4	1984	20,5
40-44	5,5	19,1	35,5	51,5	71,7	4,2	1628	21,5
45-49	4,0	20,3	36,2	49,5	67,4	4,6	1172	21,8
25-49	6,8	26,8	46,2	63,1	79,7	5,2	9483	20,2

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

L'âge médian à la première naissance, parmi les femmes de 25-49, ans est estimé à 20,2 ans. Il est observé un léger rajeunissement de cet âge médian des générations les plus anciennes aux plus récentes. Si l'âge médian est supérieur à 20 ans chez les femmes de 35 ans et plus, celui-ci se situe à 18,2 ans chez celles de 20-24 ans.

Selon le tableau 5.5.17, il est constaté que l'âge à la première naissance présente des variations selon le niveau d'instruction, le statut socio-économique du ménage et le milieu de vie. En effet, de 19,9 ans en milieu rural, l'âge à la première naissance est estimé à 21,5 ans en milieu urbain. Il est le plus tardif (22,0 ans) dans la capitale. En outre, cet âge médian à la première naissance est influencé par le niveau d'instruction : plus la femme est instruite, plus l'âge à la première naissance est tardif. Il passe de 19,3 ans parmi celles sans instruction, à 19,7 ans parmi celles ayant un niveau primaire, à 21,5 ans parmi les plus instruites. Les résultats selon l'indice de bien-être économique présentent que la venue de la première naissance est plus tardive dans les ménages du quintile des plus riches (21,6 ans) par rapport à celle des plus pauvres (19,2 ans).

Tableau 5.5.17 : Âge médian à la première naissance des femmes de 25-49 ans, par âge actuel, selon certaines caractéristiques socio-économiques

caractéristiques	groupe d'âges						Age médian des femmes de 25-49 à la première naissance
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu							
Capitale	a	21,4	20,9	22,1	22,8	23,8	22,0
Autres urbains	a	20,7	20,9	21,9	21,8	21,7	21,3
Ensemble Urbain	a	21,0	20,9	22,0	22,1	22,6	21,5
Rural	17,9	18,7	19,6	20,2	21,3	21,5	19,9
Niveau d'instruction							
Sans instruction	16,8	18,0	18,9	19,8	20,7	21,6	19,3
Primaire	17,8	18,5	19,4	20,0	21,5	21,0	19,7
Secondaire ou plus	a	20,8	21,3	21,7	22,0	22,2	21,5
Quintile de consommation							
Plus pauvres	17,4	17,6	19,0	19,8	21,3	21,3	19,2
Second	17,2	18,8	19,7	19,8	21,3	21,8	19,8
Moyen	18,3	18,8	19,5	20,7	21,0	22,0	20,0
Quatrième	18,3	19,8	19,8	20,4	22,3	21,0	20,3
Plus riches	a	20,7	21,3	21,9	22,0	22,2	21,6
Ensemble	18,2	19,0	19,8	20,5	21,5	21,8	20,2
a =Sans objet parce que moins de 50 % de femmes ont eu une naissance avant d'atteindre le début du groupe d'âges							

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Suivant le tableau 5.5.18, la situation de l'âge médian à la première naissance dans les régions, présente des disparités qui sont probablement liées à la situation sociodémographique qui y prévaut. Ainsi, il est constaté dans les régions des Hautes Terres, de l'est et du sud-est, que l'âge médian est relativement élevé (supérieur à 20 ans), exception faite de la région Boeny (20,8 ans).

Tableau 5.5.18 : Âge médian à la première naissance des femmes de 25-49 ans, par âge actuel, selon les régions

Région	groupe d'âges						Age médian des femmes de 25-49
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Analamanga	a	20,8	21,5	21,8	22,1	23,2	21,6
Vakinankaratra	a	19,9	19,8	20,5	21,3	21,6	20,6
Itasy	19,7	20,0	20,2	20,0	21,1	20,8	20,3
Bongolava	18,4	18,3	19,8	19,9	21,1	21,8	19,8
Haute Matsiatra	18,2	18,8	19,8	21,0	21,5	21,0	20,1
Amoron'i Mania	18,8	19,4	20,3	22,0	22,8	22,0	20,9
Vatovavy Fitovinany	17,6	18,2	19,9	20,1	22,3	21,8	20,1
Ihorombe	16,8	17,3	18,8	19,1	20,0	22,3	18,9
Atsimo Atsinanana	17,0	18,1	18,3	20,0	21,7	23,8	19,6
Atsinanana	a	19,0	20,0	21,5	22,9	21,6	20,4
Analanjirifo	17,7	17,7	19,0	20,6	20,9	21,2	19,7
Alaotra Mangoro	18,8	19,8	20,1	20,1	23,2	22,3	20,6
Boeny	18,1	19,9	20,3	22,3	24,0	20,8	20,8
Sofia	17,4	16,9	18,7	19,2	20,4	21,5	18,7
Betsiboka	17,7	19,0	19,0	19,7	19,5	20,4	19,4
Melaky	16,8	18,6	18,1	19,3	19,5	18,7	18,9
Atsimo Andrefana	17,3	18,1	17,8	19,7	20,9	18,8	18,8
Androy	16,9	18,3	17,2	19,3	19,9	23,6	18,7
Anosy	17,1	18,9	19,7	19,8	19,5	19,7	19,5
Menabe	16,7	18,0	18,0	18,3	19,5	19,9	18,3
Diana	17,4	18,9	19,1	20,1	19,3	18,1	19,1
Sava	17,3	18,1	19,8	19,7	22,2	20,7	19,7
Ensemble	18,2	19,0	19,8	20,5	21,5	21,8	20,2
a =Sans objet parce que moins de 50 % de femmes ont eu une naissance avant d'atteindre le début du groupe d'âges							

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

A l'opposé, l'âge médian est assez précoce, avec un niveau inférieur à 19 ans, dans les régions Ihorombe et Melaky (18,9 ans), Atsimo Andrefana (18,8 ans), Sofia et Androy (18,7 ans) ainsi que Menabe avec un âge médian de 18,3 ans.

5.5.9 Fécondité des adolescentes

Les adolescentes, les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans, constituent un groupe à risque en fécondité. En effet, la fécondité précoce présente souvent des effets négatifs sur la santé des enfants et des mères. La probabilité de décéder des enfants est d'autant plus grande s'ils naissent de mères très jeunes.

Le tableau 5.5.19 présente la proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie féconde. Cette proportion porte sur les adolescentes qui ont eu un ou plusieurs enfants et celles étant enceintes d'un premier enfant.

Tableau 5.5.19 : Proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà eu un enfant, étant enceintes d'un premier enfant et ayant déjà commencé leur vie féconde, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques socio démographiques	pourcentage qui :			Effectif de femmes de 15-19 ans
	ont une naissance vivante	sont enceinte d'un premier enfant	ont commencé leur vie féconde	
Age				
15	9,5	3,1	12,6	623
16	18,2	5,9	24,2	723
17	28,1	7,6	35,8	615
18	42,9	5,4	48,3	840
19	57,7	4,7	62,4	587
Milieu de résidence				
Capitale	10,3	2,1	12,4	271
Autres urbains	16,6	2,9	19,5	628
Ensemble Urbain	14,3	2,6	16,9	899
Rural	35,8	6,1	41,9	2489
Niveau d'instruction				
Sans instruction	52,6	7,7	60,2	665
Primaire	42,2	6,7	49,0	1084
Secondaire ou plus	17,2	3,8	21,0	1639
Quintile de consommation				
Plus pauvres	39,4	5,2	44,7	589
Second	38,0	5,3	43,3	567
Moyen	37,0	4,4	41,3	644
Quatrième	30,3	7,2	37,5	735
Plus riches	17,8	4,8	22,6	852
Ensemble	31,5	5,4	36,9	3388

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

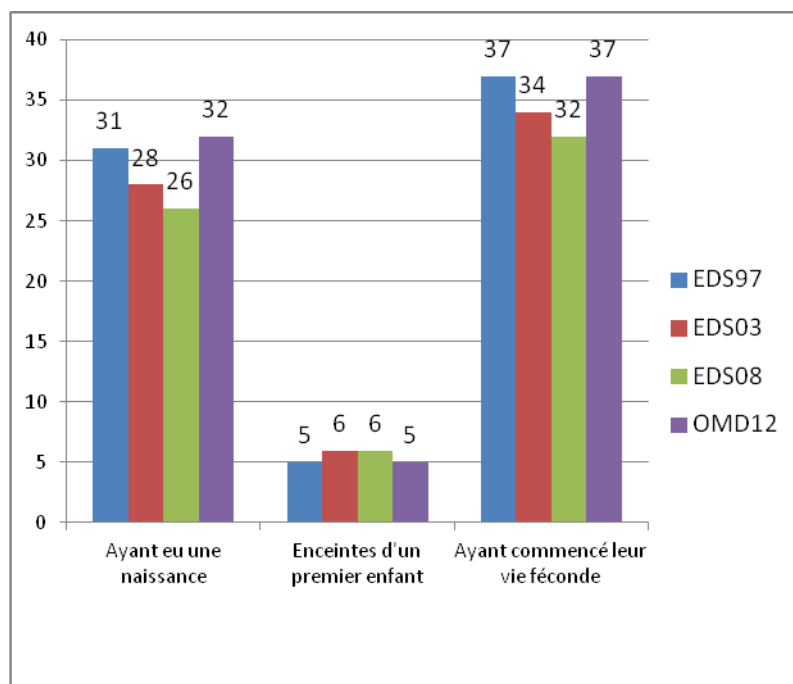
Il est constaté que 37% des adolescentes ont déjà commencé leur vie reproductive : 5% sont enceintes du premier enfant et 32% d'entre elles ont eu au moins un enfant.

La proportion d'adolescentes qui ont commencé leur vie féconde augmente avec l'âge, passant de 13% à 15 ans, à 62 % à 19 ans, âge auquel 58% des jeunes filles ont déjà eu, au moins, un enfant. Le pourcentage d'adolescentes qui ont déjà commencé leur vie féconde est nettement plus élevée en milieu rural (42%) qu'en milieu urbain (17%).

Le pourcentage d'adolescentes qui ont déjà commencé leur vie féconde diminue considérablement avec l'augmentation du niveau d'instruction, passant de 60% parmi les non instruites, à 21% parmi celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus. De même, cette proportion diminue considérablement avec l'augmentation du niveau de bien-être économique des ménages, passant de 45% chez les adolescentes des ménages du quintile des plus pauvres à 37% chez celles des ménages les plus riches.

Par rapport aux précédentes enquêtes de 2008-2009, cette proportion a légèrement augmenté, passant de 32 à 37 %. Selon le graphique 5.5.7, il est constaté que la proportion d'adolescentes qui ont eu au moins un enfant a augmenté, passant de 26 à 32%. Cette tendance corrobore la légère augmentation de l'ISF en partie attribuable à l'augmentation de la fécondité des adolescentes.

Graphique 5.5.7 : Proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant commencé leur vie féconde, selon l'EDS 1997, l'EDSMD-III 2003-2004, l'EDSMD-IV 2008-2009 et l'ENSOMD 2012-2013, (unité : %)



SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Il ressort du tableau 5.5.20 que dans les régions Menabe (60%), Sofia (56%) et Melaky (55%), la proportion d'adolescentes ayant débuté leur vie féconde, est très élevée. Les régions Itasy (17%), Analamanga (18 %) et Vakinankaratra (17%) sont celles qui enregistrent le plus faible taux.

Tableau 5.5.20 : Proportion d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu un enfant, qui sont enceintes d'un premier enfant et qui ont déjà commencé leur vie féconde, selon les régions

Région	Pourcentage de celles qui :			Effectif de femmes de 15-19 ans
	ont une naissance vivante	sont enceinte d'un premier enfant	ont commencé leur vie féconde	
Analamanga	14,5	3,4	17,9	400
Vakinankaratra	13,2	3,9	17,1	154
Itasy	17,1	5,4	22,5	166
Bongolava	41,2	5,0	46,1	146
Haute Matsiatra	18,3	5,6	23,9	131
Amoron'i Mania	30,4	3,2	33,7	126
Vatovavy Fitovinany	37,8	7,7	45,5	185
Ihorombe	43,1	6,0	49,1	168
Atsimo Atsinanana	40,5	5,7	46,2	168
Atsinanana	24,8	5,6	30,5	123
Analanjirifo	48,9	2,1	51,0	120
Alaotra Mangoro	28,9	5,1	34,0	143
Boeny	35,2	3,0	38,2	127
Sofia	54,2	2,0	56,3	114
Betsiboka	32,7	11,5	44,1	171
Melaky	43,8	11,2	55,0	137
Atsimo Andrefana	43,0	11,5	54,5	149
Androy	51,0	2,8	53,8	129
Anosy	39,9	6,7	46,6	160
Menabe	49,7	10,7	60,4	149
Diana	28,2	3,3	31,4	113
Sava	47,3	6,1	53,3	109
Ensemble	31,5	5,4	36,9	3388

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.5.10 Besoins en planification familiale

Les femmes actuellement en union non utilisatrices de la contraception, et qui ont déclaré ne plus vouloir obtenir d'enfants, ou limiter les naissances, ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la naissance de l'enfant suivant, sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en contraception. Elles constituent la demande potentielle totale en planification familiale.

Le tableau 5.5.21 présente les estimations des besoins satisfaits ou non en contraception pour les femmes en union de 15-49 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, ainsi que pour les femmes qui ne sont pas en union et pour l'ensemble des femmes.

Le niveau d'utilisation actuelle des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en union a connu une augmentation importante depuis 1997, passant de 19 à 27% à l'EDSMD-III, pour atteindre 29% à l'EDSMD-IV, et à 33% actuellement. Les besoins non satisfaits en planification familiale parmi les femmes en union continuent de diminuer, passant de 26% en 1997, à 24% en 2003-2004, à 19% en 2008-2009, et à 18 % à l'enquête actuelle.

Il existe un écart important entre la proportion de femmes en union nécessitant d'espacer les naissances et la proportion de celles qui veulent limiter leur descendance (7% contre 11%). Il est observé la même proportion chez les femmes en union dont les besoins sont actuellement satisfaits (19% pour espacer et 18 % pour limiter).

Tableau 5.5.21: Proportion de femmes actuellement en union, de femmes ayant des besoins non satisfaits en planification familiale, de celles dont les besoins sont satisfaits, de demande potentielle totale en planification familiale et de demande satisfaite, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale ¹⁵			Besoins satisfaits en matière de planification familiale ¹⁶			Demande totale potentielle en planification familiale			Pourcentage de demande satisfaite	Effectif de femmes
	Pour espacer	Pour limiter	Total	Pour espacer	Pour limiter	Total	Pour espacer	Pour limiter	Total		
Groupe d'âge											
15-19	11,9	1,8	13,8	25,2	2,6	27,7	37,1	4,4	41,5	66,8	979
20-24	9,1	2,8	11,9	33,6	4,8	38,4	42,7	7,6	50,3	76,3	1775
25-29	9,2	5,3	14,6	27,9	12,4	40,2	37,1	17,7	54,8	73,4	1888
30-34	6,7	9,2	15,9	19,7	22,2	41,9	26,4	31,4	57,8	72,5	1813
35-39	4,7	18,3	23,0	9,7	32,1	41,8	14,4	50,4	64,7	64,5	1573
40-44	2,2	24,8	27,1	3,2	29,6	32,8	5,5	54,4	59,9	54,8	1233
45-49	0,4	21,5	21,9	1,4	21,6	23,0	1,8	43,2	45,0	51,2	869
Milieu											
Capitale	4,4	12,6	16,9	23,7	28,9	52,6	28,1	41,4	69,5	75,6	780
Autres urbains	6,0	12,2	18,2	24,8	19,4	44,2	30,8	31,6	62,4	70,9	1553
Ensemble Urbain	5,3	12,3	17,7	24,4	23,1	47,5	29,7	35,5	65,2	72,9	2333
Rural	7,0	10,7	17,7	17,9	16,7	34,6	24,9	27,4	52,3	66,1	7797
Niveau d'instruction											
Sans instruction	8,4	11,0	19,4	11,8	11,3	23,1	20,2	22,3	42,5	54,3	2819
Primaire/alphab	7,3	9,9	17,2	19,3	18,4	37,7	26,6	28,2	54,8	68,7	4057
Secondaire ou plus	4,6	12,5	17,1	24,1	22,0	46,1	28,7	34,6	63,2	72,9	3254
Quintile de consommation											
Plus pauvres	7,6	12,3	19,9	10,5	14,5	25,0	18,1	26,8	44,9	55,7	1622
Second	8,9	12,1	21,0	14,6	17,3	31,9	23,5	29,4	52,9	60,4	1776
Moyen	6,6	11,1	17,8	18,8	18,1	36,8	25,4	29,2	54,6	67,5	2012
Quatrième	6,4	9,5	15,9	23,9	19,1	42,9	30,2	28,6	58,8	73,0	2247
Plus riches	4,7	10,7	15,4	23,8	19,0	42,9	28,5	29,7	58,3	73,6	2472
Ens des femmes en union	6,7	11,0	17,7	19,1	17,8	36,9	25,7	28,9	54,6	67,6	10130
Ens des femmes non en union	6,8	3,0	9,7	13,1	5,1	-	19,9	8,1	28,0	65,2	5543
Ensemble des femmes	6,7	8,2	14,9	17,0	13,4	30,4	23,7	21,6	45,4	67,1	15675
<p>Les <i>besoins non satisfaits pour espacer</i> portent sur les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée qui n'utilisent pas de méthode de planification familiale et dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu ; les femmes fécondes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Sont également incluses dans les besoins non satisfaits pour espacer, les femmes fécondes qui n'utilisent pas actuellement de méthode de planification familiale et qui déclarent qu'elles ne sont sûres de vouloir un autre enfant, ou qui veulent un autre enfant mais ne connaissent pas à quel moment elles veulent avoir cet enfant, à moins qu'elles ne déclarent que ce soit un problème si elles apprenaient qu'elles étaient enceintes dans les semaines à venir. Les <i>besoins non satisfaits pour limiter</i> concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas souhaitée, les femmes en aménorrhée qui n'utilisent pas de méthode de planification familiale, dont la dernière naissance n'était pas voulue et qui ne veulent plus d'enfants, et les femmes fécondes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode de planification familiale et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants.</p> <p>L'<i>utilisation pour espacer</i> est relative aux femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir un autre enfant ou qui ne sont pas sûres d'en vouloir un autre. L'<i>utilisation pour limiter</i> concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Il faut noter que les méthodes spécifiques utilisées ne sont pas prises en considération ici.</p>											

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Si les femmes en union, ayant des besoins non satisfaits en contraception, utilisaient effectivement la contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 55% (demande potentielle totale). Ce qui correspond à une évolution à la baisse par rapport à la proportion constatée en 2008-2009, après avoir connu auparavant une hausse continue. En effet, la demande potentielle totale en contraception parmi les femmes en union, était estimée à 45% à l'EDS 1997, à 51% à l'EDSM-D-III et à 59 % à l'EDS 2008-2009. Cette demande potentielle totale en planification familiale¹⁷ est orientée dans 26% des cas vers l'espacement des naissances, et dans 29% des cas vers la limitation. Chez les femmes en union, 68% de la demande potentielle totale en planification familiale est satisfaite à Madagascar. Elle stagne à 68 % par rapport à 2008-2009.

Les besoins en planification familiale varient selon les caractéristiques sociodémographiques. Selon l'âge, il est constaté que la proportion de besoins non satisfaits en planification familiale augmente à mesure que l'âge avance. Elle est la plus élevée dans les groupes d'âges adultes de 35ans et plus (27% pour les 40-44 ans), les besoins étant orientés essentiellement vers la limitation des naissances (25%). Seulement 55% de la demande potentielle totale de ces femmes est satisfaite. Les résultats affichent que les besoins non satisfaits pour l'espacement restent élevés chez les femmes âgées de 15 à 29 ans par rapport à celles plus âgées (12% à 15-19 ans contre 7% et moins à partir de 30-34 ans).

Les résultats selon le milieu de résidence ne font apparaître aucun écart (18% de besoins non satisfaits en urbain contre 18% en rural). Par contre, la demande potentielle totale en planification familiale est plus élevée en milieu urbain (65%) qu'en milieu rural (52%), mais 73% de cette demande est satisfaite en milieu urbain, contre 66% en milieu rural. Il est constaté que la demande potentielle totale augmente avec l'amélioration du niveau d'instruction : 73% pour les femmes ayant un niveau secondaire ou supérieur contre 68% pour celles ayant un niveau d'instruction primaire, et seulement 54% pour celles n'ayant aucune instruction. Dans 73% des cas, cette demande est satisfaite pour les femmes les plus instruites, alors qu'elle n'est satisfaite que dans 69% des cas pour les femmes de niveau primaire et 54% pour les femmes sans instruction.

Selon le niveau de bien-être économique, les résultats montrent que les besoins non satisfaits sont plus importants chez les femmes des deux premiers quintiles (au moins 20%). La demande potentielle totale est relativement élevée dans les ménages du quintile des plus riches (58%) et dans 74% des cas, elle est satisfaite pour ces femmes. Par contre, dans chacun des deux premiers quintiles, cette demande est beaucoup moins satisfaite (56% dans le quintile représentant les plus pauvres et 60% dans le second).

Il est constaté que dans la catégorie de femmes non en union, 65% de la demande en planification familiale est déjà satisfaite. En outre, la proportion de demande potentielle totale (28%) est supérieure au niveau de leur utilisation contraceptive actuelle (18 %). Compte tenu du fait que la situation de femmes en union diffère totalement de celle des femmes qui ne sont en union, les résultats portant sur l'ensemble des femmes présentent leurs propres particularités. Tandis que 26% des femmes Malagasy utilisent la contraception moderne, 15% présentent des besoins non satisfaits : la demande potentielle totale en planification familiale pourrait atteindre 45% si toutes les femmes parvenaient à satisfaire leurs besoins en planification familiale. 67% de la demande en planification familiale est satisfaite. Qu'il s'agisse de l'utilisation actuelle ou des besoins non satisfaits et ainsi, de la demande potentielle totale, il faut noter que la contraception est aussi bien orientée vers

¹⁷proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits auxquels s'ajoutent les femmes déjà utilisatrices.

l'espacement que vers la limitation des naissances. Parmi les 45% de femmes susceptibles d'utiliser la contraception, 24% le feraient avec l'objectif d'espacer leurs naissances contre 21 % pour les limiter.

Les résultats ont montré que malgré le niveau de fécondité élevé à Madagascar, certaines catégories de populations se caractérisent par une procréation relativement réduite. Des différences s'établissent selon le milieu de résidence et certaines variables socio-économiques et culturelles, parmi lesquelles l'instruction semble se détacher. En général, les variations du niveau de la fécondité en fonction de l'instruction sont plus accentuées. Les femmes ayant effectué des études secondaires ou supérieures ont une fécondité inférieure à celle des illettrées. Globalement une différence de 3,0 enfants sépare ces deux catégories de femmes. De même, la fécondité des adolescentes diminue considérablement avec l'augmentation du niveau d'instruction ainsi que le bien-être économique des ménages. Cependant, il est impossible de discuter de la fécondité sans avancer les besoins en planification familiale. La section suivante nous renseigne le niveau d'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes.

5.6. PLANIFICATION FAMILIALE

Le recours aux méthodes contraceptives contribue significativement à des améliorations dans le domaine de la santé maternelle et infantile en empêchant les grossesses non désirées ou trop rapprochées, et les grossesses chez les très jeunes femmes. La cible nationale pour 2015 consiste à assurer les prestations en planning familial dans toutes les formations sanitaires publiques. En 2012-2013, environ 40% des femmes Malagasy de 15-49 ans, mariées ou en union, utilisent une méthode quelconque de contraception.

La planification familiale, un domaine majeur dans le cadre de la santé de la reproduction, figure parmi les défis inscrits de l'engagement n°5 du document stratégique de la réduction de la pauvreté à Madagascar. Tenant compte du faible taux de contraception (29%), l'Etat a décidé le repositionnement de la planification familiale en 2004. Les interventions préconisées par l'Etat visent à :

- accroître la demande en services de PF ;
- améliorer l'offre de services de PF ;
- créer une politique favorable à la PF.

Pour connaître les changements qui se sont produits dans le cadre de l'utilisation de la contraception depuis la dernière enquête (EDSMD-IV), réalisée en 2008-2009, les mêmes informations ont été collectées au cours de l'ENSOMD. Elles portent sur le niveau de connaissance des méthodes par les femmes et les hommes, sur l'utilisation passée, actuelle et future, des méthodes contraceptives, parmi les femmes en âge de procréer, sur les sources d'approvisionnement des méthodes ainsi que sur les préférences et les opinions en contraception.

5.6.1 Niveau de connaissance de la contraception

De même que dans l'enquête précédente, la collecte des informations sur la connaissance des méthodes contraceptives a été effectuée en deux étapes. L'enquêteur notait les méthodes citées spontanément par l'enquêtée. Lorsque celle-ci n'avait pas cité l'ensemble des méthodes contenues dans le questionnaire, l'enquêteur devait procéder à une brève présentation des méthodes non citées et enregistrer si elle en avait connaissance.

A l'exemple des données présentées dans l'enquête précédente, une femme ou un homme est considéré(e) connaître une méthode contraceptive s'il/elle l'avait citée spontanément ou s'il/elle avait déclaré la connaître d'après une description. Les différentes méthodes retenues dans le questionnaire sont classées en deux catégories :

- **les méthodes modernes** : la pilule, le dispositif intra-utérin, les injectables, les implants, le condom ou préservatif masculin, le condom féminin, la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, la pilule du lendemain, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA);
- **les méthodes traditionnelles** : la continence périodique, le retrait et les autres méthodes populaires.

A l'exemple des résultats présentés dans l'enquête précédente, la collecte des informations sur la connaissance des méthodes contraceptives a été effectuée en deux étapes. L'enquêtrice notait la ou

les méthodes citées spontanément par l'enquête. Dans le cas où l'enquête n'avait pas cité l'ensemble des méthodes contenues dans le questionnaire, l'enquêtrice devait procéder à une brève présentation des méthodes non citées et enregistrer si oui ou non l'enquête en avait connaissance.

Le tableau 5.6.1 présente les proportions de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui connaissent une méthode contraceptive. Les résultats sont présentés pour trois sous-groupes de population et selon les types de méthodes. Il est constaté que la quasi-totalité des femmes et des hommes de 15-49 ans (89 % dans les deux cas) connaissent, au moins, une méthode contraceptive. Les résultats selon le type de méthodes font apparaître des niveaux de connaissance plus élevés pour les méthodes modernes (89 % chez les femmes et les hommes) que pour les méthodes traditionnelles (44% dans les deux cas). En moyenne, les femmes connaissent 4,7 méthodes contre 3,9 pour les hommes de 15-49 ans.

Le nombre moyen de méthodes connues est le plus élevé (respectivement 5 et 4,2) parmi les femmes et les hommes en union. Il est le plus faible (respectivement 5,0 et 4,1) parmi celles et ceux non en union et sexuellement actifs. Par rapport à l'EDSMD-IV, les proportions de femmes et d'hommes connaissant une méthode contraceptive ont diminué. Chez les femmes en union, la proportion est passée de 95 à 90% pour une méthode quelconque, et de 95 à 90% pour une méthode moderne ; chez les hommes en union, ces proportions sont passées respectivement de 96 à 87% et de 95 à 88%.

Tableau 5.6.1 : Proportion de femmes et d'hommes de 15-49 ans, ayant pris connaissance d'une méthode contraceptive

Méthodes	Femmes			Hommes		
	Ensemble des femmes	Femmes en union	Femmes non en union mais sexuellement active	Ensemble des hommes	Hommes en union	Homme non en union mais sexuellement actif
N'importe quelle méthode	89,2	90,2	91,7	86,8	88,6	89,6
Une méthode moderne	88,8	89,9	91,5	86,4	88,1	89,6
Stérilisation féminine	32,1	33,6	32,7	28,7	30,7	28,7
Stérilisation masculine	19,2	19,9	19,7	20,1	22,0	19,9
Pilule	77,6	78,9	80,5	63,5	67,5	65,0
Diu	35,5	36,6	34,8	26,1	27,3	27,1
Injectable	82,3	84,4	85,5	67,3	72,9	66,2
Implant	51,8	53,9	52,2	35,0	39,0	32,4
Condom	71,6	71,2	76,1	80,8	80,7	87,6
Condom féminin	15,5	15,1	19,5	14,4	14,5	17,5
Mama	28,2	30,8	24,4	16,6	19,5	13,0
Pilule du lendemain	14,9	14,5	20,5	11,6	12,2	12,7
Méthode des jours fixes/collier	17,2	17,2	19,1	11,8	12,8	11,7
Une méthode traditionnelle	44,4	45,2	51,8	44,0	46,5	50,4
Abstinence périodique	40,5	41,1	46,6	37,6	39,3	43,8
Retrait	26,8	28,0	34,0	31,4	33,9	35,3
Méthode populaire	2,0	2,0	2,6	1,7	2,1	1,1
Nombre moyen de méthodes	4,7	4,8	5,0	3,9	4,2	4,1
Effectif	15675	10130	1512	7603	4914	1162

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Les résultats selon les méthodes modernes montrent que la pilule, les injectables et le condom masculin sont les dispositifs les plus fréquemment connus par les femmes et par les hommes, qu'ils soient en union ou non. De ces trois méthodes, la pilule et les injectables sont les plus connues par les femmes actuellement en union (respectivement 78 et 82 %), et le condom masculin chez les hommes, (plus de 81 % quel que soit l'état matrimonial). La pilule du lendemain et la méthode des jours fixes (MJF) ne sont connues que par 17 % des femmes en union et des hommes actuellement en union, à une proportion respective de 12 et de 13 %.

Parmi les méthodes traditionnelles, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, la continence périodique est la méthode la plus connue (44 % des femmes et des 44% des hommes actuellement en union).

Le tableau 5.6.2 présente, pour les hommes et les femmes en union, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives, selon les différentes caractéristiques sociodémographiques. La connaissance d'au moins une méthode contraceptive parmi les femmes et les hommes actuellement en union, est uniformément répandue et il ne présente aucune variation significative en fonction de la majorité des caractéristiques. En effet, en fonction de l'âge, il est noté que 82 à 93 % des femmes actuellement en union connaissent au moins une méthode ; et selon le niveau d'instruction, il est noté une augmentation de 78 à 98 % chez les femmes et de 76 à 97 % chez les hommes. Pour les méthodes modernes, cette proportion varie de 82 à 92 %. Chez les hommes, la proportion de ceux qui connaissent au moins une méthode moderne varie de 73 à 91 %, et de 72 à 90 %. Les résultats par milieu de résidence ne font apparaître aucun écart important.

Il est possible de relever un niveau de connaissance des méthodes contraceptives plus faible parmi les femmes et les hommes sans instruction (respectivement de 78 et 75 %) que parmi celles et ceux qui sont instruits (respectivement de 97 et de 96%).

Tableau 5.6.2 : Proportion de femmes et d'hommes de 15-49 ans en union, qui ont pris connaissance d'au moins une méthode contraceptive, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques socio-démographiques	Femmes			Hommes		
	qui ont entendu parler d'une méthode	qui ont entendu parler d'une méthode moderne	Effectif	qui ont entendu parler d'une méthode	qui ont entendu parler d'une méthode moderne	Effectif des hommes
Groupe d'âge						
15-19	82,4	81,8	979	73,2	72,2	103
20-24	90,1	89,7	1775	84,9	84,8	487
25-29	91,9	91,6	1888	88,6	88,2	751
30-34	92,5	92,1	1813	90,4	90,1	861
35-39	91,9	91,9	1573	90,8	90,2	778
40-44	90,0	89,7	1233	88,2	87,7	720
45-49	87,9	87,8	869	88,7	88,3	1227
Milieu						
Capitale	98,9	98,9	780	97,2	97,2	347
Autres urbains	99,0	98,7	1553	98,9	98,5	509
Ensemble Urbain	99,0	98,8	2333	98,2	98,0	856
Rural	88,3	88,0	7797	86,5	86,0	4069
Niveau d'instruction						
Sans instruction	77,6	77,1	2819	75,0	74,0	1057
Primaire	91,7	91,5	4057	88,4	88,0	2031
Secondaire ou plus	97,6	97,4	3254	96,6	96,4	1838
Quintile de consommation						
Plus pauvres	80,1	79,4	1622	79,6	77,9	735
Second	87,5	86,9	1776	85,5	85,0	904
Moyen	89,2	89,1	2012	88,0	87,8	947
Quatrième	93,4	93,2	2247	90,2	90,2	1113
Plus riches	96,8	96,8	2472	95,1	94,9	1226
Ensemble des femmes	90,2	89,9	10130	88,6	88,1	4926

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Il ressort du tableau 5.6.3 que dans les régions Melaky (68% des femmes et 80 % des hommes), Anosy (75% des femmes et 73 % des hommes), et essentiellement dans l'Androy (63 % des femmes et 62 % des hommes), la proportion d'individus qui connaissent au moins une méthode est plus faible qu'ailleurs.

Tableau 5.6.3 : Proportion de femmes et d'hommes de 15-49 ans en union qui ont pris connaissance d'au moins une méthode contraceptive selon les régions

Région	Femmes			Hommes		
	qui ont entendu parler d'une méthode	qui ont entendu parler d'une méthode moderne	Effectif des enquêtées	qui ont entendu parler d'une méthode	qui ont entendu parler d'une méthode moderne	Effectif des hommes en union
Analamanga	98,9	98,9	1220	98,0	97,7	870
Vakinankaratra	95,2	95,0	463	94,8	94,8	387
Itasy	91,9	91,7	494	85,4	84,8	180
Bongolava	94,2	94,2	522	93,7	93,7	108
Haute Matsiatra	94,0	93,5	456	88,7	88,7	248
Amoron'i Mania	89,9	89,9	435	85,5	84,8	153
Vatovavy Fitovinany	80,4	79,9	442	73,9	73,9	296
Ihorombe	86,7	86,7	471	89,9	89,9	68
Atsimo Atsinanana	71,5	71,3	435	76,1	75,6	160
Atsinanana	92,0	92,0	380	89,2	89,2	303
Analanjirofo	94,9	94,2	396	92,2	90,7	267
Alaotra Mangoro	96,6	96,6	416	96,4	96,4	258
Boeny	89,2	88,7	388	85,7	85,7	169
Sofia	83,0	81,8	383	75,4	73,9	268
Betsiboka	93,3	93,3	472	92,5	92,5	71
Melaky	68,1	68,1	368	79,8	78,6	63
Atsimo Andrefana	87,3	87,3	397	85,9	85,9	273
Androy	63,4	61,8	381	61,9	58,7	122
Anosy	75,3	75,3	396	73,2	73,2	127
Menabe	88,0	88,0	475	89,5	89,5	131
Diana	98,6	98,6	363	97,2	97,2	170
Sava	93,7	92,3	377	94,9	93,2	233
Ensemble	90,2	89,9	10130	88,6	88,1	4926

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.6.2 Pratique de la contraception

5.6.2.1 Utilisation antérieure de la contraception

Aux femmes qui avaient déclaré connaître une méthode contraceptive, il a été demandé si elles l'avaient auparavant utilisée, afin de mesurer le niveau de pratique de la contraception à un moment donné de leur vie, selon la méthode spécifique. Les résultats sont présentés au tableau 5.5.4 pour l'ensemble des femmes et pour deux sous-groupes constitués de femmes en union, non en union, et de celles sexuellement actives.

Parmi toutes les femmes, presque au moins une sur deux a déclaré avoir déjà utilisé, au moins une méthode contraceptive à un moment quelconque de sa vie. Dans 44 % des cas, les femmes ont déclaré avoir déjà utilisé une méthode moderne, surtout les injectables (30%), la pilule (14%) et le condom masculin (6%) et, dans 15% des cas, une méthode traditionnelle, principalement la continence périodique (13%).

Suivant le tableau 5.6.4, par rapport à l'ensemble des femmes, le niveau de pratique contraceptive passée est le plus élevé parmi les femmes en union (59%) ainsi que parmi celles qui ne sont en union et sexuellement actives (57%). Cependant, les méthodes les plus fréquemment utilisées dans ces sous-groupes de femmes ne diffèrent pas de celles utilisées au niveau de l'ensemble des femmes. En effet, les injectables, la pilule et le condom masculin, sont les méthodes auxquelles ces femmes ont eu le plus fréquemment recours. En utilisant une méthode traditionnelle, elles recourent essentiellement à la continence périodique.

Les résultats selon l'âge mettent en évidence des écarts de pratique passée de la contraception. La proportion de celles qui ont utilisé une méthode est la plus élevée parmi les femmes de 25-29 ans (63%). Au-delà de cet âge, cette proportion diminue et passe à 44% pour les femmes de 45-49 ans. Indépendamment de l'état matrimonial, la prévalence contraceptive est la plus élevée à 30-34 ans (65% pour les femmes en union et 76% pour celles non en union et sexuellement actives).

Tableau 5.6.4 : Utilisation antérieure des méthodes contraceptives par les femmes de 15-49 ans en union, non en union, et qui sont sexuellement actives

		Méthode moderne												Méthode traditionnelle			Effectif	
N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Stérilisation féminine	Stérilisa- tion masculine	Pilule	DIU	Injections	Implants	Condom	condom féminin	MAMA	Pilule du lendemain	Méthode jours fixes	N'importe quelle méthode traditionnelle	Abstinence périodique	retrait	Méthode populaire		
ENSEMBLE DES FEMMES																		
groupe d'âges																		
15-19	23,9	19,8	0	0	6	0,2	10,6	1,4	3,8	0,2	1,7	0,5	1,6	8,3	6,9	3,1	0,2	3393
20-24	52,5	46	0	0,1	14,4	0,3	31,1	2,8	7,6	0	6,4	1,3	2,2	16,4	13,5	7,3	0,4	2804
25-29	62,5	57,4	0,3	0	17	1,2	40,9	4,2	6,8	0,2	9,3	1,2	2,4	17,2	14,2	7,8	0,6	2477
30-34	61,8	56,2	1	0	19	1	40,2	3,6	7,1	0,1	9,8	0,9	1,6	18,8	15,2	7,5	0,6	2223
35-39	59,1	54,6	2,2	0,1	18,3	1,2	36,8	4,3	7,6	0	8,8	1	2,5	17,5	14,9	6,6	0,7	1976
40-44	51,4	45,4	3,7	0	16,2	1,8	30	2,7	5,3	0,1	6,3	0,4	2,8	16,1	14	5,6	0,6	1630
45-49	44,4	38,6	3,7	0	12,8	1,9	22,9	2,7	4	0	5,9	0,4	2,7	15,5	14,1	5,6	0,9	1172
Total	49,4	44,1	1,1	0	14,2	0,9	29,6	3	6,1	0,1	6,6	0,9	2,2	15,2	12,7	6,1	0,5	15675
FEMME EN UNION																		
groupe d'âges																		
15-19	40,5	36,5	0	0	10,2	0,4	21,9	3,5	5,3	0	3,4	0,4	2,4	10,9	8,5	4,6	0,6	982
20-24	58,3	53,2	0	0,1	17,6	0,4	37,3	3,5	6,3	0,1	8,1	1,2	2,1	15,7	12,6	6,7	0,5	1776
25-29	63,9	59,2	0,3	0	16,9	1,3	43,1	4,6	5,2	0,2	10	1,2	2,2	16,7	13,9	7,9	0,5	1889
30-34	64,5	58,5	1	0	19,8	1,1	42,3	4,2	6,6	0,1	10	1	1,8	19,7	16	7,5	0,6	1814
35-39	62,3	57,9	2,5	0,2	19,4	1,4	39,4	4,9	8,3	0	8,4	0,7	2,9	19	16,1	7,4	0,8	1564
40-44	55,4	48,9	4,4	0	17,6	2	32,1	2,5	5,7	0,2	6,6	0,5	3,1	17,2	14,8	5,9	0,7	1234
45-49	50,5	43,6	4,6	0	14,6	1,7	26,1	3,3	4,4	0,1	6,3	0,4	3	17,8	15,9	6,6	1,2	871
Total	58,4	53,1	1,6	0	17,2	1,1	36,6	3,9	6,1	0,1	8,1	0,9	2,4	17,1	14,2	6,9	0,7	10130
FEMME SEXUELLEMENT ACTIVE																		
groupe d'âges																		
15-19	46	34,3	0	0	12,3	0	15,6	1,7	8,7	0,8	0,8	2,2	3,9	19,7	17,4	7,9	0,1	551
20-24	57,9	46,6	0,2	0	13,4	0	28,7	3	15	0	3,1	2,8	3,3	26	23	12	0,5	385
25-29	75,8	66,2	0,1	0	22,3	0,6	46,3	3,3	18,2	0	9,2	2,2	6,9	29,3	25,2	12,9	0,4	220
30-34	70,6	65,7	2,1	0	24,8	0	42,4	2,3	20,1	0	13,1	2,3	1,6	20,4	18,1	11,5	0,2	128
35-39	57,1	51,6	1,9	0	22,2	3,2	39	2,9	7,8	0	3,6	2,9	0	19,6	18	8,6	1,6	100
40-44	62,4	56,8	1,6	0	25,9	4,5	38,9	10,4	8	0	5,4	0,4	1,6	22,8	22,8	10,1	0	92
45-49	(47,6)	(40,4)	(0)	(0)	(15,7)	(8,2)	(23,3)	(0,9)	(7,9)	(0)	(3,3)	(1,6)	(1,8)	(17,9)	(17,9)	(4)	(0)	36
Total	57	47	0,4	0	16,4	0,7	28,4	2,9	12,5	0,3	4,1	2,3	3,6	22,9	20,4	10	0,3	1512
() Basé sur 36 cas non pondérés																		

() Basé sur 36 cas non pondérés

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.6.2.2 Niveau d'utilisation de la contraception

Les informations collectées au cours de l'enquête ont permis d'estimer le niveau d'utilisation actuelle de la contraception qui constitue l'un des principaux déterminants du niveau de la fécondité. La prévalence contraceptive est mesurée par le pourcentage de femmes en union qui utilisaient une méthode de contraception au moment de l'enquête. Les résultats sont présentés dans le tableau 5.6.5.

Parmi toutes les femmes, près d'une sur trois ont déclaré utiliser au moment de l'enquête une méthode quelconque de contraception, 27 % utilisent une méthode moderne, en particulier les injectables (16 %) et la pilule (5 %), et 6 % une méthode traditionnelle principalement l'abstinence périodique (5%). Il est noté des variations selon l'âge. En effet, la proportion de femmes ayant déclaré utiliser une méthode contraceptive augmente avec l'âge, passant de 18 % parmi celles de 15-19 ans, à 42 % parmi celles de 30-34 ans. Au-delà de 15-19 ans, la proportion diminue à 23 % pour les femmes de 45-49 ans. A 30-34 ans se situe le niveau maximum d'utilisation de la contraception.

Tableau 5.6.5 Utilisation actuelle des méthodes contraceptives par les femmes de 15-49 ans actuellement en union, non en union, et celles étant sexuellement actives

Groupe d'âge	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Méthode moderne								Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle			N'utilise aucune méthode	Total	Effectif
			Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pilule	DIU	Injections	Implants	Condom	MAMA		Abstinence périodique	Retrait	Méthode populaire			
ENSEMBLE DES FEMMES																	
15-19	17,8	13,7	0,0	0,0	3,3	0,1	7,3	1,1	1,0	0,8	4,1	3,4	0,6	0,1	82,2	100,0	3388
20-24	35,4	28,8	0,0	0,0	6,4	0,2	18,0	1,7	1,1	1,3	6,6	4,9	1,7	0,0	64,6	100,0	2804
25-29	40,4	34,5	0,2	0,0	6,2	0,4	22,4	2,5	1,3	1,4	5,9	4,9	0,9	0,1	59,6	100,0	2477
30-34	41,5	34,5	1,0	0,0	6,4	0,7	21,1	2,4	2,0	0,9	7,1	5,5	1,4	0,2	58,5	100,0	2222
35-39	40,6	33,8	1,8	0,0	6,3	0,8	19,7	3,4	0,9	1,0	6,8	5,4	1,1	0,3	59,4	100,0	1984
40-44	32,6	26,2	3,6	0,0	5,3	0,8	14,2	1,5	0,7	0,2	6,4	5,5	0,9	0,0	67,4	100,0	1628
45-49	23,1	17,5	3,6	0,0	2,9	1,0	7,7	1,3	0,5	0,5	5,6	4,8	0,5	0,3	76,9	100,0	1172
Ensemble	32,8	26,9	1,0	0,0	5,3	0,5	16,0	2,0	1,1	0,9	6,0	4,8	1,1	0,1	67,2	100,0	15675
FEMMES EN UNION																	
15-19	29,2	24,7	0,0	0,0	5,3	0,2	13,9	3,2	0,4	1,7	4,5	2,7	1,5	0,3	70,8	100,0	979
20-24	40,0	34,5	0,0	0,0	8,2	0,3	21,2	2,3	0,7	1,9	5,5	3,7	1,8	0,0	60,0	100,0	1775
25-29	42,0	36,6	0,2	0,0	6,5	0,5	23,6	2,8	1,1	1,8	5,4	4,4	0,9	0,1	58,0	100,0	1888
30-34	44,4	37,2	1,0	0,0	7,0	0,8	22,8	2,8	1,9	0,9	7,1	5,6	1,2	0,3	55,6	100,0	1813
35-39	45,9	38,1	2,0	0,0	7,1	1,0	22,3	3,8	0,9	1,0	7,8	6,1	1,4	0,4	54,1	100,0	1573
40-44	37,7	29,8	4,3	0,0	6,0	0,9	16,3	1,4	0,7	0,2	7,9	6,7	1,2	0,0	62,3	100,0	1233
45-49	28,2	21,5	4,4	0,0	3,6	1,0	9,8	1,4	0,7	0,6	6,7	5,6	0,7	0,4	71,8	100,0	869
Ensemble	39,8	33,3	1,4	0,0	6,6	0,7	19,9	2,6	1,0	1,2	6,4	5,0	1,3	0,2	60,2	100,0	10130
FEMMES NON EN UNION MAIS SEXUELLEMENT ACTIVES																	
15-19	38,6	26,5	0,0	0,0	8,5	0,0	12,9	0,7	4,1	0,3	12,1	11,0	1,1	0,0	61,4	100,0	550
20-24	46,9	29,4	0,0	0,0	6,0	0,0	18,9	1,4	2,3	0,7	17,5	14,4	3,1	0,0	53,1	100,0	387
25-29	54,5	42,3	0,0	0,0	7,4	0,0	28,3	2,7	3,9	0,0	12,2	10,5	1,8	0,0	45,5	100,0	219
30-34	51,0	36,8	1,9	0,0	9,9	0,0	17,5	0,9	5,3	1,2	14,2	10,2	4,1	0,0	49,0	100,0	128
35-39	35,3	30,5	1,8	0,0	6,9	0,0	21,7	0,0	0,0	0,0	4,8	4,4	0,5	0,0	64,7	100,0	99
40-44	34,9	33,0	1,5	0,0	10,4	1,5	11,2	5,6	2,8	0,0	1,9	1,9	0,0	0,0	65,1	100,0	92
45-49	(24,7)	(10,6)	(0,0)	(0,0)	(1,5)	(0,0)	(8,2)	(0,8)	(0,0)	(0,0)	(14,1)	(14,1)	(0,0)	(0,0)	(75,3)	100,0	37
Ensemble	43,4	30,5	0,3	0,0	7,7	0,1	17,3	1,4	3,3	0,4	12,8	11,0	1,9	0,0	56,6	100,0	1512
() Basé sur 37 cas non pondérés																	

() Basé sur 37 cas non pondérés

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

La prévalence contraceptive est plus élevée chez les femmes en union (40 %) et chez celles non en union et qui sont sexuellement actives (43%). Parmi les femmes en union, 33% utilisent une méthode moderne, en particulier les injectables (20 %) et la pilule (7 %). En outre, 6,4 % des femmes avaient recours à une méthode traditionnelle, essentiellement l'abstinence périodique (5%). Pour l'ensemble des femmes, l'utilisation de méthodes contraceptives varie selon l'âge. Le niveau maximum d'utilisation de la contraception se situe dans le groupe d'âges 35-39 ans (46 %).

Près de deux femmes, non en union et sexuellement actives, sur cinq (43 %) ont déclaré utiliser, au moment de l'enquête, une méthode quelconque de contraception. Ces femmes utilisaient davantage des méthodes modernes que traditionnelles notamment les injectables (17 %) et la pilule (8 %). La proportion de celles qui utilisent une méthode traditionnelle (12 %) est plus élevée que chez les autres femmes. L'abstinence périodique prédomine essentiellement à un niveau de 11 %. Dans ce sous-groupe de femmes, le taux d'utilisation du condom masculin est plus élevé que celui chez les autres femmes (3 %). De même, à la différence des autres femmes, il est noté une prévalence contraceptive élevée dès 15-19 ans (39 %) pour atteindre un maximum de 55% à 25-29 ans.

Le tableau 5.6.6 présente la prévalence contraceptive actuelle, moderne et traditionnelle, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les résultats ne portent que sur les femmes actuellement en union. Les différences de prévalence contraceptive sont importantes lorsque le milieu de résidence est considéré. En milieu rural, 37 % des femmes en union utilisent une méthode contraceptive quelconque contre 51 % dans l'ensemble de celles du milieu urbain. Le taux d'utilisation d'une méthode contraceptive est le plus élevé (54 %) dans la capitale. Il est noté que les écarts sont moins importants pour les méthodes modernes, la prévalence variant d'un maximum de 42 % dans la capitale, à un minimum de 32 % en milieu rural. Cependant, pour les injectables qui demeurent la méthode la plus utilisée par les femmes Malagasy, les résultats montrent que le taux d'utilisation est quasiment le même quel que soit le milieu de résidence (20%). Le taux d'utilisation de la pilule qui est la méthode la plus fréquemment utilisée après les injectables, est peu différent d'un milieu à un autre (8 % en zone urbaine contre 6 % en zone rurale). Pour le recours au condom masculin, il est observé un écart entre la capitale, où 3% des femmes l'utilisent, et le milieu rural où cette proportion est voisine de 1%.

Il est constaté que le niveau d'utilisation des méthodes traditionnelles varie de 11 % dans la capitale à 5% en milieu rural. Dans les autres villes, ce niveau d'utilisation est le plus élevé (13 %). Le niveau plus élevé de pratique contraceptive, observé dans les autres zones urbaines, s'explique probablement, en grande partie, par des sensibilisations des agents communautaires, et une disponibilité plus grande et un accès plus facile aux services de planification familiale.

La prévalence contraceptive augmente considérablement avec le niveau d'instruction, de 25% chez les femmes moins instruites et de 51% chez celles les plus instruites. De 23 % chez les femmes sans instruction, la prévalence moderne passe à 35 % parmi les femmes ayant un niveau primaire. Elle atteint un maximum de 39 % parmi celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Pour les méthodes traditionnelles, la proportion d'utilisatrices passe de 2 %, pour les femmes sans instruction, à 12 % pour les femmes de niveau secondaire ou plus.

Le taux d'utilisation de la contraception varie aussi avec la parité. D'un niveau assez faible (17%) à la parité 0, elle augmente jusqu'à la parité 3-4 où elle atteint sa valeur maximale (46 %) pour diminuer lorsque les femmes ont au moins 5 enfants. En se limitant uniquement aux méthodes modernes, les variations de la prévalence suivent la même tendance : d'un minimum de 10 % parmi

les nullipares, elle passe à 35 % parmi les femmes ayant 1-2 enfants, puis à 40 % parmi celles en ayant 3-4 enfants, et elle diminue pour ne concerner que 30 % de celles ayant 5 enfants ou plus. La prévalence contraceptive traditionnelle diminue légèrement en fonction de l'augmentation du nombre d'enfants, variant de 7 % parmi les nullipares à 5 % parmi celles ayant au moins 5 enfants.

Indépendamment du type de méthodes, la prévalence contraceptive augmente régulièrement avec le niveau de bien-être économique du ménage passant, pour l'utilisation d'une méthode quelconque, d'un minimum de 27 %, dans le premier quintile, à un maximum de 47% dans le quintile des plus riches. Le taux d'utilisation d'une méthode moderne augmente régulièrement avec le niveau de bien-être économique du ménage passant de 23%, pour le premier quintile, et de 35% pour le quintile des plus riches.

Tableau 5.6.6 : Proportion de femmes de 15-49 ans actuellement en union, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Méthode moderne								Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle			N'utilise aucune méthode	Total	Effectif	
			Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pilule	DIU	Injections	Implants	Condom	MAMA		Abstinence périodique	Retrait	Méthode populaire				
Milieu de résidence																		
Capitale	54,3	43,2	0,8	0,0	9,5	1,4	23,7	4,2	2,5	1,1	11,1	9,4	1,7	0,1	45,7	100,0	780	
Autres urbains	49,3	36,3	2,3	0,0	7,8	1,0	18,3	2,5	2,1	2,3	13,0	11,2	1,7	0,1	50,7	100,0	1553	
Ensemble Urbain	51,2	39,0	1,7	0,0	8,4	1,2	20,4	3,1	2,3	1,9	12,2	10,5	1,7	0,1	48,8	100,0	2333	
Rural	37,2	32,1	1,4	0,0	6,1	0,6	19,7	2,5	0,7	1,1	5,1	3,8	1,2	0,2	62,8	100,0	7797	
Nombre d'enfants vivants																		
0	17,4	10,4	0,2	0,0	2,8	0,0	5,8	0,2	1,4	0,0	7,0	5,4	1,4	0,2	82,6	100,0	743	
1 à 2	42,0	34,9	0,5	0,0	7,4	0,5	21,0	2,6	1,2	1,6	7,2	5,6	1,5	0,1	58,0	100,0	3784	
3 à 4	46,2	39,5	2,4	0,0	7,7	1,0	23,1	3,4	1,1	1,0	6,6	5,2	1,3	0,1	53,8	100,0	3050	
5+	34,6	29,6	2,0	0,0	4,9	0,8	17,9	2,4	0,5	1,2	4,9	3,7	0,8	0,4	65,4	100,0	2551	
Niveau d'instruction																		
Sans instruction	24,7	22,5	1,0	0,0	4,3	0,1	14,2	1,8	0,4	0,8	2,2	1,5	0,5	0,2	75,3	100,0	2819	
Primaire	39,7	35,3	1,0	0,0	6,5	0,7	22,1	2,8	1,0	1,2	4,5	3,1	1,2	0,2	60,3	100,0	4057	
Secondaire ou plus	50,5	38,6	2,3	0,0	8,2	1,0	21,2	3,0	1,4	1,5	11,9	9,8	1,9	0,2	49,5	100,0	3254	
Quintile de consommation																		
Plus pauvres	26,9	22,7	1,3	0,0	4,0	0,2	15,0	1,0	0,4	0,8	4,2	2,5	1,4	0,2	73,1	100,0	1622	
Second	33,9	29,9	1,8	0,0	5,7	0,7	17,5	2,5	0,2	1,5	3,9	2,9	0,9	0,1	66,1	100,0	1776	
Moyen	39,5	35,0	1,4	0,0	6,1	0,3	23,0	2,4	0,4	1,5	4,5	3,1	1,1	0,3	60,5	100,0	2012	
Quatrième	45,6	39,8	0,9	0,0	7,8	0,9	23,7	4,3	1,0	1,2	5,7	4,3	1,1	0,3	54,4	100,0	2247	
Plus riches	47,2	35,2	1,7	0,0	8,1	1,0	18,6	2,4	2,4	1,1	12,0	10,2	1,7	0,1	52,8	100,0	2472	
Ensemble	39,8	33,3	1,4	0,0	6,6	0,7	19,9	2,6	1,0	1,2	6,4	5,0	1,3	0,2	60,2	100,0	10130	

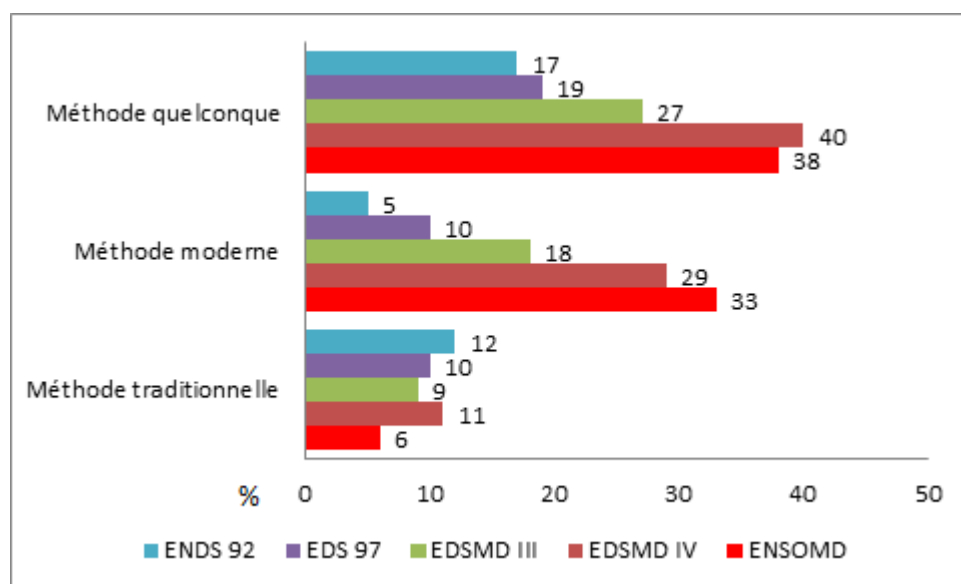
SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.6.2.3 Tendances de pratique contraceptive

La comparaison des résultats de l'enquête actuelle avec ceux des enquêtes précédentes, met en évidence une diminution de la prévalence contraceptive. En effet, le taux d'utilisation de la contraception parmi les femmes en union est passée de 17 %, en 1992, à 19 %, en 1997, puis à 27 %, en 2003-2004, 40 % en 2008-2009. Pendant l'ENSOMD, la prévalence contraceptive quelconque est de 38 %. Le taux d'utilisation des méthodes modernes est passé de 5 %, en 1992, à 10 %, en 1997, puis à 18 %, en 2003-2004, 29 % en 2008-2009 pour atteindre 33 % dans l'ENSOMD. Selon le graphique 5.5.1, cette légère augmentation de la pratique contraceptive a été insuffisante, compte tenu de la demande potentielle insatisfaite en augmentation pour contenir un ISF national, tiré d'ailleurs en partie par celui de la région Androy où la pratique contraceptive est anormalement faible.

Le taux d'utilisation des méthodes traditionnelles a peu varié, passant de 12 %, en 1992, à 11 % en 2008-2009, et à 6 % dans l'ENSOMD.

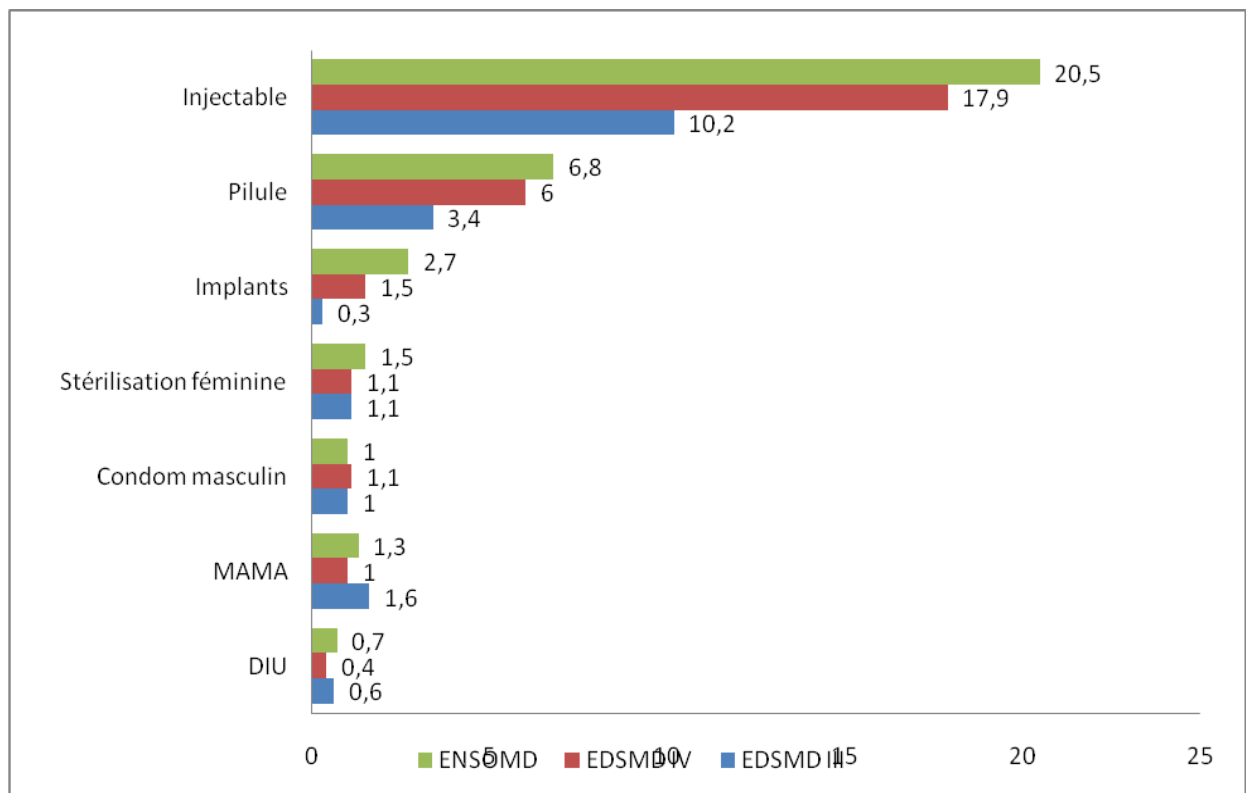
Graphique 5.6.1 : Tendance de la prévalence contraceptive (unité :%)



SOURCE : ENDS, EDS 97, EDSMD III, EDSMD IV et ENSOMD 2012-2013

Selon le graphique 5.6.2, les injectables et la pilule restent les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées par les femmes. Leur taux d'utilisation a fortement augmenté entre 2003-2004 et 2008-2009. 10 % des femmes en union utilisaient les injectables en 2003-2004, 18 % à l'EDSMD-IV contre 21 % à l'ENSOMD. Entre les deux enquêtes et l'ENSOMD, le niveau d'utilisation de la pilule a légèrement augmenté (6 à 6,8%). Il est noté une légère augmentation de l'utilisation des implants (de 1,5 à 3 %).

Graphique 5.6.2 : tendance de la prévalence contraceptive par méthode (unité : %)



SOURCE : EDSMD III, EDSMD IV et ENSOMD 2012-2013

5.6.2.4 Nombre d'enfants à la première utilisation de la contraception

L'utilisation de la contraception pour la première fois peut, en fonction de la parité atteinte, répondre à des objectifs différents :

- Retardement de la première naissance ;
- espacement des naissances si la contraception débute à des parités faibles ;
- contraception d'arrêt, lorsqu'elle commence à des parités élevées ou lorsque le nombre d'enfants désiré est déjà atteint.

Le tableau 5.6.7 présente, par groupe d'âges, la répartition des femmes de 15-49 ans, selon le nombre d'enfants vivants qu'elles avaient lorsqu'elles ont utilisé la contraception pour la première fois. Il est constaté que dans 12% des cas, les femmes ont commencé à utiliser une méthode contraceptive alors qu'elles n'avaient aucun enfant, pour retarder la venue de la première naissance, et que dans 24 % des cas, elles ont commencé alors qu'elles étaient à des parités relativement faibles (1 à 3 enfants). Dans 10 % des cas, la pratique contraceptive a commencé à des parités élevées (4 enfants et plus), certainement pour limiter la descendance.

Tableau 5.6.7 : Proportion de femmes de 15-49 ans, par nombre d'enfants vivants lors de la première utilisation de la contraception, selon l'âge actuel

groupe d'âges	Nombre d'enfants vivants au moment de la première utilisation de la contraception						Total	Effectif des femmes
	0	1	2	3	4+	n'a jamais utilisé		
15-19	14,3	8,2	1,3	0,2	0,1	76,0	100,0	3393
20-24	18,3	22,5	8,0	2,9	0,7	47,5	100,0	2804
25-29	12,8	21,3	13,4	8,3	6,7	37,5	100,0	2477
30-34	9,1	15,0	12,8	9,6	15,2	38,3	100,0	2223
35-39	6,5	11,5	10,0	9,6	21,5	41,0	100,0	1976
40-44	5,9	7,7	7,1	7,8	23,2	48,4	100,0	1630
45-49	5,8	6,2	7,5	5,2	19,3	56,0	100,0	1172
Ensemble	11,5	14,0	8,2	5,7	10,0	50,6	100,0	15675

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

La proportion de femmes ayant utilisé la contraception pour la première fois alors qu'elles étaient nullipares augmente des générations les plus anciennes aux générations les plus récentes, passant de 6,2 % chez celles de 45-49 ans, à 18 % chez les 20-24 ans. Il semble que les jeunes générations aient plus tendance que les anciennes à retarder la venue du premier enfant laquelle pourrait être due à la disponibilité des services de planification familiale. En outre, parmi les femmes de 25-29 ans, 13 % ont commencé à utiliser une méthode de planification familiale après le premier enfant, et 13 % après le deuxième, contre respectivement 8 et 6% parmi les femmes de 45-49 ans, ce qui traduit probablement une volonté d'espacement des naissances chez les jeunes femmes.

5.6.3 Connaissance de la période féconde

Le tableau 5.6.8 indique qu'une femme en union sur 10 pratiquait, au moment de l'enquête, la continence périodique. Pour être efficace, cette méthode nécessite la connaissance de la période de fécondabilité pendant le cycle menstruel. Lors de l'enquête, il a été demandé aux femmes, utilisatrices ou non de la continence périodique, si elles pensaient qu'au cours du cycle, il y avait une période où les chances de tomber enceintes étaient plus élevées et, si oui, à quel moment du cycle se situait cette période. Les réponses données par les femmes sont synthétisées au tableau. Compte tenu des nombreuses nuances que peuvent comporter les réponses à cette dernière question, les réponses ont été regroupées en trois grandes catégories:

- **Connaissance exacte** : « au milieu, entre 2 périodes » ;
- **Connaissance douteuse** : « Juste après la fin des règles », « Juste avant le début des règles ». Ces réponses sont trop vagues pour être considérées comme exactes. Mais, selon l'idée que se font les femmes du « juste avant début des règles » et du « juste après la fin des règles », elles peuvent correspondre à la période de fécondabilité ;
- **Méconnaissance** : « pendant les règles », « Autre », « Pas de moment spécifique » ou « Ne sait pas ».

Tableau 5.6.8 : Proportion de femmes de 15-49 ans, selon leur connaissance de la période féconde, au cours du cycle menstruel, en fonction de l'utilisation actuelle de la continence périodique

	Utilisatrices de l'abstinence périodique	Non utilisatrices de l'abstinence périodique	Ensemble
Juste avant le début des règles	1,7	5,3	5,0
Pendant les règles	2,9	3,0	3,0
Juste après les règles	10,1	19,8	19,2
Au milieu entre 2 périodes	83,8	64,9	66,1
Autre (préciser)	1,0	0,8	0,8
Ne sait pas	0,5	6,2	5,8
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif des femmes	767	14908	15674

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Pratiquement une femme sur deux connaît précisément la période où elle est féconde. Cependant 10 % des femmes ne savent pas situer cette période. Parmi les femmes non utilisatrices de la continence périodique, 65 % ont su situer la période au cours de laquelle les chances de tomber enceintes sont les plus élevées. Le niveau de connaissance des femmes ayant utilisé la continence périodique comme méthode de contraception est nettement meilleure, puisque 84 % d'entre elles ont su situer correctement la période de fécondabilité. Néanmoins, parmi ces utilisatrices, il est constaté que 12% n'en ont qu'une connaissance douteuse, et 5% ne savent situer cette période. Aussi, il est plus que nécessaire d'informer davantage les femmes sur la période féconde de leur cycle menstruel, pour une utilisation plus efficace de cette méthode de contraception.

5.6.4 Sources d'approvisionnement de la contraception

Au cours de l'enquête, il a été demandé aux femmes qui utilisaient des méthodes modernes, auprès de quelle source elles obtenaient leur méthode. Cette question permet de déterminer lequel du secteur public ou privé contribue le plus dans la distribution des contraceptifs.

Les résultats présentés au tableau 5.6.9 mettent en évidence la contribution importante du secteur public dans l'approvisionnement en méthodes contraceptives, essentiellement par le biais des centres de santé de base niveau II. En effet, 48 % des utilisatrices s'adressent au secteur public, soit les CSB-II, dans 38 % des cas. En particulier, il est constaté que les méthodes les plus fréquemment utilisées par les femmes Malagasy, (les injectables, les implants et la pilule,) sont obtenues principalement auprès du secteur public, (respectivement 64 %, 63% et 46 %), essentiellement dans les CSB-II (respectivement 51 %, 53 % et 40%).

La stérilisation féminine, méthode à laquelle peu de femmes ont recours, est également pratiquée, essentiellement dans le secteur public (72 %), dans les centres hospitaliers de district (CHD) : (24 % dans les CHD-II et 10 % dans les CHD-I), dans les grands centres hospitaliers universitaires (CHU) et de régions (CHR) : (8 % dans les CHU/CHR), mais aussi dans les CSB-II (29 %).

Cependant, les résultats montrent que le rôle du secteur médical privé dans l'approvisionnement en méthodes contraceptives est non négligeable. En effet, les deux tiers des utilisatrices de DIU s'adressent au secteur médical privé (14 %), en majorité les centres PF/FISA (4%).

Tableau 5.6.9 : Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes, âgées de 15-49 ans, par source d'approvisionnement la plus récente, selon la méthode

Source d'approvisionnement	Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injections	Implant	Condom masculin	Ensemble
Secteur public	71,8	45,7	43,8	63,6	63,1	9,3	48,1
CHD II	24,4	2,5	5,4	2,5	2,3	0,5	2,8
CHD I	10,2	1,1	2,0	1,9	2,6	0,7	1,7
CHU, CHRR	7,6	0,4	1,9	0,4	1,6	0,0	0,8
CSB II	29,1	35,9	34,5	51,3	52,7	7,8	37,5
CSB I	0,5	5,8	0,0	7,6	3,8	0,3	5,3
Secteur privé	22,5	23,4	30,3	16,0	19,8	16,3	15,1
Hôpital / clinique privé	18,4	1,4	5,8	0,7	4,8	0,6	1,6
Centre de santé privé	0,0	0,4	6,8	2,0	2,1	1,3	1,3
Pharmacie/dépôt de médicament	0,0	12,4	0,0	1,6	0,0	9,2	3,0
Médecin privé	1,5	5,8	14,1	8,6	7,6	3,0	6,3
centre de PF/ FISA	0,0	3,5	3,6	3,2	5,4	2,2	2,8
Autre médical privé	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Autres sources	0,0	15,8	5,2	6,9	9,8	50,5	20,1
Agent communautaire	0,0	4,2	3,1	3,0	0,7	4,3	3,2
Agent VBC	0,0	0,6	0,0	0,2	0,0	0,4	0,3
Média/Spot	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,1
Boutique	0,0	5,5	0,0	0,0	0,0	27,8	2,2
Kiosque	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	2,5	0,1
Eglise	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,3
Parent/Amis	0,0	1,2	0,0	0,4	0,4	5,6	5,4
Autre	3,5	4,2	2,0	3,2	7,9	9,8	8,6
Manquant	2,2	15,1	20,7	13,4	7,3	23,9	16,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des femmes	148	747	72	2414	353	182	4732

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.6.5 Informations relatives aux méthodes contraceptives

Au cours de l'enquête, il a été demandé aux femmes utilisatrices de méthodes contraceptives, dont la dernière période d'utilisation avait commencé au cours des 5 années précédant l'enquête, si elles avaient été informées sur l'éventualité d'effets secondaires, sur ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires, et il leur a été aussi demandé si elles avaient pris connaissances d'autres méthodes alternatives. Ces informations, présentées au tableau 5.6.10, sont particulièrement utiles pour prévenir l'abandon précoce de méthodes contraceptives adoptées, et pour corriger et combattre les préjugés sur les méthodes de contraception.

Il est constaté que dans près de 45% des cas, les utilisatrices de méthodes modernes ont déclaré avoir été informées des effets secondaires ou des problèmes qui pourraient survenir en utilisant leur méthode. Cette proportion varie légèrement selon la méthode utilisée, d'un maximum de 82 % chez les femmes qui ont été stérilisées, à un minimum de 54 % chez celles qui utilisent la pilule. La proportion de femmes qui ont reçu ces informations ne varie que très peu entre le secteur médical privé et le secteur public (60 % contre 59 %). En outre, dans 41 % des cas, les femmes ont déclaré avoir été informées sur ce qu'il fallait effectuer en cas d'effets secondaires. Ici aussi, les femmes ayant été stérilisées ou qui utilisent les injections ont été mieux informées que les autres (respectivement 71 et 51 %). Il n'existe aucun écart important entre le secteur public et le secteur médical privé (56 % contre 53 %). Le tableau 5.6.10 montre que 53% des femmes ont reçu des informations fournies par un agent de santé ou de PF sur l'utilisation éventuelle d'autres méthodes. Cette proportion varie de 82 %, lorsque la méthode utilisée est l'implant, à 62 % lorsqu'il s'agit de la stérilisation. Les femmes ayant obtenu leur méthode auprès du secteur public ont été le plus fréquemment informé par un agent de santé (73 % contre 66 % dans le secteur médical privé).

Tableau 5.6.10 : Proportion d'utilisatrices actuelles de méthodes modernes, âgées de 15-49 ans, dont la dernière période d'utilisation d'une méthode a commencé au cours des cinq années précédant l'enquête, de celles qui ont été informées de possibles effets secondaires ou sur des problèmes liés à cette méthode, de celles qui ont été informées sur ce qu'il fallait effectuer en cas d'effets secondaires, et de celles qui ont été informées de l'existence d'autres méthodes, selon la méthode et la source initiale de la méthode

Femmes				
	qui ont été informées des effets secondaires ou des problèmes de la méthode utilisée	qui ont été informées sur ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires	qui ont été informé par un agent de santé ou de planification familiale d'autres méthodes qui peuvent être utilisées	Effectif des femmes
Méthode actuelle				
Stérilisation féminine	81,9	70,8	72,7	81
Pilule	53,6	47,0	61,0	643
DIU	76,5	73,4	90,1	59
Injections	55,2	51,2	64,9	2041
Implants	59,5	58,0	74,7	296
source initiale de la méthode				
secteur public	55,6	51,3	65,7	2160
secteur médical privé	53,0	49,5	59,7	658
autre secteur privé	16,2	14,4	23,4	893
Ensemble	44,9	41,3	52,9	3937

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.6.6 Utilisation future de la contraception

Au cours de l'enquête, il a été demandé aux femmes en union, non utilisatrices de la contraception, leur intention concernant une utilisation future de la contraception. Le tableau 5.6.11 présente la répartition de ces femmes selon leur intention, et par nombre d'enfants vivants. Si 32 % des femmes, en union et non utilisatrices de méthodes contraceptives, ont déclaré qu'elles avaient l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, 46 % ont déclaré qu'elles n'en avaient pas l'intention, et 22% étaient indécises.

Tableau 5.6.11: Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, qui n'utilisent pas actuellement de méthode, par nombre d'enfants vivants et selon l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir

	nombre d'enfants vivants				Ensemble
	0	1	2	4+	
A l'intention d'utiliser	28,5	54,2	57,4	24,6	32,3
N'a pas l'intention d'utiliser	48,4	30,1	20,7	57,2	45,7
manquant	23,1	15,7	21,9	18,2	22,0
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Nombre de femmes en union qui n'utilisent aucune méthode contraceptive	5067	746	213	330	6356

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

La proportion de femmes ayant l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans l'avenir, varie avec le nombre d'enfants. De 29% parmi celles qui n'ont pas d'enfants, la proportion augmente et passe à 58 % parmi celles ayant deux enfants ; elle diminue à partir de 3 enfants pour atteindre un minimum de 25 % à quatre enfants et plus.

Il a été demandé aux femmes qui n'utilisaient pas la contraception et qui n'avaient aucune intention de l'utiliser dans l'avenir, d'en donner la raison. Les résultats sont présentés au tableau 5.5.12. Des raisons liées à la fécondité ont été données par les femmes, pour expliquer leur non intention d'utiliser la contraception dans le futur (26 %). Parmi ces raisons, le désir d'avoir des enfants a été cité dans 13 % des cas. 1 % des femmes ont déclaré qu'elles étaient infécondes. En outre, l'opposition à la pratique contraceptive a été citée par 11 % des femmes. Dans 10 % des cas, l'enquêtée elle-même s'y est opposée, le mari/partenaire dans 4 % des cas, et l'opposition pour des motifs religieux a été citée dans 1 % des cas. Les raisons relatives à la méconnaissance des méthodes contraceptives ou des sources d'approvisionnement ont été avancées par 8 % des femmes. 48 % des femmes ont avancé des raisons liées à la méthode. La crainte des effets secondaires (19 %) et les problèmes de santé (20%) ont été cités.

Tableau 5.6.12: Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union, qui n'utilisent actuellement aucune méthode contraceptive, et qui n'ont aucune intention d'en utiliser une dans l'avenir, selon la principale raison pour laquelle elles n'ont aucune intention d'adopter la contraception

Raison	Répartition (en %)
Raisons liées à la fécondité	
Pas de rapports sexuels/Rapports sexuels peu fréquents	4
Ménopause/Hystérectomie	8
Sous-fécondité/Stérilité	1,3
Veut autant d'enfants que possible	12,8
Opposition à l'utilisation	
Enquêtée opposée	5,7
Mari/Partenaire opposé	3,6
Autres personnes opposées	0,8
Interdits religieux	0,8
Manque de connaissance	
Ne connaît aucune méthode	6,6
Ne connaît aucune source	0,9
Raisons liées à la méthode	
Problèmes de santé	19,5
Peur des effets secondaires	18,6
Pas accessible/Trop loin	0,7
Trop cher	2,2
Pas pratique à utiliser	4,5
Interfère avec fonctions normales du corps	2,1
Autre	5,5
Ne Sait Pas	2,2
Manquant	0,1
Total	100

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Pour évaluer la demande potentielle des différents types de méthodes contraceptives, il a été demandé aux femmes en union ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, de spécifier la méthode de leur choix. Il ressort du tableau 5.5.13 que les méthodes modernes (90%) ont été les plus fréquemment citées, avec notamment 64% pour les injectables, 13% pour la pilule et 7% pour les implants.

Parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique est celle qui a été la plus citée (4 %).

Tableau 5.6.13: Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, qui n'utilisent actuellement aucune méthode mais qui ont l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par âge et selon la méthode préférée

Méthode	Répartition (en%)
Stérilisation féminine	1,3
Stérilisation masculine	0,1
Pilule	12,7
Diu	2,3
Injectons	63,5
Implants	7,1
Condom	1,3
Condom féminin	0,1
Méthode jours fixes/collier	1,5
MAMA	0,1
Abstinence périodique	4,0
Retrait	0,4
Autre	2,2
Pas sûre	3,2
Manquant	
Total	100,0
Effectif des femmes	2058

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

5.6.7 Sources d'information sur la contraception

L'utilisation des médias est un moyen indispensable pour l'information et la sensibilisation en contraception. Elle permet aussi la vulgarisation et le développement de la pratique contraceptive. Pour évaluer l'impact des médias dans ce domaine, il a été demandé à l'ensemble des femmes et des hommes s'ils avaient pris connaissance à la radio, à la télévision, ou dans un journal, ou dans un magazine, un message sur la planification familiale au cours des derniers mois précédant l'enquête.

Le tableau 5.6.14 présente que 76 % des femmes et 74 % des hommes de 15-49 ans n'avaient reçu aucun message sur la planification familiale par le biais des trois médias, au cours des derniers mois précédant l'enquête.

C'est n'est principalement que par le biais de la radio que les femmes et les hommes (respectivement 14% et 15 %) ont reçu des messages sur la planification familiale. Les proportions de femmes et d'hommes qui ont vu des messages à la télévision sont plus faibles (respectivement 8 % et 7 %). Par contre, seulement 2 % des femmes et 4 % des hommes ont lu dans la presse des messages sur la planification familiale.

En fonction de l'âge, il est noté des proportions élevées d'adolescents de 15-19 ans qui n'ont été exposées à aucun média (80 % des jeunes femmes et 80 % des jeunes hommes). Les résultats selon le milieu de résidence montrent qu'en milieu rural, les proportions de femmes et d'hommes qui n'ont été atteints par aucun média sont les plus élevées (respectivement, 82 % et 80 % en milieu rural contre 65 % et 49 % en milieu urbain).

Selon le tableau 5.6.15, des écarts importants apparaissent entre les régions : dans l'Androy, 94 % des femmes et 93 % des hommes n'ont été atteints par aucun message sur la planification familiale contre, respectivement 54 % et 58 % dans l'Analamanga. Dans cette dernière région, 9 % des femmes et 11 % des hommes ont lu dans un journal ou un magazine un message se référant à la planification familiale.

D'autre part, il est constaté que l'exposition aux messages sur la planification familiale est généralement influencée par le niveau d'instruction et par le statut économique du ménage. Les proportions de femmes et d'hommes qui n'ont été atteints par aucun média varient d'un maximum de 91 % et 90 %, parmi ceux sans instruction, à respectivement un minimum de 62 % et 63 % parmi ceux du niveau secondaire ou plus. De même, il est constaté que dans les ménages du quintile le plus pauvre, 91 % des femmes et 88% des hommes n'ont été exposés à aucun média, contre seulement 60 % des femmes et 60 % des hommes dans les ménages les plus riches.

Tableau 5.6.14: Proportion de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, au cours des derniers mois précédant l'enquête, ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision ou dans un journal ou une revue, un message sur la planification familiale, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

	Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui, au cours des derniers mois précédant l'enquête, ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision, soit lu dans un journal ou un magazine un message sur la planification familiale					Pourcentage d'hommes de 15-49 ans qui, au cours des derniers mois précédant l'enquête, ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision, soit lu dans un journal ou un magazine un message sur la planification familiale				
	Radio	Télévision	Journaux/ Magazine	Aucun de ces trois médias	Effectif de femmes	Radio	Télévision	Jour- naux/ Maga- zine	Aucun de ces trois médias	Effectif des hommes
groupe d'âge										
15-19	10,0	7,8	2,6	79,6	3388	11,2	5,9	2,9	80,0	1469
20-24	11,4	8,7	3,3	76,5	2804	12,7	8,1	4,5	74,6	1187
25-29	14,2	8,3	2,4	75,1	2477	14,4	6,5	4,2	75,0	957
30-34	13,4	8,4	3,0	75,2	2222	15,5	6,8	3,5	74,1	980
35-39	13,3	8,3	3,5	75,0	1984	16,7	7,3	4,6	71,3	848
40-44	13,4	7,9	1,9	76,7	1628	17,9	8,5	4,7	69,0	783
45-49	13,5	7,8	3,0	75,6	1172	16,5	6,7	3,9	72,9	1380
Milieu										
Capitale	11,0	32,3	14,9	41,9	1333	9,4	25,5	16,1	48,9	633
Autres urbains	11,2	20,9	3,3	64,6	2782	11,9	18,7	4,8	64,7	1243
Ensemble Urbain	11,1	25,1	7,6	56,2	4115	10,9	21,4	9,3	58,3	1876
Rural	12,8	3,9	1,6	81,7	11560	15,6	3,5	2,7	78,2	5728
Niveau d'instruction										
Sans instruction	7,7	0,8	0,3	91,3	3974	9,4	0,9	0,8	89,0	1748
Primaire	13,6	3,1	0,8	82,5	5771	15,5	2,7	1,4	80,4	2741
Secondaire ou plus	14,1	17,5	6,3	62,1	5930	16,3	13,5	7,6	62,6	3115
Quintile de consommation										
Plus pauvres	8,0	0,3	0,7	91,0	2627	9,9	0,5	1,2	88,4	1140
Second	10,9	1,5	0,8	86,8	2629	15,6	0,7	1,4	82,2	1265
Moyen	14,4	3,0	1,4	81,2	2971	16,7	1,5	1,9	79,8	1436
Quatrième	14,8	9,5	2,6	73,1	3380	17,3	7,7	3,8	71,1	1697
Plus riches	12,9	21,0	7,0	59,2	4064	13,0	17,6	8,6	60,8	2065
Ensemble des femmes de 15-49 ans	12,4	8,2	2,8	76,5	15675	14,7	7,0	4,0	74,4	7604

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau 5.6.15: proportion de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, au cours des derniers mois précédant l'enquête, ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision ou dans un journal ou une revue, un message sur la planification familiale, selon les régions

Région	Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui, au cours des derniers mois précédant l'enquête, ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision, soit lu dans un journal ou un magazine un message sur la planification familiale					Pourcentage de hommes de 15-49 ans qui, au cours des derniers mois précédant l'enquête, ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision, soit lu dans un journal ou un magazine un message sur la planification familiale				
					Effectif des femmes					Effectif des hommes
	Radio	Télévision	Journaux/ Magazine	Aucun de ces trois médias		Radio	Télévision	Journaux/ Magazine	Aucun de ces trois médias	
Analamanga	11,8	25,0	9,0	54,2	2009	11,4	20,0	11,0	57,7	1006
Vakinankaratra	11,4	4,3	2,8	81,5	706	12,7	2,7	4,9	79,8	336
Itasy	18,4	1,4	1,0	79,2	748	23,8	1,8	0,9	73,4	386
Bongolava	21,2	1,0	0,5	77,3	705	25,2	1,9	0,5	72,5	360
Haute Matsiatra	19,0	4,4	1,9	74,6	699	19,6	2,2	2,4	75,8	378
Amoron'i Mania	21,7	2,3	2,0	74,0	679	22,3	1,0	3,8	72,8	361
Vatovavy Fitovinany	17,2	1,9	2,4	78,5	721	15,5	2,0	2,4	80,0	334
Ihorombe	8,1	7,2	2,6	82,1	711	12,6	5,5	5,0	76,9	361
Atsimo Atsinanana	10,7	1,0	0,4	87,9	722	16,7	0,8	0,6	81,9	311
Atsinanana	11,8	11,6	3,7	72,9	617	15,3	9,5	4,1	71,1	298
Analanjirifo	7,9	1,4	0,7	90,0	569	11,9	2,9	1,0	84,2	289
Alaotra Mangoro	17,6	6,0	1,6	74,8	645	23,3	6,4	2,2	68,0	342
Boeny	8,4	9,4	1,0	81,3	594	7,3	7,1	2,7	82,9	277
Sofia	14,6	1,8	1,2	82,3	577	18,2	1,5	2,6	77,7	269
Betsiboka	8,6	3,4	0,9	87,0	703	11,5	4,9	1,1	82,5	314
Melaky	4,2	3,8	0,7	91,3	577	5,4	2,8	2,0	89,8	256
Atsimo Andrefana	4,8	6,8	0,5	87,9	620	8,7	7,0	1,6	82,7	280
Androy	3,5	2,0	0,3	94,2	565	5,9	0,9	0,6	92,6	264
Anosy	9,8	6,2	0,8	83,2	690	7,9	5,0	1,4	85,7	328
Menabe	16,2	6,0	0,6	77,2	679	24,0	4,2	1,2	70,6	304
Diana	12,3	5,1	0,6	82,0	590	17,6	5,1	2,4	74,9	257
Sava	10,2	4,3	0,6	84,9	549	13,9	4,1	0,9	81,1	293
Ensemble	12,4	8,2	2,8	76,5	15675	14,7	7,0	4,0	74,4	7604

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Il est constaté que la majorité des femmes de 15-49 ans, non utilisatrices de la contraception (93 %), n'ont discuté de planification familiale ni avec un agent de terrain, ni dans un centre de santé.

Cette proportion est élevée pour toutes les caractéristiques sociodémographiques. Cependant, dans certains sous-groupes comme les jeunes de 15-19 ans, les femmes de la capitale, celles des régions Vakinankaratra, Atsimo Atsinanana et Sava, la proportion égale ou dépasse 90 %. Les variations selon le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique du ménage sont peu significatives.

5.6.8 Discussion de la planification familiale avec le conjoint

Il a été demandé aux femmes qui utilisaient une méthode contraceptive si elles estimaient que leur mari/partenaire était au courant du fait qu'elles utilisaient la contraception. Les résultats, présentés au tableau 5.6.16, montrent que la quasi-totalité des femmes savent que leur mari ou partenaire est informé (94%), et cette proportion est élevée pour toutes les caractéristiques sociodémographiques. Selon le tableau 5.6.17, il est possible de mentionner que, parmi les jeunes de 15-19 ans (90 %) et dans la région Vatovavy Fitovinany (75 %), cette proportion est sensiblement plus faible qu'ailleurs.

Tableau 5. 6.16 : Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union, utilisant la contraception, en fonction du fait qu'elles savent ou non que leur mari/partenaire est au courant qu'elles utilisent une méthode, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

	Mari/ Partenaire sait	Mari /Partenaire ne sait pas	Ne sait pas si le mari/partenaire sait	Total	Effectif de femmes
Groupe d'âges					
15-19	95,6	1,5	2,9	100,0	263
20-24	84,2	9,4	6,4	100,0	687
25-29	83,9	15,0	1,1	100,0	770
30-34	94,1	5,6	0,4	100,0	792
35-39	98,5	1,5	0,0	100,0	654
40-44	93,9	3,6	2,4	100,0	400
45-49	98,9	0,0	1,1	100,0	208
Milieu					
Capitale	99,1	0,0	0,9	100,0	380
Autres urbains	92,9	4,8	2,3	100,0	496
Ensemble Urbain	95,5	2,7	1,7	100,0	876
Rural	93,2	5,2	1,6	100,0	2898
Niveau d'instruction					
Sans instruction	87,0	12,0	1,0	100,0	579
Primaire	94,1	3,2	2,7	100,0	1620
Secondaire ou plus	96,1	2,8	1,2	100,0	1575
Quintile de consommation					
Plus pauvres	95,9	0,0	4,1	100,0	394
Second	85,8	10,7	3,4	100,0	607
Moyen	95,0	3,7	1,2	100,0	758
Quatrième	98,3	1,1	0,6	100,0	966
Plus riches	93,3	5,7	1,0	100,0	1048
Ensemble	93,9	4,4	1,6	100,0	3774

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau 5.6.17: Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union qui utilisent la contraception, en fonction du fait qu'elles savent ou non que leur mari/partenaire est au courant qu'elles utilisent une méthode, selon les régions

Région	Mari/ Partenaire sait	Mari /Partenaire ne sait pas	Ne sait pas si le mari/ partenaire sait	Total	Effectif de femmes
Analamanga	99,6	0,0	0,4	100,0	892
Vakinankaratra	95,5	4,5	0,0	100,0	310
Itasy	96,1	3,9	0,0	100,0	162
Bongolava	93,9	6,1	0,0	100,0	88
Haute Matsiatra	97,3	0,0	2,7	100,0	210
Amoron'i Mania	89,6	2,2	8,1	100,0	104
Vatovavy Fitovinany	75,4	0,0	24,6	100,0	196
Ihorombe	100,0	0,0	0,0	100,0	44
Atsimo Atsinanana	100,0	0,0	0,0	100,0	61
Atsinanana	94,4	5,6	0,0	100,0	280
Analanjirifo	87,9	12,1	0,0	100,0	245
Alaotra Mangoro	100,0	0,0	0,0	100,0	235
Boeny	100,0	0,0	0,0	100,0	98
Sofia	91,9	8,1	0,0	100,0	177
Betsiboka	95,0	5,0	0,0	100,0	52
Melaky	87,6	0,0	12,4	100,0	27
Atsimo Andrefana	92,6	7,4	0,0	100,0	139
Androy	72,6	27,4	0,0	100,0	13
Anosy	75,9	24,1	0,0	100,0	65
Menabe	65,5	34,5	0,0	100,0	117
Diana	49,3	39,9	10,8	100,0	104
Sava	84,4	,0	15,6	100,0	156
Ensemble	93,9	4,4	1,6	100,0	3774

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

L'utilisation de la contraception est peu répandue à Madagascar. Contrairement à une connaissance presque généralisée, 41 % des femmes en union et sexuellement actives utilisaient lors de l'enquête une quelconque méthode contraceptive. Cette prévalence tombe à 30% lorsque sont prises en compte uniquement les méthodes modernes. La prévalence contraceptive est la plus élevée dans la capitale, ainsi les méthodes injectables sont les plus utilisées. La contribution importante du secteur public dans l'approvisionnement en méthodes contraceptives, essentiellement par le biais des centres de santé de base II, a donc été mentionnée.

CONCLUSION

L'échéance des Objectifs du Millénaire pour le Développement touche presque à son terme. Madagascar ne dispose que près de 2 ans pour atteindre les OMD. Cette enquête ENSOMD vient à point pour évaluer les progrès effectués afin d'ajuster les efforts pour gagner ce défi en 2015. Pour l'OMD5, il s'agit d'améliorer la santé maternelle. Deux cibles ont été alors définies : réduire de trois quart entre 1990 et 2015 le taux de mortalité maternelle, et rendre universel l'accès à la médecine procréative. Ces cibles sont soutenues par plusieurs indicateurs dont le taux de mortalité maternelle et la proportion d'accouchement assisté par du personnel qualifié pour la première et la prévalence contraceptive, le taux de fécondité des adolescentes, la couverture de soins prénatals (au moins quatre visites prénatales) et les besoins non satisfaits en planification familiale pour la seconde.

A Madagascar, l'accès aux soins est peu généralisé, plusieurs facteurs peuvent empêcher les femmes de recevoir des avis médicaux et des traitements lorsqu'elles en nécessitent. Certains problèmes pouvant constituer un obstacle aux femmes pour se faire soigner ou recevoir un avis médical, ont été analysés. De même, la mesure de la mortalité maternelle et des facteurs de risque qui lui sont liés est nécessaire tant pour le diagnostic d'une situation que pour le suivi et l'évaluation des programmes qui seront mis en place.

Les carences en micronutriments constituent encore un problème important de santé publique à Madagascar et accroissent les risques de morbidité et de mortalité. Cependant le niveau de consommation des aliments riches en micronutriments, de supplémentation en fer acide folique, et de déparasitage des mères lors de la grossesse, reste encore assez faible. Très peu de femmes ont suivi la recommandation internationale de prendre plus de 90 comprimés de fer acide folique lors de la grossesse.

La problématique des fistules obstétricales a été mise en exergue par l'analyse de la situation de base sur l'ampleur et les impacts de la fistule obstétricale à Madagascar, effectuée en 2007. Cette pathologie longtemps négligée, constitue un véritable problème de santé public et se présente tel un aspect de la dévalorisation de la santé des femmes laquelle constitue d'ailleurs un objectif du millénaire. L'objectif général de l'éradication des FO, selon le plan stratégique national d'éradication des FO, est de réduire de 10%, d'ici fin 2015, la prévalence de la fistule obstétricale par rapport à sa valeur, obtenue lors de l'enquête initiale, au moment de la mise en œuvre du plan stratégique.

Points clés :

Les résultats de l'ENSOMD montrent que le taux de mortalité maternelle est resté quasi stationnaire depuis des dizaines d'années. Il est estimé à 478 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, pour la période 2006-2013 (contre 498 pour 100 000 naissances vivantes à l'EDSMDIV). En effet, son interprétation doit s'effectuer avec beaucoup de prudence, compte tenu de la large amplitude de l'intervalle de confiance. Ce niveau révèle davantage une constance de la mortalité maternelle, comme résumée ci-après, confirmée par les facteurs explicatifs de celle-ci lesquels n'ont eux aussi véritablement évolués.

Les soins préventifs connaissent une légère régression. Dans le domaine d'accès aux soins, il est noté une baisse d'environ 3 points entre 2008-2009 et 2012-2013. La proportion de femmes ayant

eu au moins une consultation prénatale est passée de 90% en 2008-2009 (EDSMD IV) à 87% en 2012-2013 (ENSOMD).

76,7% des femmes ont consommé des aliments riches en vitamine A, et 50,3% ont pris des aliments riches en fer au cours des dernières 24 heures précédant l'enquête. Lors de leur dernière grossesse, 7,1% des mères ont pris du fer acide folique pendant plus de 90 jours, et 60% ont pris de vermifuge.

Le nombre d'accouchements assistés par des personnels de santé qualifiés, est constant par rapport à la situation de 2008-2009. En effet, la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié est passée de 43,9, en 2008-2009, à 44,3 actuellement. Pour l'ensemble des accouchées, plus de la moitié sont revenues au bout du deuxième jour à la recherche de soins postnatals, alors qu'elles étaient en deçà de 50% en 2008-2009.

La proportion d'accouchements qui ont eu lieu dans un établissement de santé, s'est accrue sensiblement pour passer de 35%, en 2009, à 38% en 2012-2013. Près de 58 % des accouchements se font à domicile, notamment dans les régions Vatovavy Fitovinany (78%), Androy (72%) et Melaky (73%).

La prévalence de la fistule obstétricale est estimée à 5 pour 1 000 femmes qui ont déjà eu une naissance. Cette maladie est considérée comme celle des pauvres mais les résultats montrent qu'aucune couche sociale n'est épargnée. Elle se situe à un niveau assez élevé pour les femmes qui n'ont effectué aucune visite prénatale au cours de la grossesse (9‰), pour les femmes moins instruites (14‰), et les femmes de moins de 20 ans (8‰).

L'âge médian au premier rapport sexuel a peu évolué par rapport à l'EDSMD IV mais montre que les femmes se lancent précocement dans les rapports sexuels. Il semble même se rajeunir des anciennes aux jeunes générations. Il se situe à 17 ans pour les femmes de 25 à 49 ans. L'âge médian à la première union est plus élevé que celui au premier rapport sexuel, soit 19 ans pour les femmes de 25 à 49 ans au moment de l'enquête.

L'âge médian à la première naissance ne s'écarte pas trop de l'âge à la première union. Il est de 20,2 ans pour les femmes de 25-49 ans. En revanche, dès l'âge de 15-19 ans, il est constaté une proportion assez élevée de femmes ayant déjà eu une naissance. Dans les régions Sofia et Androy, plus de la moitié des femmes de 15-19 ans ont déjà eu une naissance.

Se lancer précocement dans le rapport sexuel présente des impacts sur le niveau de fécondité. En effet dès 15-19 ans, le taux de fécondité se situe déjà à 163 ‰ pour atteindre 231‰ à 20-24 ans. Des taux relativement élevés qui placent l'indice synthétique de fécondité à 5 enfants contre 4,8 en 2008-2009. Dans la région Androy, il est observé la plus haute fécondité des adolescentes, doublée d'un ISF assez élevé, tous associés à une prévalence contraceptive la plus faible.

En dépit des efforts déployés pour répondre aux besoins de la population féminine en planification familiale, les besoins non satisfaits en planification n'ont pas véritablement décroché entre 2009 et 2013.

Avoisinant les 33 % (contre 29 % en 2008-2009), la prévalence contraceptive n'a pratiquement pas évolué par rapport à celle qui a été observée à l'EDSMD IV. Les injections restent la méthode favorite des femmes utilisatrices de la contraception. Quant à la discussion avec le conjoint ou partenaire sur l'utilisation de la contraception, dans 94% des cas, les femmes ont déclaré que leur mari est informé de leur usage d'une méthode contraceptive.

Tel est le contexte dans lequel Madagascar se situe actuellement. Les résultats de l'ENSOMD sur les soins pré et postnatals, l'état vaccinal des mères en prévention du tétanos maternel et néonatal, les lieux et l'assistance des accouchements ainsi que les problèmes qui limitent l'accès des femmes aux soins de santé, ont permis d'identifier les problèmes les plus importants en santé maternelle. Ces résultats permettront d'évaluer et de planifier les politiques et les programmes dans le domaine de la santé de la reproduction, particulièrement la santé maternelle pour la promotion d'une maternité à moindre risque et dans divers domaines afin de rendre plus efficaces les interventions.

ANNEXES

Niveau de mortalité maternelle :

L'ENSOMD a permis de collecter des données permettant d'estimer le niveau de la mortalité maternelle, en utilisant des méthodes d'estimation directe et indirecte¹⁸. Ces estimations s'effectuent à partir des données sur la survie des sœurs des enquêtées. Pour chacune des sœurs d'une enquêtée, des renseignements concernant son âge actuel ont été collectés ; si elle était décédée, des questions sur l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès ont été posées.

A propos des sœurs décédées, des questions supplémentaires ont été posées pour déterminer si le décès se rapporte à la maternité : si le décès est survenu pendant la grossesse, durant l'accouchement ou dans les deux mois ayant suivi l'accouchement.

La méthode directe d'estimation de la mortalité maternelle requiert des données sur l'âge des sœurs survivantes et, pour les sœurs décédées, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. Afin d'obtenir des périodes de référence bien définies, les données sont agrégées pour déterminer le nombre de personnes-années d'exposition à la mortalité, et le nombre de décès maternels survenus dans chaque période de référence. Les taux de mortalité maternelle sont directement estimés en divisant le nombre de décès par le nombre de personnes-années soumises à l'exposition. Le résultat de ce calcul donne la proportion de sœurs, parmi toutes les sœurs de l'enquêtée, qui sont décédées de causes dues à la maternité. Cela est une estimation non biaisée de la probabilité de décéder de cause maternelle, à condition que le risque de décès soit identique pour toutes les sœurs¹⁹. La méthode indirecte d'estimation de la mortalité maternelle ne requiert aucune information sur l'âge au décès maternel et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès maternel de la sœur. Cette méthode estime le risque, pour toutes les sœurs, de décéder pour causes maternelles, sur la durée de la période de procréation. Etant donné que les estimations se réfèrent à la durée de vie des sœurs des enquêtées, elles ne s'appliquent pas à une période de temps bien délimitée mais constituent le reflet des conditions de mortalité qui correspondent à une période dont le milieu se situerait, approximativement, 12 ans avant l'enquête.

Collecte des données :

Il a été demandé à la femme enquêtée la liste de tous ses frères et sœurs : tous les enfants que sa mère a mis au monde en commençant par le premier-né. Il a été demandé à l'enquêtée l'état de survie de ses frères et sœurs, et l'âge actuel de ceux qui sont encore en vie. Pour ceux qui sont décédés, des informations sur le nombre d'années écoulées depuis le décès et sur l'âge au décès, ont été collectées. Dans le cas où des réponses précises aux âges ou au nombre d'années écoulées depuis le décès ne pourraient être obtenues, les enquêtrices étaient autorisées à accepter des réponses approximatives. Pour les sœurs décédées à l'âge de 12 ans ou plus, d'autres questions ont été posées à la femme pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité :

Est-ce que (NOM) était enceinte lorsqu'elle est décédée? Si la réponse est « non » ou « ne sait pas », il a été posé la question suivante :

¹⁸Graham et al. 1989 ; Rutenberg et al. 1990.

¹⁹Trussel et Rodriguez, 1990.

Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ? Dans le cas d'une réponse négative, il est demandé :

Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant un accouchement ?

Ces questions sont structurées pour encourager l'enquêtée à déclarer tout décès ayant suivi une grossesse, quelle qu'en soit l'issue, et en particulier, une grossesse ayant donné lieu à un avortement provoqué, alors que des questions directes à propos de ce type d'événement n'étaient pas posées. L'ensemble de ces décès est considéré comme des décès maternels.

Qualité des données sur les naissances

Les données collectées pendant cette enquête rétrospective permettent d'estimer, non seulement le niveau de la fécondité sur la période actuelle, mais également les tendances passées de la fécondité au cours des 20 dernières années précédant l'enquête. Malgré l'organisation mise en place pour atteindre les objectifs de l'enquête (notamment la formation, les instructions données aux agents de terrain, et les contrôles opérés à tous les niveaux), les données obtenues peuvent être sujettes à différents types d'erreurs. Les erreurs principalement inhérentes aux enquêtes rétrospectives sont :

- le **sous-enregistrement des naissances**, en particulier l'omission d'enfants qui vivent ailleurs, de ceux qui meurent très jeunes, quelques heures ou quelques jours seulement après la naissance, pouvant entraîner une sous-estimation des niveaux de fécondité ;
- **l'imprécision des déclarations de date de naissance et / ou d'âge**, en particulier l'attraction pour des années de naissance ou pour des âges ronds, pouvant entraîner des sous-estimations ou des surestimations de la fécondité à certains âges et/ou pour certaines périodes ;
- le **biais sélectif de survie** ou effet de sélectivité : en effet, les femmes enquêtées sont celles qui sont survivantes. S'il est supposé que la fécondité des femmes décédées avant l'enquête soit différente de celle des survivantes, les niveaux de fécondité obtenus s'en trouveraient légèrement biaisés ;
- les **transferts de dates de naissance** d'enfants nés depuis janvier 2007 vers les années précédentes. Ces transferts ont été probablement effectués par certaines enquêtrices pour éviter de poser les questions sur la santé de la reproduction et la santé des enfants (sections 4 et 5 du questionnaire) qui ne portent que sur les enfants nés depuis janvier 2007, et pour éviter de prendre les mesures anthropométriques (poids et taille). Ces transferts sont généralement plus fréquents lorsque l'enquêtée ne connaît avec exactitude le mois et l'année de naissance, ou l'âge de ses enfants.

Dans le cas de l'ENSOMD, il semble effectivement y avoir eu certains déplacements de naissances de l'année 2007 sur l'année 2008. Cependant la fécondité étant mesurée pour les trois dernières années (soit la période 2012-2013 à 2009-2010), ces transferts se situent à l'extérieur de la période de référence et n'affectent donc pas les résultats.

Tableau A.5.2.1 : Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête, par type de prestataire de soins et par région

	Personne consultée lors de la grossesse			
	Médecin	infirmière / sage-femme	accoucheuse traditionnelle formée	
Analamanga	27,3	64,8	0,8	0,8
Vakinankaratra	25,2	67,7	0,6	1,2
Itasy	30,5	60,7	2,1	2,7
Bongolava	20,1	65,2	0,2	1,3
Haute Matsiatra	9,9	78,7	1,4	0,3
Amoron'i Mania	23,3	64,8	0,4	0,9
Vatovavy fitovinany	20,4	51,2	5,5	0,8
Ihorombe	12	61,4	0,7	3,6
Atsimo atsinanana	26	44	2,7	4,4
Atsinanana	28,3	49,3	1,7	5,9
Analanjiroro	26,2	55,1	1,9	5,5
Alaotra mangoro	15,9	72,3	1,1	2,3
Boeny	21,9	57,5	1,4	4,3
Sofia	27,1	55,7	0,6	6,5
Betsiboka	27,5	54,5	1,6	2
Melaky	7	47,9	1,7	9
Atsimo andrefana	17,1	62	1,1	5,2
Androy	15,2	58,9	0	1,1
Anosy	13	61,3	1,3	3,2
Menabe	12,6	58,4	2	9,5
Diana	35,2	47	4,5	8,4
Sava	26,3	49	3,7	4,7
Ensemble	22,5	59,6	1,7	3,3

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau A.6.0.1 : Intervalle de confiance des indicateurs OMD

Indicateur	Estimation	Std. Err.	Intervalle de confiance (95%)	
			Min	Max
Taux spécifique de fécondité des femmes de 15-19 ans	163	0,0	155,0	171,3
Pourcentage de besoins non satisfaits en matière de PF	17,7	0,4	16,8	18,6
Prévalence de la Fistule obstétricale	5,3	1,1	3,2	7,4
Pourcentage des femmes de 15-49 ans en union utilisant une méthode contraceptive moderne	33,3	0,5	32,3	34,4
Prévalence contraceptive	39,8	0,6	38,7	40,9
Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant effectué au moins une visite prénatale durant la grossesse la plus récente	86,7	0,4	85,9	87,4
Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant effectué au moins quatre visites prénatales durant la grossesse la plus récente	51,1	0,6	50,0	52,3
Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant été assisté par un personnel de santé qualifié pour la naissance la plus récente	44,3	0,5	43,2	45,4

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau A.6.0.2 : Taux spécifique de fécondité des femmes de 15-19 ans par région

Indicateur	Estimation	Std. Err.	Intervalle de confiance (95%)	
			Min	Max
Analamanga	86	0,009	68,1	104,4
Vakinankaratra	96	0,015	66,9	125,1
Itasy	127	0,014	98,5	154,7
Bongolava	231	0,019	192,7	269,2
Haute Matsiatra	119	0,018	84,1	153,5
Amoron'i Mania	175	0,023	129,7	219,8
Vatovavy Fitovinany	186	0,017	153,4	219,5
Ihorombe	230	0,019	192,8	266,8
Atsimo Atsinanana	201	0,017	166,7	234,8
Atsinanana	141	0,018	106,0	175,3
Analanjirifo	189	0,023	144,8	233,2
Alaotra Mangoro	137	0,015	107,6	166,2
Boeny	190	0,020	150,3	230,1
Sofia	249	0,022	205,3	293,6
Betsiboka	191	0,018	155,3	226,8
Melaky	190	0,020	151,9	228,7
Atsimo Andrefana	193	0,024	147,0	240,0
Androy	269	0,023	224,2	314,4
Anosy	227	0,021	184,5	268,9
Menabe	213	0,020	174,0	252,0
Diana	158	0,021	116,5	198,8
Sava	208	0,018	172,5	242,6

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau A.6.0.3 : Pourcentage de besoins non satisfaits en planning familial

Indicateur	Estimation	Std. Err.	Intervalle de confiance (95%)	
			Min	Max
Analamanga	16,3	1,2	14,0	18,6
Vakinankaratra	15,4	1,7	12,2	18,7
Itasy	19,0	1,7	15,6	22,4
Bongolava	18,1	1,7	14,7	21,4
Haute Matsiatra	14,9	1,7	11,7	18,2
Amoron'i Mania	16,3	2,1	12,3	20,3
Vatovavy Fitovinany	17,6	1,8	14,1	21,2
Ihorombe	12,9	1,5	9,9	16,0
Atsimo Atsinanana	18,1	1,9	14,3	21,9
Atsinanana	16,8	2,0	13,0	20,7
Analanjorofo	17,6	2,5	12,6	22,6
Alaotra Mangoro	19,5	1,9	15,8	23,2
Boeny	25,1	2,2	20,7	29,4
Sofia	23,3	2,1	19,1	27,5
Betsiboka	13,9	1,7	10,6	17,2
Melaky	16,2	2,0	12,4	20,1
Atsimo Andrefana	18,8	2,3	14,3	23,4
Androy	11,8	1,6	8,7	14,9
Anosy	10,4	1,6	7,3	13,5
Menabe	13,5	1,6	10,3	16,7
Diana	24,1	2,3	19,6	28,7
Sava	23,7	2,3	19,2	28,1

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau A.6.0.4 : Taux de prévalence contraceptive par région

Indicateur	Estimation	Std. Err.	Intervalle de confiance (95%)	
			Min	Max
Analamanga	54,5	1,6	51,4	57,7
Vakinankaratra	43,5	2,2	39,2	47,8
Itasy	47,5	2,2	43,1	51,8
Bongolava	39,5	2,1	35,3	43,6
Haute Matsiatra	42,0	2,2	37,7	46,4
Amoron'i Mania	34,5	3,0	28,6	40,4
Vatovavy Fitovinany	31,9	2,2	27,7	36,2
Ihorombe	31,1	2,2	26,8	35,4
Atsimo Atsinanana	17,5	1,9	13,9	21,2
Atsinanana	51,3	2,5	46,4	56,3
Analanjorofo	48,7	2,9	43,0	54,4
Alaotra Mangoro	49,1	2,3	44,7	53,6
Boeny	29,5	2,3	24,9	34,0
Sofia	31,6	2,4	26,8	36,4
Betsiboka	36,0	2,1	31,9	40,0
Melaky	22,7	2,2	18,4	26,9
Atsimo Andrefana	25,3	2,5	20,3	30,2
Androy	5,6	1,2	3,3	7,9
Anosy	28,0	2,5	23,1	32,8
Menabe	40,4	2,4	35,8	45,1
Diana	32,3	2,7	26,9	37,6
Sava	37,6	2,7	32,3	42,9

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau A.6.0.5 : Pourcentage des femmes de 15-49 ans en union utilisant une méthode contraceptive moderne

Indicateur	Estimation	Std. Err.	Intervalle de confiance (95%)	
			Min	Max
Analamanga	44,3	1,6	41,2	47,4
Vakinankaratra	35,1	2,1	31,0	39,3
Itasy	36,3	2,1	32,1	40,5
Bongolava	36,9	2,1	32,8	41,0
Haute Matsiatra	34,3	2,1	30,1	38,5
Amoron'i Mania	27,5	2,9	21,8	33,1
Vatovavy Fitovinany	30,0	2,1	25,8	34,2
Ihorombe	27,7	2,1	23,5	31,8
Atsimo Atsinanana	14,2	1,7	10,8	17,6
Atsinanana	40,6	2,5	35,6	45,5
Analanjirorofo	43,0	2,9	37,3	48,7
Alaotra Mangoro	42,7	2,3	38,3	47,2
Boeny	26,7	2,1	22,4	30,9
Sofia	24,7	2,2	20,3	29,1
Betsiboka	31,1	2,0	27,2	35,1
Melaky	21,3	2,1	17,2	25,5
Atsimo Andrefana	23,5	2,5	18,7	28,4
Androy	4,5	1,1	2,4	6,6
Anosy	26,0	2,4	21,3	30,7
Menabe	35,0	2,3	30,5	39,5
Diana	29,4	2,5	24,5	34,2
Sava	29,6	2,4	24,9	34,3

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau A.6.0.6 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont effectué au moins une visite prénatale durant la grossesse la plus récente

Indicateur	Estimation	Std. Err.	Intervalle de confiance (95%)	
			Min	Max
Analamanga	93,9	0,8	92,3	95,6
Vakinankaratra	94,9	1,1	92,8	97,1
Itasy	95,4	1,0	93,4	97,4
Bongolava	86,3	1,6	83,2	89,3
Haute Matsiatra	89,6	1,5	86,6	92,6
Amoron'i Mania	87,1	1,7	83,7	90,5
Vatovavy Fitovinany	77,9	1,9	74,2	81,7
Ihorombe	76,6	2,0	72,6	80,5
Atsimo Atsinanana	72,5	2,0	68,5	76,6
Atsinanana	86,7	1,9	83,0	90,4
Analanjirorofo	87,6	2,4	83,0	92,3
Alaotra Mangoro	91,7	1,4	89,0	94,4
Boeny	83,1	1,8	79,5	86,8
Sofia	90,1	1,5	87,1	93,1
Betsiboka	85,3	1,8	81,9	88,8
Melaky	64,5	2,4	59,8	69,2
Atsimo Andrefana	85,5	2,1	81,4	89,5
Androy	75,0	2,0	71,0	79,0
Anosy	78,3	2,5	73,5	83,1
Menabe	81,1	1,9	77,4	84,9
Diana	94,9	1,2	92,6	97,2
Sava	83,3	2,0	79,5	87,1

Tableau A.6.0.7 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont effectué au moins quatre visites prénatales durant la grossesse la plus récente

Indicateur	Estimation	Std. Err.	Intervalle de confiance (95%)	
			Min	Max
Analamanga	67,4	1,8	63,9	70,9
Vakinankaratra	45,5	2,5	40,6	50,4
Itasy	52,2	2,5	47,3	57,0
Bongolava	34,7	2,1	30,6	38,7
Haute Matsiatra	46,8	2,3	42,3	51,4
Amoron'i Mania	47,8	3,2	41,5	54,2
Vatovavy Fitovinany	48,3	2,3	43,7	52,9
Ihorombe	49,8	2,4	45,1	54,6
Atsimo Atsinanana	44,5	2,3	40,0	49,0
Atsinanana	55,3	2,6	50,3	60,4
Analanjirifo	46,5	3,4	39,9	53,1
Alaotra Mangoro	41,5	2,5	36,5	46,4
Boeny	55,0	2,5	50,1	59,8
Sofia	55,1	2,6	50,0	60,3
Betsiboka	41,7	2,2	37,4	46,1
Melaky	34,8	2,3	30,2	39,4
Atsimo Andrefana	46,0	2,8	40,5	51,4
Androy	40,0	2,2	35,6	44,4
Anosy	45,7	2,9	40,1	51,4
Menabe	49,7	2,4	45,1	54,4
Diana	73,9	2,5	69,0	78,9
Sava	47,6	2,8	42,2	53,1

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau A.6.0.8 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont été assistées par un personnel de santé qualifié pour la naissance la plus récente

Indicateur	Estimation	Std. Err.	Intervalle de confiance (95%)	
			Min	Max
Analamanga	74,6	1,6	71,4	77,8
Vakinankaratra	44,7	2,4	40,0	49,4
Itasy	66,3	2,0	62,3	70,3
Bongolava	37,9	2,1	33,8	42,0
Haute Matsiatra	38,5	2,1	34,4	42,6
Amoron'i Mania	38,6	2,6	33,5	43,8
Vatovavy Fitovinany	17,2	1,6	13,9	20,4
Ihorombe	32,8	1,9	29,0	36,6
Atsimo Atsinanana	32,3	2,2	28,0	36,5
Atsinanana	43,6	2,3	39,1	48,2
Analanjirifo	33,3	3,1	27,2	39,5
Alaotra Mangoro	50,6	2,7	45,4	55,8
Boeny	57,8	2,1	53,6	62,0
Sofia	43,4	2,5	38,5	48,3
Betsiboka	50,3	2,3	45,7	54,8
Melaky	27,3	2,4	22,6	32,0
Atsimo Andrefana	39,5	2,9	33,9	45,1
Androy	25,2	1,7	21,8	28,7
Anosy	32,0	3,0	26,2	37,8
Menabe	34,6	2,1	30,4	38,8
Diana	64,3	2,7	58,9	69,7
Sava	47,7	2,2	43,5	51,9

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau A.6.2.1 : Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête, par type de prestataire consulté durant la grossesse pour la naissance la plus récente, et pourcentage de naissances les plus récentes pour lesquelles la mère a consulté un professionnel de la santé, selon les régions

Tableau A.6.2.2 : Répartition (en %) des naissances vivantes survenues au cours des cinq années précédant l'enquête, par type d'assistance

Région	Personne consultée lors de la grossesse							Total	Pourcentage de ceux qui ont reçu des soins prénatals par du personnel formé	Effectif de femmes
	Médecin	infirmière / sage-femme	accoucheuse traditionnelle formée	Autre	personne	Manquant				
Analamanga	27,3	64,8	0,8	0,8	0,5	4,4	1,4	100	92,1	1255
Vakinankaratra	25,2	67,7	0,6	1,2	0,2	2,6	2,4	100	92,9	667
Itasy	30,5	60,7	2,1	2,7	0,2	1,6	2,2	100	91,3	281
Bongolava	20,1	65,2	0,2	1,3	0,4	9,7	3,1	100	85,3	203
Haute Matsiatra	9,9	78,7	1,4	0,3	0	6,1	3,5	100	88,7	452
Amoron'i Mania	23,3	64,8	0,4	0,9	0	10,1	0,6	100	88	286
Vatovavy fitovinany	20,4	51,2	5,5	0,8	0,3	18,1	3,7	100	71,5	598
Ihorombe	12	61,4	0,7	3,6	0	17,6	4,7	100	73,4	128
Atsimo atsinanana	26	44	2,7	4,4	0,3	20,1	2,6	100	69,9	393
Atsinanana	28,3	49,3	1,7	5,9	2,1	9,9	2,9	100	77,6	505
Analanjirifo	26,2	55,1	1,9	5,5	1,3	8,1	1,9	100	81,3	409
Alaotra mangoro	15,9	72,3	1,1	2,3	0,2	7	1,1	100	88,2	427
Boeny	21,9	57,5	1,4	4,3	0	11,9	3,1	100	79,4	323
Sofia	27,1	55,7	0,6	6,5	0,7	7,1	2,4	100	82,7	539
Betsiboka	27,5	54,5	1,6	2	0,4	10,6	3,4	100	82	130
Melaky	7	47,9	1,7	9	0,2	31,7	2,6	100	54,8	116
Atsimo andrefana	17,1	62	1,1	5,2	0,6	12,9	1,2	100	79,1	572
Androy	15,2	58,9	0	1,1	1,4	21,6	1,9	100	74,1	292
Anosy	13	61,3	1,3	3,2	0	18,5	2,8	100	74,2	292
Menabe	12,6	58,4	2	9,5	0,3	16	1,2	100	71	279
Diana	35,2	47	4,5	8,4	0,6	2,6	1,7	100	82,2	288
Sava	26,3	49	3,7	4,7	0,8	12,8	2,7	100	75,3	381
Ensemble	22,5	59,6	1,7	3,3	0,5	10,1	2,2	SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013		

durant l'accouchement, pourcentage de naissances assistées par un professionnel de santé et pourcentage de naissances accouchées par césarienne, selon les régions

Région	Personne ayant assisté l'accouchement								Total	Accouche- ment assisté par un per- sonnel quali- fié	Pourcentage d'accouche- ment par césarienne	Nombre de naissances sur- venues au cours des cinq der- nières années précédant l'en- quête
	Médecin	Infirmière / sage -femme/ assist médical	Accou- cheuse tradition- nel formé	Accoucheuse traditionnel non formé	Parents / Amis	Autre/ Man- quant	Per- sonne	ND				
Analamanga	29,5	45,1	12,1	8,9	1,3	,8	,3	2,0	100,0	74,6	4,7	1127
Vakinankaratra	14,2	30,5	16,4	28,9	4,8	,0	1,2	4,0	100,0	44,7	2,9	634
Itasy	24,4	41,9	15,0	11,7	2,7	1,3	1,0	2,0	100,0	66,3	2,0	596
Bongolava	7,7	30,2	30,0	26,0	1,9	0,1	0,4	3,8	100,0	37,9	0,4	741
Haute Matsiatra	7,2	31,3	26,2	25,3	3,9	0,0	0,6	5,4	100,0	38,5	0,9	594
Amoron'i Mania	9,9	28,7	22,0	33,4	1,3	0,2	1,8	2,6	100,0	38,6	1,6	680
Vatovavy Fitovinany	4,1	13,1	33,6	24,3	13,1	1,4	2,9	7,5	100,0	17,2	0,3	680
Ihorombe	5,7	27,1	4,1	36,0	16,2	1,6	0,5	8,8	100,0	32,8	1,0	720
Atsimo Atsinanana	10,9	21,4	16,4	34,8	10,5	1,6	0,5	4,0	100,0	32,3	0,5	804
Atsinanana	18,4	25,2	11,3	34,9	4,4	1,4	0,2	4,2	100,0	43,6	2,7	462
Analanjirifo	11,1	22,2	16,9	37,3	4,9	4,2	0,7	2,5	100,0	33,3	0,5	472
Alaotra Mangoro	13,7	37,0	19,2	23,1	2,2	3,1	0,0	1,7	100,0	50,6	3,1	498
Boeny	20,3	37,5	8,2	26,4	3,9	0,4	0,0	3,3	100,0	57,8	3,5	533
Sofia	19,0	24,4	15,1	32,6	4,4	1,0	0,2	3,2	100,0	43,4	0,8	527
Betsiboka	17,5	32,8	19,9	18,9	4,1	0,2	0,9	5,8	100,0	50,3	1,7	624
Melaky	5,2	22,1	3,0	53,4	11,3	0,9	0,0	4,2	100,0	27,3	0,3	540
Atsimo Andrefana	13,1	26,4	9,5	21,6	21,4	1,8	4,6	1,6	100,0	39,5	0,1	642
Androy	3,7	21,5	2,3	30,4	33,2	1,5	1,7	5,6	100,0	25,2	1,3	845
Anosy	3,8	28,2	4,2	35,8	21,4	0,5	1,4	4,7	100,0	32,0	0,8	776
Menabe	3,7	30,9	16,8	33,0	9,6	0,2	0,8	5,0	100,0	34,6	1,9	681
Diana	25,8	38,4	11,8	17,1	4,4	0,7	0,0	1,8	100,0	64,3	1,9	407
<i>SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013</i>				26,2	4,6	2,8	0,2	3,7	100,0	47,7	1,8	442
				26,1	8,1	1,2	1,1	3,7	100,0	44,3	1,9	14025

Tableau A.6.3.1 : Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, qui ont déclaré avoir, en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires et fécales par le vagin, selon les régions

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Région	Proportion (%) de femmes de 15-49ans présentant des pertes urinaires et fécales dans le vagin	Effectif des femmes
Analamanga	0,8	700
Vakinankaratra	0	252
Itasy	2,8	278
Bongolava	3,8	285
Haute Matsiatra	0	251
Amoron'i Mania	10,5	256
Vatovavy Fitovinany	16,7	260
Ihorombe	13,9	270
Atsimo Atsinanana	16,4	288
Atsinanana	8,8	231
Analanjirifo	0	218
Alaotra Mangoro	6,1	231
Boeny	0	220
Sofia	13,3	246
Betsiboka	1,4	262
Melaky	0	232
Atsimo Andrefana	2,1	236
Androy	0	251
Anosy	11	287
Menabe	9,1	277
Diana	0	234
Sava	8,7	225
Ensemble	5,3	5 990

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau A.6.3.2 : Proportion de femmes et d'hommes qui ont entendu parler de la fistule obstétricale, selon les régions

Région	a entendu parler de la FO	ND	Effectif des femmes	a entendu parler de la FO	ND	Effectif des hommes
Analamanga	11,7	1,7	1009	7,5	0,2	1006
Vakinankaratra	4,3	5,7	338	5,1	0,4	336
Itasy	9,9	1,5	371	7,6	0	386
Bongolava	7,5	0	339	9	0	360
Haute Matsiatra	7,8	1,4	331	8,1	1,2	378
Amoron'i Mania	11,9	0,9	331	7,7	0	361
Vatovavy Fitovinany	26,6	3,6	337	18,6	0	334
Ihorombe	11,3	4,2	339	13,6	0	361
Atsimo Atsinanana	13,9	0,9	357	11,3	0	311
Atsinanana	16,4	6,7	301	15,1	0,5	298
Analanjirifo	22,4	0,2	276	25,1	0	289
Alaotra Mangoro	14,1	1,6	316	12,6	0	342
Boeny	6,9	5,3	287	5,6	0	277
Sofia	28,6	0,2	279	29,9	0	269
Betsiboka	12,2	2,6	347	10,5	0	314
Melaky	9,5	3,1	273	9,9	0,3	256
Atsimo Andrefana	11,9	6,7	289	14,8	0	280
Androy	10,8	1,9	289	6,6	0	264
Anosy	12,5	0,8	341	9,2	0	328
Menabe	14,4	3,2	343	15,2	0	304
Diana	11,4	3,2	297	14,6	0	257
Sava	7,7	1,9	276	8,8	0,3	293
Ensemble	13,3	2,7	7666	12	0,2	7604

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau A.6.4.1 : Proportion de femmes actuellement en union, de femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, de celles dont les besoins sont satisfaits, de demande potentielle totale en planification familiale et de demande satisfaite, selon les régions

Région	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale			Besoins satisfaits en matière de planification familiale (utilisation actuelle)			Demande totale en planification familiale			Pourcentage de demande satisfaite	Effectif de femmes
	Pour espacer	Pour limiter	Total	Pour espacer	Pour limiter	Total	Pour espacer	Pour limiter	Total		
Analamanga	4,2	12,1	16,3	20,5	29,9	50,4	24,7	42,0	66,7	75,6	1220
Vakinankaratra	4,3	11,1	15,4	14,5	23,0	37,5	18,8	34,1	52,9	70,9	463
Itasy	5,4	13,6	19,0	21,1	24,0	45,2	26,6	37,6	64,2	70,4	494
Bongolava	8,7	9,3	18,1	20,1	17,7	37,8	28,8	27,0	55,9	67,7	522
Haute Matsia-	6,4	8,5	14,9	20,8	19,7	40,5	27,2	28,2	55,5	73,1	456
Amoron'i	7,2	9,2	16,3	18,7	14,6	33,3	25,8	23,8	49,6	67,1	435
Vatovavy	5,9	11,8	17,6	16,4	15,0	31,3	22,2	26,7	49,0	64,0	442
Ihorombe	7,8	5,1	12,9	15,0	15,8	30,8	22,8	20,9	43,7	70,4	471
Atsimo Atsina-	9,0	9,1	18,1	8,3	8,8	17,1	17,3	17,8	35,1	48,5	435
Atsinanana	7,2	9,7	16,8	27,6	19,1	46,7	34,8	28,7	63,5	73,5	380
Analanjorofo	7,7	9,9	17,6	26,4	19,4	45,8	34,1	29,3	63,4	72,2	396
Alaotra Man-	7,2	12,4	19,5	24,5	21,8	46,4	31,7	34,2	65,9	70,4	416
Boeny	7,7	17,4	25,1	13,1	13,7	26,8	20,7	31,1	51,8	51,6	388
Sofia	8,7	14,6	23,3	20,5	9,6	30,1	29,2	24,2	53,4	56,4	383
Betsiboka	4,4	9,5	13,9	17,3	16,8	34,1	21,7	26,2	48,0	71,1	472
Melaky	9,2	7,0	16,2	9,9	10,9	20,8	19,1	17,9	37,0	56,2	368
Atsimo Andre-	8,0	10,8	18,8	14,7	8,9	23,7	22,8	19,7	42,5	55,7	397
Androy	7,6	4,2	11,8	2,5	2,5	4,9	10,1	6,7	16,8	29,4	381
Anosy	4,8	5,6	10,4	16,6	8,1	24,7	21,5	13,6	35,1	70,4	396
Menabe	6,8	6,7	13,5	26,9	11,9	38,8	33,8	18,6	52,3	74,2	475
Diana	9,3	14,8	24,1	19,1	11,1	30,2	28,4	25,9	54,3	55,6	363
Sava	10,8	12,9	23,7	22,7	12,2	34,8	33,4	25,1	58,5	59,5	377

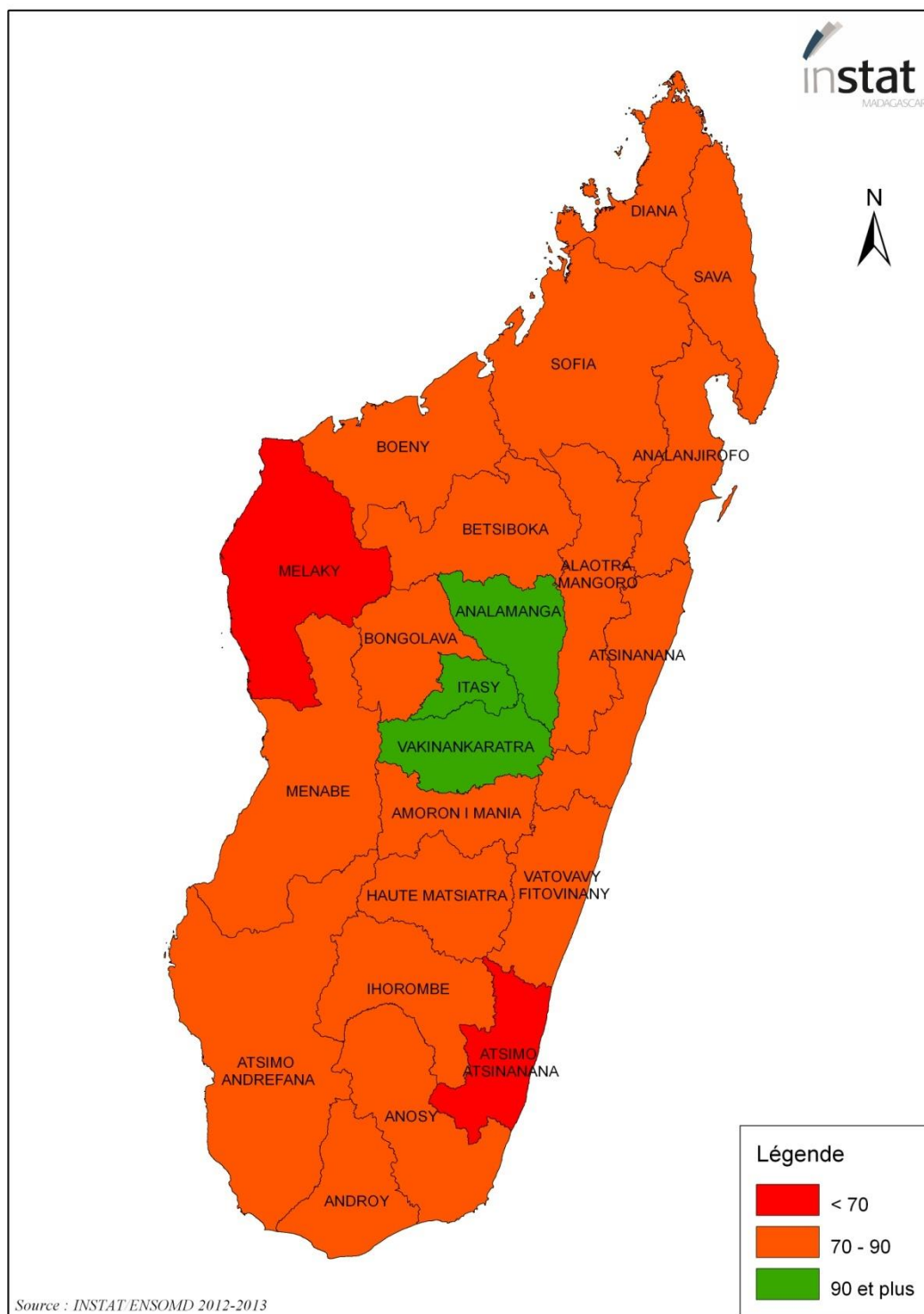
SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Tableau A.6.5.1 : Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon les régions

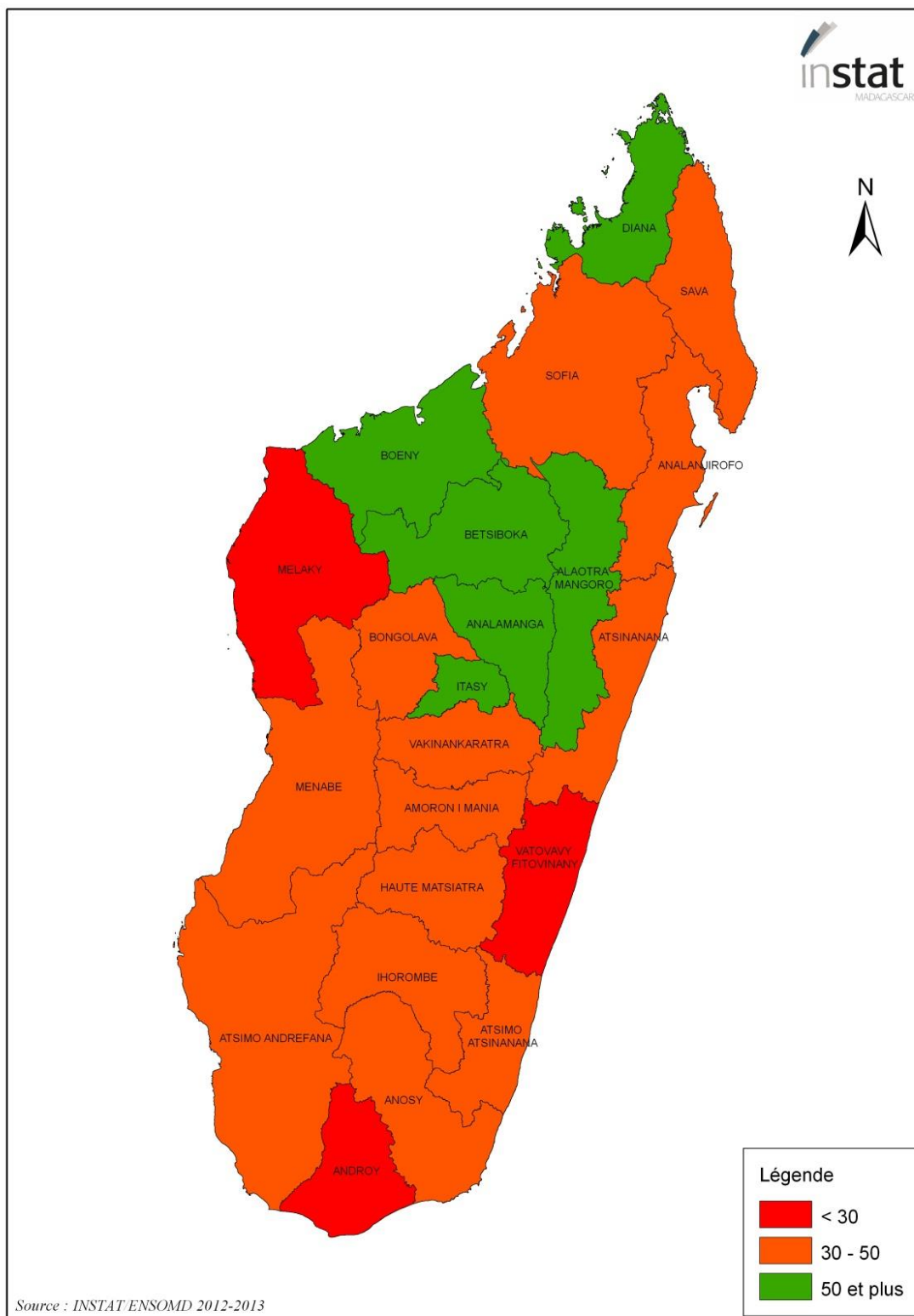
Région			Méthode moderne								Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle			N'utilise aucune méthode	Total	Effectif
	N'importe quel le méthode	Une méthode moderne	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pilule	DIU	Injections	Implants	Condom	MA		Abstinence périodique	retrait	Méthode populaire			
Analamanga	54,5	44,3	1,6	0,0	9,2	1,7	25,0	3,5	2,1	1,1	10,2	8,1	2,0	0,2	45,5	100,0	1220
Vakinankaratra	43,5	35,1	5,8	0,0	4,7	1,5	18,4	2,9	0,4	1,5	8,4	5,9	1,9	0,5	56,5	100,0	463
Itasy	47,5	36,3	0,9	0,0	3,8	0,7	21,8	6,2	0,3	2,6	11,2	6,6	4,3	0,3	52,5	100,0	494
Bongolava	39,5	36,9	0,7	0,0	2,9	0,1	20,4	11,2	0,6	0,9	2,6	2,0	0,5	0,1	60,5	100,0	522
Haute Matsiatra	42,0	34,3	1,4	0,0	5,9	0,8	21,5	3,3	0,1	1,3	7,7	7,5	0,2	0,0	58,0	100,0	456
Amoron'i Mania	34,5	27,5	1,3	0,0	1,3	0,9	16,5	6,7	0,3	0,5	7,0	3,6	3,1	0,3	65,5	100,0	435
Vatovavy Fitovinany	31,9	30,0	1,1	0,0	9,0	0,2	14,2	2,7	0,9	1,8	1,9	1,9	0,0	0,0	68,1	100,0	442
Ihorombe	31,1	27,7	0,4	0,0	4,6	0,3	19,9	1,6	0,8	0,0	3,4	3,0	0,3	0,2	68,9	100,0	471
Atsimo Atsinanana	17,5	14,2	0,1	0,0	0,4	0,4	10,9	0,6	0,3	1,5	3,3	2,6	0,6	0,1	82,5	100,0	435
Atsinanana	51,3	40,6	0,9	0,0	9,4	0,6	25,7	0,3	1,3	2,3	10,8	9,7	1,1	0,0	48,7	100,0	380
Analanjirifo	48,7	43,0	1,6	0,0	12,2	0,0	25,3	0,5	2,9	0,5	5,7	4,3	1,1	0,3	51,3	100,0	396
Alaotra Mangoro	49,1	42,7	1,1	0,0	6,9	0,4	28,5	3,9	0,9	1,0	6,4	6,0	0,1	0,3	50,9	100,0	416
Boeny	29,5	26,7	0,3	0,0	4,6	0,0	17,5	2,3	1,5	0,6	2,8	1,9	0,9	0,0	70,5	100,0	388
Sofia	31,6	24,7	0,7	0,0	3,8	0,4	15,9	1,3	0,0	2,7	6,9	5,4	1,5	0,0	68,4	100,0	383
Betsiboka	36,0	31,1	1,5	0,0	4,9	0,1	20,5	2,5	0,5	1,1	4,8	3,2	1,0	0,6	64,0	100,0	472
Melaky	22,7	21,3	0,6	0,0	2,0	0,3	14,0	1,8	1,0	1,6	1,4	1,2	0,1	0,0	77,3	100,0	368
Atsimo Andrefana	25,3	23,5	0,9	0,0	4,2	0,3	17,2	0,6	0,3	0,1	1,7	1,1	0,4	0,2	74,7	100,0	397
Androy	5,6	4,5	0,6	0,0	0,0	0,0	2,0	0,7	0,7	0,6	1,1	1,1	0,0	0,0	94,4	100,0	381
Anosy	28,0	26,0	1,8	0,0	3,1	0,0	15,4	3,7	0,2	1,7	2,0	1,2	0,7	0,1	72,0	100,0	396
Menabe	40,4	35,0	1,0	0,0	8,8	0,6	22,6	1,8	0,3	0,0	5,4	4,0	0,7	0,7	59,6	100,0	475
Diana	32,3	29,4	0,6	0,0	11,9	0,0	15,0	0,5	0,8	0,5	2,9	1,4	1,3	0,2	67,7	100,0	363
Sava	37,6	29,6	0,2	0,0	8,5	0,2	17,6	1,0	1,2	1,0	8,0	5,6	2,0	0,4	62,4	100,0	377
Ensemble	39,8	33,3	1,4	0,0	6,6	0,7	19,9	2,6	1,0	1,2	6,4	5,0	1,3	0,2	60,2	100,0	10130

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

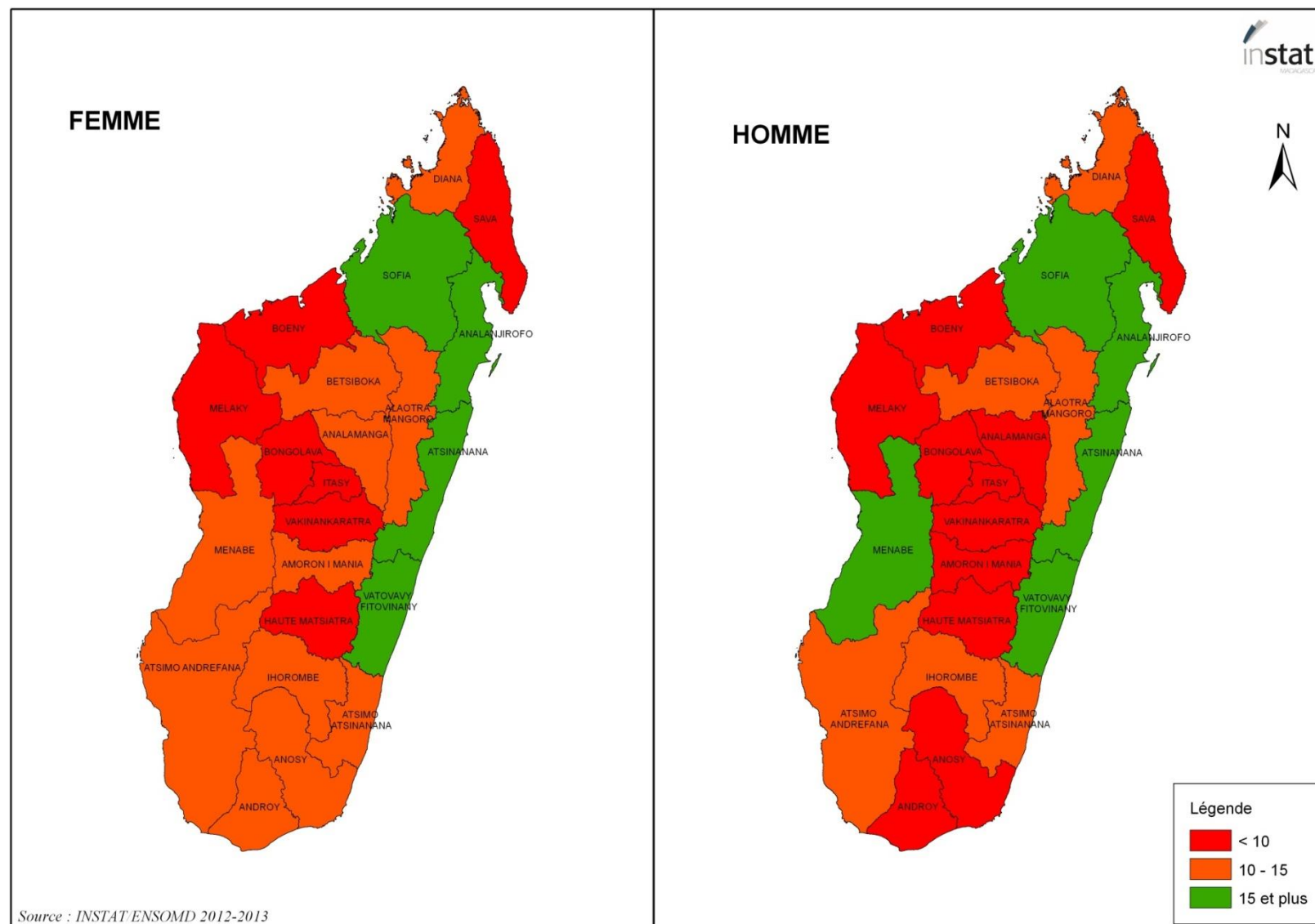
Carte A.5.6.1: Soins prénatals dispensés par un personnel qualifié selon les régions (unité %)



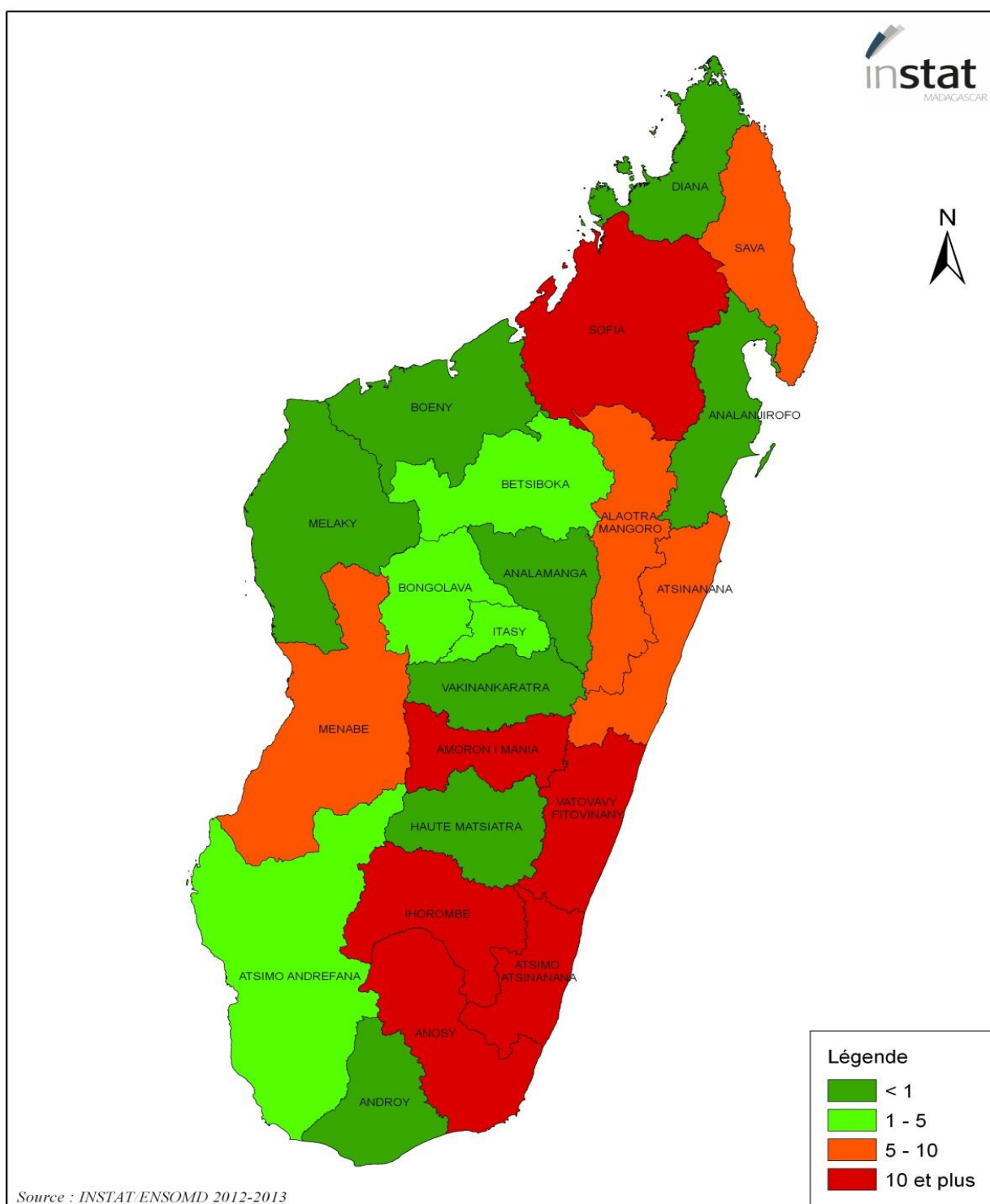
Carte A.6.2.2 : Accouchement assisté par un personnel de santé qualifié (unité :%)



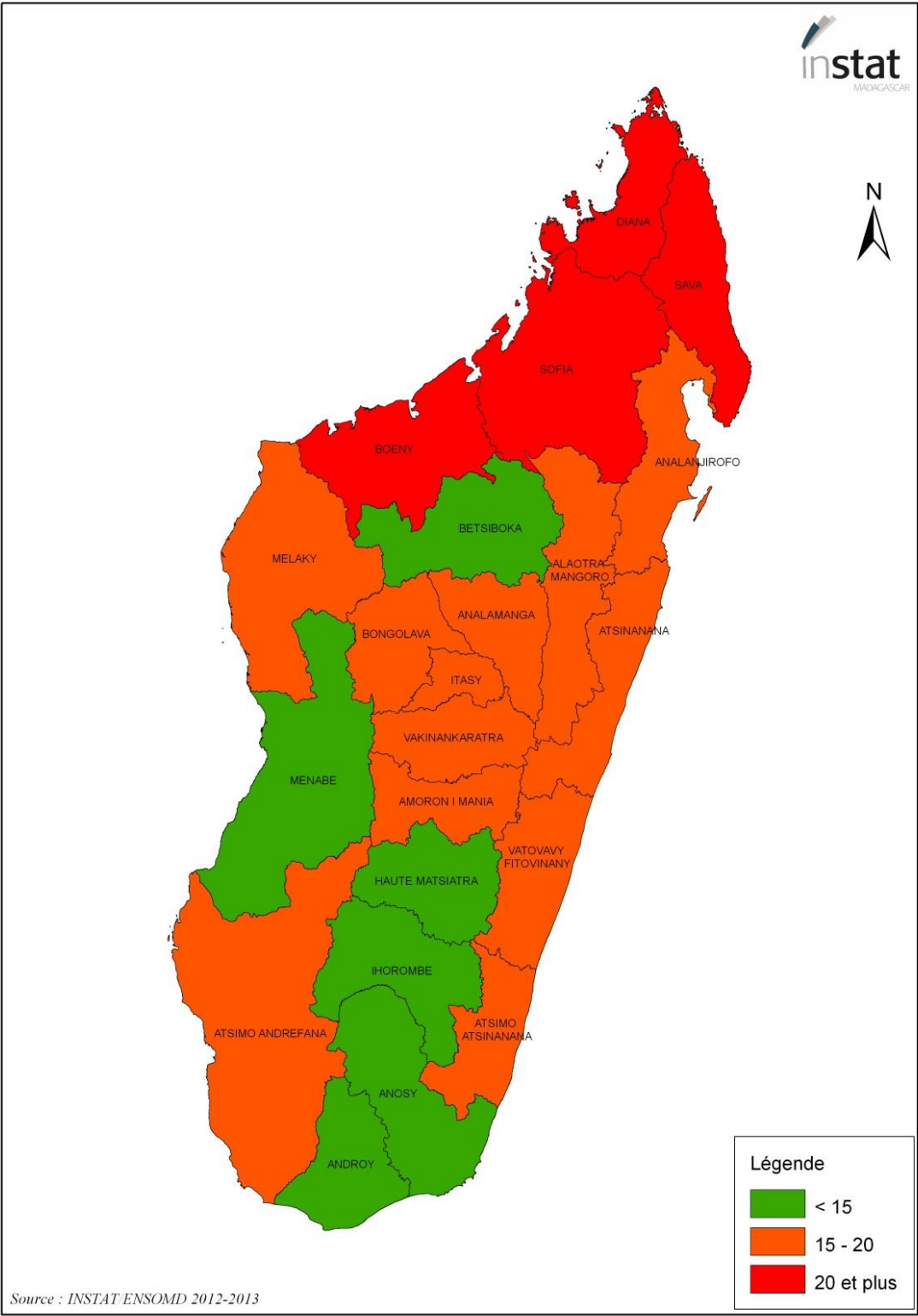
Carte A.6.3.1: Niveau de connaissance de la fistule obstétricale (unité : %)



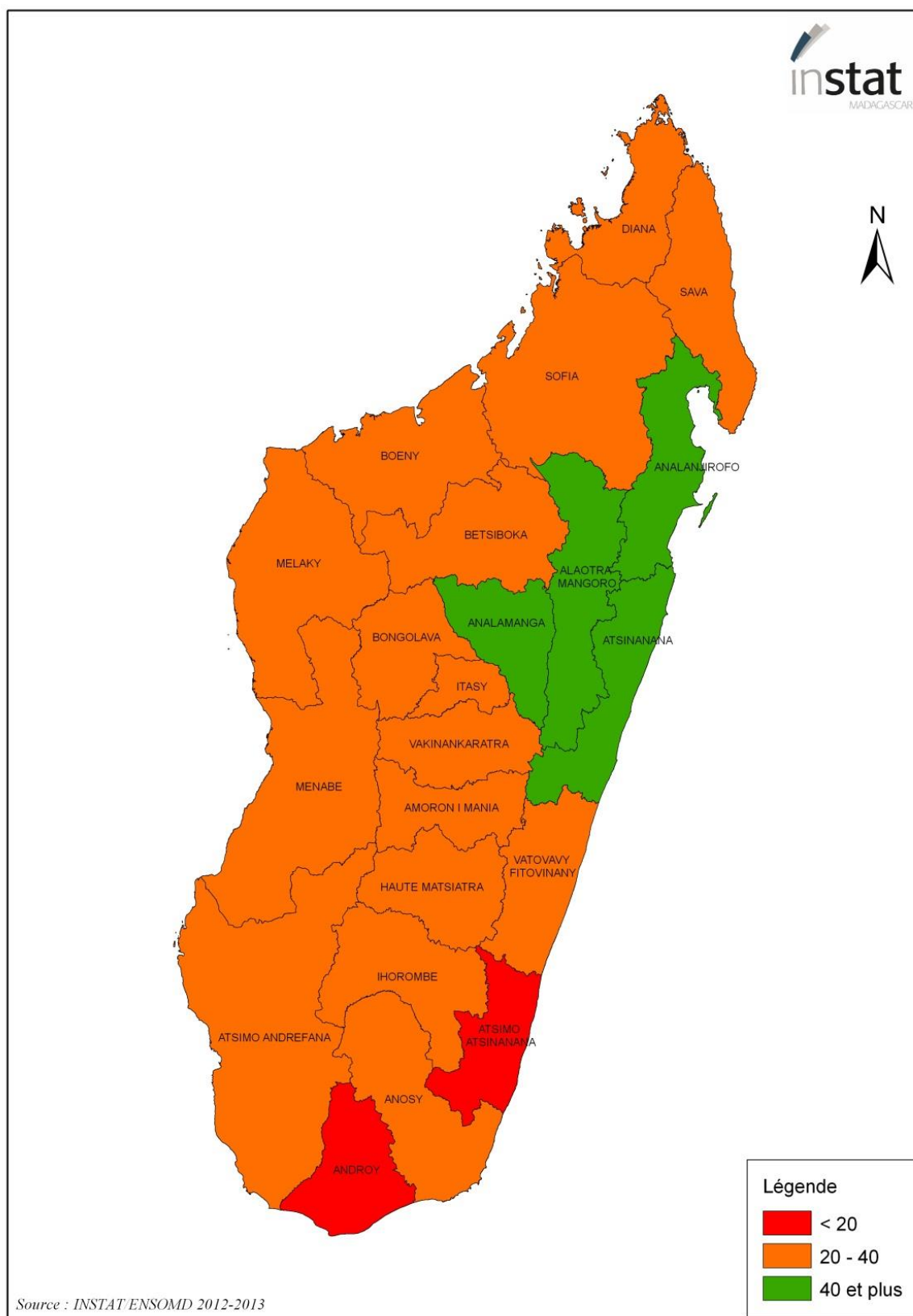
Carte A.6.3.2 : Prévalence de la FO par région (unité ‰)



Carte A.6.4.1 : Besoins non satisfaits en planification familiale des femmes (unité %)



Carte A.6.5.1: Niveau d'utilisation actuelle de la contraception moderne par région (unité : %)



LISTE DES ANALYSTES

Liste de l'équipe de coordination

Monsieur RAVELOMANANTSOA Paul Gérard
Monsieur RAJAONERA Ida
Monsieur RANDRETSIA Iarivony
Monsieur RAKOTOMANANA Faly
Monsieur RANDRIANJANAKA Niaina
Madame RAJAOFALY Rivo Ravaka
Monsieur RAJEMISON Harivelo
Monsieur RAKOTOARY Bina Joad Raphaël
Monsieur RATSIMALAHELO Joujou
Monsieur RAKOTOBE Mady
Monsieur RANDRIANANTENAINA Harintsehenon Tovonirina

Liste des analystes

Monsieur ANDRIATSARAFARA Laharizaka
Docteur ANDRIAMANANJARA Lucien
Docteur RAKETAKANDRIANA Nivohanta
Docteur RAHAROTIANA Charlotte
Docteur RAVAOMANANA Edwige
Monsieur HARIOLY NIRINA Dominique
Madame RAKOTOSON Lina
Monsieur RANDRETSIA Iarivony
Monsieur RANDRIAMALALA Hajatiana

Liste des informaticiens

Monsieur HIARINTSOA James Samuel
Monsieur SOLOFONANAHARY Harivelo Mario

Consultant national en supervision de terrain, traitement et analyse des données

Madame RANDRIANASOLO Zo Harilala

Consultants Internationaux

Consultant Coordonnateur technique

Monsieur NOUETAGNI Samuel

Consultant analyste

Monsieur KUEPIE Mathias

Consultant traitement des données

Monsieur NABASEMBA Léonard

Consultant supervision de terrain

Madame Teixeira de Andrade Gilena

Consultants nationaux en editing et mise en forme du document

Monsieur RANDRIANAVALONA Haja Avomanana
Monsieur ANDRIANTIANA Hery

