

# RAPPORT DU DIAGNOSTIC



DU PROJET SUR LA PLANIFICATION  
FAMILIALE DE LA  
COMMUNE URBAINE ANTANANARIVO

Juillet 2021



Equipe MMPF  
« Mouvement Malgache pour  
le Planning Familial »



## **REMERCIEMENTS**

Tout d'abord, nous voulons adresser nos remerciements à tous les acteurs impliqués dans la réalisation de la deuxième phase du projet pour leur temps, leur patience et leur confiance, notamment :

- Les personnes ayant participé à l'enquête au sein des communautés, des centres sociaux de santé (CSS) de la commune urbaine d'Antananarivo (CUA).
- Les chefs fokontany des six arrondissements qui ont facilité la réalisation des entretiens au niveau de la communauté.
- Le personnel du projet de planification Familiale de la commune urbaine et de l'équipe Malagasy de planification familiale pour leur professionnalisme dans le déroulement de l'enquête.
- Enfin, l'Association Internationale des Maires Francophones pour leur confiance et la continuité du financement qui a permis la réalisation de tout le diagnostic ainsi que le Mouvement Français pour Planning Familial (MFPPF) représenté par Christine Mauget pour son appui et ses conseils.

# Table des matières

RAPPORT DU DIAGNOSTIC.....	1
REMERCIEMENTS .....	3
Liste des tableaux.....	6
ACRONYMES.....	7
RESUME EXECUTIF .....	8
1. INTRODUCTION.....	10
2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ENQUETE .....	11
3. LE PROGRAMME DE LA SSR DE LA COMMUNE URBAINE D'ANTANANARIVO .....	12
4. OBJECTIFS DE L'ENQUETE .....	12
5. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DU DIAGNOSTIC .....	13
5.1. Méthodologie .....	13
5.1.1. Documents techniques.....	13
5.1.2. Échantillonnage et couverture de l'échantillon.....	14
5.2. Type d'enquête.....	15
5.3. Déroulement de la mission .....	15
7. LES LIMITES DE L'ENQUÊTE .....	17
8. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE .....	17
8.1. Caractéristiques de la population enquêtée totale et répartition de la population par arrondissement de résidence selon les tranches d'Age. ....	18
8.2. Fécondité .....	18
8.2.1. Niveau de fécondité.....	18
a) <i>Une sexualité précoce des adolescents et jeunes</i> .....	19
<b>b) Fécondité chez les jeunes et adolescents</b> .....	19
c) <i>Un phénomène de grossesse précoce importante.</i> .....	20
8.3. Accès aux services SSR des femmes enquêtées .....	20
8.4. Niveau de connaissance des méthodes contraceptives .....	22
8.5. L'utilisation des préservatifs au premier rapport sexuel.....	24
8.6. Les barrières et défis à l'accès à la planification familiale.....	25
8.7. Les offres de services en SSR par les quatre centres de santé .....	27
b) <i>Services existants dans les formations sanitaires de la CUA</i> .....	27
c) <i>Services PF</i> .....	28
d) <i>Services IST et dépistage VIH</i> .....	28
9- RECOMMANDATION .....	29
BIBLIOGRAPHIE.....	32
Enquête et Etude.....	32
. Publications d'Agences des Nations Unies.....	32

Publications Gouvernementales .....	33
Annexes .....	34
I- Annexe 1.....	34
II- Les tableaux.....	34
2- Autres tableaux nécessaires (sources DHIS 2) .....	47
III- ANNEXE 2 : Les questionnaires .....	49
1- Questionnaires planification familiale chez les en âge de PROCREER DE 15 à 49ans dans les communes Urbaine d’Antananarivo.....	49
2- Guide d’entretiens pour la commune urbaine d’Antananarivo .....	56
3-Questionnaires agents de santé.....	57
2. SERVICE DE CONSULTATION PRENATALE .....	63
3. SERVICE DE DEPISTAGE DES IST ET DU VIH/SIDA.....	63

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des individus en âge de procréer de 15 à 49 ans enquêtés suivant les communes et Fokontany .....	34
Tableau 2: Caractéristiques socio-démographiques des personnes enquêtés par tranche d'âge et par arrondissement. ....	35
Tableau 3 : Répartition des personnes enquêtés suivant les statuts matrimoniaux. ....	35
Tableau 4: Répartition des personnes enquêtés suivant les niveaux de scolarisation. ....	35
Tableau 5 : Répartition de l'union.....	36
Tableau 6 : Répartition de nombre d'enfant par tranche d'âge. ....	36
Tableau 7: Répartition de la première grossesse. ....	36
Tableau 8 : Accès aux soins SSR par tranche d'âge .....	36
Tableau 9: Accès aux soins SSR par rapport à la situation matrimoniale .....	37
Tableau 10: Situation Soins prénatales .....	37
Tableau 11: Accouchement .....	37
Tableau 12: Connaissance des méthodes contraceptives.....	37
Tableau 13: Connaissance des contraceptives d'urgence.....	38
Tableau 14: Taux prévalence contraceptive aux centres fin décembre 2020 .....	38
Tableau 15 : Utilisation des PF selon le nombre d'enfant .....	38
Tableau 16: Utilisation PF selon tranche d'âge.....	39
Tableau 17 : Utilisation des méthodes par statut matrimonial.....	39
Tableau 18: Utilisation des préservatifs .....	39
Tableau 19 : Les raisons de non utilisation de préservatif au premier rapport .....	40
Tableau 20: les Barrières à l'accès PF .....	40
Tableau 21 : Infrastructure et environnement des centres santé sociaux.....	38
Tableau 22 : Services disponible dans les centres santé sociaux de la commune urbaine antananarivo .....	39
Tableau 23 : offre de service Planification familiale dans les centres de santé sociaux .....	40
Tableau 24 : Nombre de jours de rupture de méthodes de contraception par mois.....	41
Tableau 25 : Fonctionnalité du service pour la prise en charge des IST/VIH Sida.....	41
Tableau 26 : COVID et protection pour éviter la propagation de virus.....	42
Tableau 27 : Disponibilité des intrants PF BMH Isotry.....	42
Tableau 28 : : Disponibilité des intrants PF CSS Namontana .....	43
Tableau 29: Disponibilité des produits contraceptifs CSS Volosarika .....	44

## ACRONYMES

<b>AIMF :</b>	Association Internationale des Maires Francophones
<b>BMH :</b>	Bureau Municipale d'Hygiène
<b>CIPD :</b>	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
<b>CUA :</b>	Commune Urbaine d'Antananarivo
<b>CSS :</b>	Centre Sociale et Santé
<b>COC</b>	Contraceptives Oraux Combinées
<b>DHIS2</b>	District Health Information Software 2
<b>ENSOMD</b>	Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>EPI</b>	Equipement de Protection Individuel
<b>FANOME</b>	Fonds d'Approvisionnement NOn-stop en Médicaments Essentiels
<b>GND :</b>	Grossesse Non Désirée
<b>IST :</b>	Infestions Sexuellement Transmissibles
<b>MICS :</b>	Micro Indicators Cluster Survey
<b>MMPF :</b>	Mouvement Malagasy de Planification Familiale
<b>MSP :</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>SR :</b>	Santé de la Reproduction
<b>SSR :</b>	Santé Sexuelle et Reproductive
<b>SAA :</b>	Soins Après Avortements
<b>TPC</b>	Taux de prévalence contraceptive
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PCI :</b>	Prévention et Contrôle des Infections
<b>PF :</b>	Planification Familiale
<b>PANB :</b>	Plan National Budgétisé
<b>VBG :</b>	Violence Basée sur le Genre

## RESUME EXECUTIF

L'Enquête de diagnostic sur la Santé Sexuelle et Reproductive dans la commune urbaine d'Antananarivo (CUA) à Madagascar est une enquête par sondage réalisée sur 160 femmes en âge de procréer au niveau des quatre centres de santé de la CUA. Initiée et financée par l'Association Internationale des Maires Francophones (AIMF) et la fondation Mélinda et Bill Gates, l'enquête a été exécutée par Mouvement Malgache de Planning Familiale (MMPF). L'Enquête diagnostic fournit des informations chez les femmes 15-49 ans sur la santé de la reproduction. Ce rapport présente des indicateurs sur les caractéristiques des enquêtés, la fécondité, la connaissance et l'utilisation de la contraception, le taux de fréquentation des centres de santé, l'âge moyenne au premier rapport sexuelle, l'âge à la première grossesse, les barrières à l'accès au Planification Familiale (PF). Les principaux résultats de la recherche sont résumés ci-dessous.

- **Une sexualité précoce des adolescents et jeunes** : l'enquête a mis en avant une sexualité précoce de **9 %** pour les femmes enquêtées. Les résultats ne peuvent pas dissimuler le phénomène de la précocité en termes de sexualité pour les adolescentes et jeunes. La moyenne d'âge au premier rapport sexuel est de 15, 8 ans pour les femmes. Cet âge est proportionnellement similaire aux résultats du pré diagnostic de 2018.

- **Niveau de fécondité élevé chez les jeunes et adolescents**. Ce qui a ressorti de l'enquête diagnostic, parmi les adolescents et les jeunes enquêtés, **30 %** ont déjà un enfant ou plus. Le résultat de notre étude met en relief la précocité de la fécondité. Similairement aux résultats de l'Enquête Nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement (ENSOMD) en 2013, chez les 15 à 19 ans dans tout Madagascar.

- **Un phénomène de grossesse précoce importante**. Un taux de grossesse précoce de **40 % en moyenne**, selon les résultats de l'enquête a été constaté. Le premier et le cinquième arrondissement enregistrent respectivement 19 %, 21 % de cas de grossesse précoces. Ce qui expose les adolescentes et jeunes dans des risques de morbi-mortalités maternelles.

- **Accès aux services SSR des femmes enquêtées limitées en fonction de l'âge et la situation matrimoniale**. Les résultats de l'enquête a mis en avant que plus l'âge augmente, plus le taux de consultation s'élève : La proportion est de 10 % pour les 15 à 19 ans, 27 % pour les 20 à 24 ans et 63 % pour les 25 ans et plus. Quant aux situations matrimoniales, ce taux est relativement faible pour les célibataires et les femmes veuves ou divorcées, (respectivement 7%, 8% et 6 %) que par rapport aux femmes en union ou mariées (38 % et 41 %).

- **Forte niveau de connaissance des méthodes contraceptives**. La majorité des enquêtées ont su citées les méthodes modernes (99 %). Les différentes méthodes retenues dans le questionnaire sont classées en deux catégories : les méthodes modernes et les méthodes traditionnelles. Cette connaissance augmente drastiquement avec l'âge. Plus l'âge augmente, plus les femmes ont plus de connaissances.

- **Faible prévalence contraceptive chez les femmes et chez les adolescentes et jeunes.** Les données des rapports DHS2 ont montré une prévalence contraceptive de 29 % au niveau des centres de santé de la commune urbaine d'Antananarivo. Parmi toutes les femmes enquêtées, près **82 %** ont déclaré avoir utilisé au moment de l'enquête une méthode quelconque de contraception. Dont 76 % utilisent une méthode moderne, en particulier les injectables (39 %), l'implanon (17 %) et la pilule (11 %), et 23 % une méthode traditionnelle principalement l'abstinence périodique (9%), le comptage du jour (14 %) et la technique de retrait (1 %).

- **L'utilisation des nullipares des méthodes contraceptives reste la plupart très faible :** Les résultats de l'enquête ont montré une prévalence contraceptive plus élevée chez les femmes en union 73 %. Pour l'ensemble des femmes, l'utilisation de méthodes contraceptives varie avec la parité.

- **Les adolescentes et jeunes ne sont pas perçues comme des bénéficiaires des centres de la planification familiale.** Plus, l'âge augmente, le recours aux méthodes contraceptives est élevé. Cette étude montre aussi que les femmes plus âgées ont eu recours aux méthodes contraceptives peu importe la situation matrimoniale.

- **L'utilisation des préservatifs au premier rapport sexuel.** L'utilisation des préservatifs reste toujours faible au premier rapport sexuel. Selon l'enquête, 84 % des enquêtées n'ont pas eu recours au préservatif au moment du premier rapport sexuel.

- **Quant aux barrières et défis à l'accès à la planification familiale.** Cinq types de barrières ont été identifiés lors des collectes des données :

- Le confinement a été le plus cité par les enquêtées. 67 % des femmes n'ayant pas accès à la planification familiale a mentionné que c'est lié aux impacts du confinement.

- La peur des effets secondaires (11 %) :
- La non-disponibilité des intrants,
- La non-disponibilité des prestataires
- La barrière liée prix sont respectivement mentionnés (6 %)

Des recommandations ont été émises à l'issue de cette diagnostique en vue d'apporter une restructuration des stratégies mises en œuvre par la commune sur le projet.

# 1. INTRODUCTION

L'AIMF et la Fondation Bill & Melinda Gates ont signé en mars 2017 un partenariat pour développer une « initiative mondiale pour l'amélioration des services urbains clés dans les secteurs sociaux ». L'initiative a abouti à la mise en place de 15 projets pilotes en 4 ans dans les villes francophones. Ceux-ci ont été centrés sur trois problématiques clés, abordées à travers une démarche d'innovation : la planification familiale, l'assainissement et la préparation aux situations d'urgences. Madagascar a été parmi les bénéficiaires de ce projet avec un accent sur planification familiale en milieu urbain. Pour sa mise en œuvre, l'équipe du MMPF a été sélectionnée en 2018. Un pré diagnostic a été menée pour collecter des informations complémentaires afin de mieux recadrer le projet et de le redimensionner au regard des ressources disponibles et des capacités réelles de la CUA à conduire le Projet.

Aux termes de la première phase de mise en œuvre du projet, l'AIMF souhaite réaliser un nouveau diagnostic pour le redimensionnement des éléments pouvant apporter à la réorientation et à la restructuration des stratégies pour une possibilité de deuxième phase. Le MMPF a été encore choisi pour réaliser ce second diagnostic.

Ainsi, une deuxième enquête qualitative a été réalisée auprès de 160 femmes en âge de procréer au courant du mois de Juin 2021 à Tananarive afin d'accueillir les informations permettant à approfondir les éléments du projet.

Ce rapport présente les résultats de l'enquête de diagnostic menée auprès des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) ainsi qu'aux adolescents et jeunes axés sur les thématiques liés à la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR). Les résultats permettront d'améliorer la prise en compte des besoins spécifiques des cibles du projet de la CUA dans le domaine des soins de SSR et particulièrement de l'accès à la PF et la lutte contre les violences basées sur le Genre (VBG).

Les résultats sont présentés en désagrégés selon les âges autour des axes suivants : niveau de la fécondité, la problématique de grossesse précoce et sexualité précoce, accès aux soins en matière de SSR et prévalence contraceptive.

## 2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ENQUETE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé <sup>1</sup>(OMS), 800 femmes meurent chaque jour dans le monde suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Plus de 220 millions de femmes ont un besoin en PF non satisfait<sup>2</sup>.

L'OMS estime que sur plus de 208 millions de grossesses annuelles, 86 millions ne sont pas désirées ou souhaitées par les femmes au moment où elles surviennent et près de la moitié aboutissent à un avortement provoqué, le plus souvent réalisé dans des conditions d'hygiène et de sécurité insuffisante et correspondant donc à un avortement à risque. Les adolescentes représentent une population particulièrement vulnérable face aux Grossesses Non Désirées (GND). Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la deuxième cause de décès chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde<sup>3</sup>.

Pour Madagascar, la situation de GND chez les jeunes est très alarmante et la problématique de la SSR est un enjeu de la santé publique. Madagascar est ainsi classé parmi les pays à avoir un taux de prévalence de grossesse précoce le plus élevé au monde avec un taux de fécondité chez les adolescentes (15-19 ans) s'élevant à 163 naissances pour 1000 femmes<sup>4</sup>. Autrement dit, 37% des adolescentes de 15 à 19 ont déjà, au moins un enfant ou sont actuellement enceintes.<sup>5</sup>De plus, la mortalité maternelle est élevée et se situe à 353 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes<sup>6</sup>. Les complications d'avortement sont la deuxième cause (16%) des décès maternels enregistrés au niveau des formations sanitaires<sup>7</sup>. Près de 34% de ces décès maternels surviennent dans la tranche d'âge des 15 à 19 ans<sup>8</sup>.

---

<sup>1</sup> Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, sixth edition (en ligne), Genève : WHO Library Cataloguing in Publication-Data, 2011, [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9789241501118/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/), accès le 18/06/18

<sup>2</sup> Idem

<sup>3</sup> OMS, communiqué de presse : « L'OMS appelle à en faire plus pour la santé des adolescent.e.s ». <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/fr/>, accès le 18/06/18

<sup>4</sup> Banque mondiale. Base de données

<sup>5</sup> Institut National de la Statistique Ministère de l'Economie et de l'Industrie. Enquête nationale pour le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar. République de Madagascar.2012- 2013

<sup>6</sup> Banque mondiale. Banque de données, <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.STA.MMRT> 2017

<sup>7</sup> Système des nations-Unies. Bilan Commun de Pays Common Country Assessment 2012. République de Madagascar. 2013, Avril

<sup>8</sup> Institut National de la Statistique Ministère de l'Economie et de l'Industrie. Enquête nationale pour le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar. République de Madagascar.2012- 2013

Seulement 39 % des femmes âgées de 15 à 49 ans dont la dernière naissance vivante a eu lieu dans un établissement de santé<sup>9</sup>. Ce qui caractérise la faible fréquentation des centres de santé par la population.

Pour faire face à ce fléau, Madagascar a adopté, en 2017, la loi n°2017 043 fixant les règles générales régissant la santé de la reproduction (SR) et la PF. Celle-ci mentionne qu'indépendamment de son âge, tout individu a droit à des services complets : information, éducation, communication, prise en charge, référence en matière de SR et de PF<sup>10</sup>. En plus, il y eu un engagement du gouvernement malagasy à faire progresser son taux de prévalence contraceptive (TPC) à 50 % d'ici 2020 et à réduire de moitié les besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

### **3. LE PROGRAMME DE LA SSR DE LA COMMUNE URBAINE D'ANTANANARIVO**

A travers le projet sur la planification Familiale, l'accès à la SSR est un des principaux axes d'engagement de la CUA, c'est un des thématiques prioritaires d'intervention pour des raisons non seulement de santé publique (morbidité et mortalité maternelle) mais aussi pour le respect des droits en matière de SSR.

Ces engagements de la CUA se mettent en œuvre autour de deux axes : l'accès aux soins et aux offres de service de SSR de qualité à travers une santé de proximité et sensibilisation communautaire.

Les cibles du projet sont la population notamment les femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans. La zone d'intervention recouvre les six arrondissements d'Antananarivo dont quatre centres de santé de la CUA sont implantés les centres de santé (Arrondissements 1, 2, 3, 4) et où sont réalisées les interventions du projet.

### **4. OBJECTIFS DE L'ENQUETE**

L'objectif générale de la mission se propose de faire une actualisation du diagnostic mené en 2018 afin de réorienter et réajuster les actions et la situation des indicateurs identifiés lors

de la mise en œuvre du projet. Ceci servira de base à l'élaboration d'un nouveau plan d'action.

De manière spécifique, l'enquête visait dans un premier temps :

- à réactualiser les éléments à fournir pour évaluer les besoins en planification familiale (PF) des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et des adolescentes

---

<sup>9</sup> MICS 2018

<sup>10</sup> Loi N°2017-043 fixant les règles générales régissant la santé de la reproduction et la planification familiale. République de Madagascar. 2017, Déc 13.

et jeunes. Cela concerne la prise en compte des éléments collectés et analysés lors du pré diagnostic en 2018.

- A faire une étude comparative

Dans un second temps :

- Analyser et apprécier les indicateurs clés du projet afin d'identifier ou proposer des pistes d'actions prioritaires.
- Finalement, redéfinir les autres indicateurs dans le réajustement du projet.

## 5. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DU DIAGNOSTIC

Cette partie décrit les différentes phases de la réalisation du diagnostic, à savoir l'élaboration de la méthodologie, les activités préparatoires, la phase prétest et la collecte des données proprement dite.

### 5.1. Méthodologie

#### 5.1.1. Documents techniques

Trois questionnaires ont été utilisés dans le diagnostic. Le Questionnaire individuel Femme, le Questionnaire des prestataires PF et le Questionnaire des acteurs de la commune urbaine d'Antananarivo. Ces questionnaires ont été soigneusement élaborés par l'équipe MMPF en se basant sur d'autres études antérieures pour fournir les renseignements pour répondre aux objectifs de l'enquête.

- *Concernant l'enquête auprès des femmes*, les personnes éligibles sont des femmes âgées de 15 à 49 ans. Les questionnaires individuels femmes permet de recueillir des informations suivantes :
  - **Caractéristiques socio-démographiques.** Les questions sur l'âge, l'éducation, la situation matrimoniale et la religion ont pour objectif de fournir des renseignements sur les caractéristiques susceptibles d'influencer le comportement des femmes en matière de santé de la reproduction.
  - **Reproduction.** Taux de fécondité et nombre d'enfants nés vivants par arrondissement
  - **Connaissance et utilisation de la contraception.** Ces questions ont pour but de déterminer le niveau de connaissance et d'utilisation des méthodes spécifiques de planification familiale.
  - **Soins prénatals, accouchement.** Ces questions ont pour but de collecter les niveaux des visites prénatales et postnatales, les conditions d'accouchement.

En sus dans les questionnaires, des notifications présentant une note de consentement des enquêtés et les instructions précises pour le remplissage de chaque question ont été élaborées.

- *Quant aux questionnaires avec les prestataires*, il s'agit d'une liste de questionnaires servant à collecter les informations sur les centres de santé de la

CUA. Les infrastructures, les services SSR existants, les nombres de personnels dans chaque service, les intrants en PF, les horaires et l'organisation de chaque service. Ces questions vont permettre d'identifier les besoins en support des centres de santé de la CUA.

- *Les questionnaires avec les acteurs de la commune ont pour but d'avoir les informations sur le projet proprement dit. L'atteinte des objectifs, les difficultés rencontrées et les stratégies mises en place par la CUA en cette situation de COVID-19. L'objectif étant d'élaborer un cadre pour la restructuration et l'orientation des stratégies pour une éventuelle nouveau plan d'action.*

### 5.1.2. Échantillonnage et couverture de l'échantillon

#### a) *Sélection des sites*

Le projet de la CUA est basé à Antananarivo, capitale de Madagascar. L'enquête qualitative s'est déroulée dans les lieux d'intervention de la CUA c'est à dire les six arrondissements ciblés par les actions du 24 Mai au 10 juin 2021.

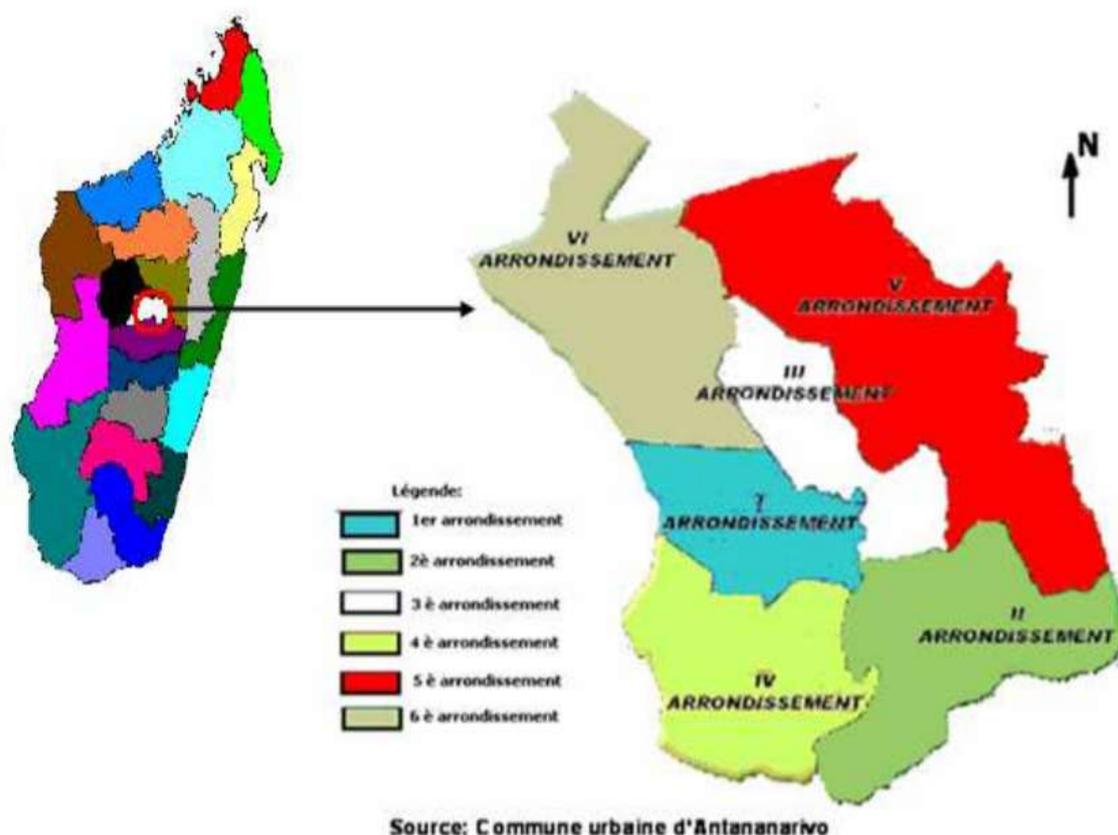


Figure 1 : Carte d'Antananarivo et ses arrondissements

## ***b) Echantillonnage***

Pour répondre aux objectifs de l'étude, on a tiré aléatoirement dans chacune des six arrondissements, un échantillon représentatif par rapport au nombre de la population. En se focalisant sur les femmes en âge de procréer de 15-49 ans, nous avons pris 160 personnes enquêtées. Le nombre d'échantillon par fokontany par arrondissement est présenté par le tableau n°1 dans l'annexe.

La totalité des 160 femmes sélectionnées a pu être enquêtée au cours de l'enquête diagnostique. Que ce soit au niveau des femmes et des prestataires, les taux de réponses sont plus que satisfaisants puisqu'ils sont supérieurs à ceux qui avaient été prévus au moment de la conception du plan de sondage. L'échantillon est stratifié par zone d'intervention dans chaque arrondissement et représentatif dans la zone d'intervention de la CUA.

## ***5.2. Type d'enquête***

Pour cette enquête de diagnostic. Deux types d'enquêtes ont été menés.

- **Une approche quantitative** a été portée pour mesurer les indicateurs clés du projet dans la mise en œuvre des activités SSR du projet de la commune. Ceci a été collecté à partir des rapports périodiques des centres de santé de la CUA et les données de routine du Ministère de la Santé Publique (Cf DHIS2).
- Puis, une **approche qualitative** a été menée pour évaluer l'effet du projet à travers des entretiens individuelles de la population cible.

## ***5.3. Déroulement de la mission***

Le programme de travail a été détaillé dans les activités suivantes dont le processus comporte 3 principales phases :

### ***a. Phase 1 : Préparation de l'étude***

Cette phase a comporté les points suivants :

- Revue documentaire et recueil des données de l'étude ;
- Rencontres avec les acteurs concernés de l'étude ;
- Préparation de curriculum de formation des enquêteurs et superviseurs ;
- Team building de l'équipe ;
- Identification des enquêteurs et superviseurs ;
- Conception et teste du masque de saisie dans le logiciel statistique (Sphinx) ;
- Révision des questionnaires et finalisation masque de saisie ;
- Préparation administrative et organisationnelle ;
- Formation des enquêteurs et superviseur ;
- Multiplication des outils de collecte.

Des rencontres et des échanges entre la commune urbaine et l'équipe MMPF ont été fixées périodiquement pour cadrer le mandat et établir les éléments principaux pour ce diagnostic.

Une formation d'une journée avec une journée de prétest des questionnaires s'est tenue le 22 et 23 Mai 2021 avant la collecte des données proprement dite.

Des lettres d'introductions ont également octroyées par la CUA pour faciliter les entretiens au niveau de la communauté et auprès des centres de santé.

**b. Phase 2 : Collecte des informations/données**

Cette phase a permis de consulter les documents existants relatifs aux indicateurs (rapports d'activités périodiques, autres documents existants) et aux thèmes de l'étude, de collecter les données primaires, et d'effectuer les entretiens, les interviews et les focus groupes nécessaires et les éventuelles informations additionnelles pour la collecte des données recherchées. Cette collecte de données s'est déroulée la semaine de 24 Mai 2021 et close la semaine du 10 juin 2021.

**c. Phase 3 : Analyse et élaboration de rapport**

Cette phase a permis l'analyse les données recueillies des documents, les informations extraites des analyses et de l'exploitation des entretiens et des focus groupes, le cas échéant, serviront d'éléments de base pour l'élaboration du rapport.

Elle va élaborer la situation de référence. Cette situation établira les bases de mesure des indicateurs. Les indicateurs clés à observer ont été les suivants :

- Taux de prévalence de la contraception ou prévalence Contraceptive (i) chez les femmes en union (ii)nullipares.
- Taux de Prévalence contraceptive par produit contraceptive désagrégé par âge (<15 ans, 15 à 19 ans, 20 à 24 ans > 24 ans)
- Taux de couverture contraceptive au niveau des Centres sociaux de santé
- Niveau d'utilisation des méthodes contraceptives
- Les barrières et défis à l'accès à la planification familiale (économique, socioculturel, autres ...)
- Taux de fréquentation en services de santé sexuel et reproductive par les jeunes
- Age moyen de la première grossesse
- Taux d'utilisation de préservatif lors de la première union (jeunes);
- Taux d'acceptation en matière de planification familiale
- Pourcentage de femmes utilisant les services de post-partum

## **6. MISE EN ŒUVRE DE L'ENQUETE**

L'enquête a été lancée la semaine de 24 Mai 2021 et close la semaine du 10 juin 2021, d'une durée de 20 jours. Le questionnaire était disponible sous forme papier, ce qui impliquait une ressaisie postérieure des réponses. La saisie des réponses a été faite sur Excel.

Il faut noter qu'une formation d'une journée suivie d'un pré test des questionnaires a été réalisée avant la collecte des données proprement dite.

L'enquête a été portée par l'équipe de MMPF, mais elle a impliqué tout particulièrement les responsables chargés d'enquête et l'analyste des données.

## **7. LES LIMITES DE L'ENQUÊTE**

Compte tenu du temps relativement court et les ressources limitées, les résultats de l'enquête ne permettent pas une analyse comparative du pré diagnostic menée en 2018. Cependant, les données sont exploitables mais ne sont pas représentatives de la population.

Par ailleurs, la non-disponibilité des données mises à jour sur les indicateurs relatifs à la planification familiale et à leur projet (Taux de prévalence contraceptive, indice synthétique de fécondité) au niveau de la CUA reste une des difficultés. L'étude menée pour ce diagnostic ne permet pas de faire une comparaison significative sur les compétences, les attitudes et les comportements des femmes et des hommes en vue de sa courte durée et ressources limitées.

Les résultats qui seront présentées mettent seulement en avant les connaissances, les attitudes et les compétences des femmes en âge de procréer qui sont les cibles du projet de la commune urbaine d'Antananarivo.

Par ailleurs, cette étude ne fait pas objet d'évaluation du projet de la commune, par conséquent les résultats ne permettent pas d'évaluer l'efficacité ou la pertinence des stratégies mises en œuvre.

## **8. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE**

Les résultats de l'enquête sont relatés dans cette section. Les définitions de certains concepts utilisés dans cette partie sont présentées en annexe 1 afin de faciliter leur compréhension et l'interprétation des résultats. Les résultats sont présentés en narratifs mais les tableaux sont représentés en annexe.

## 8.1. Caractéristiques de la population enquêtée totale et répartition de la population par arrondissement de résidence selon les tranches d'Age.

Cette section porte sur quelques caractéristiques socio-démographiques de la population des personnes enquêtées (structure par âge et situation matrimoniale, taux de fréquentation scolaire).

Le nombre d'enquêtés est différent dans chaque fokontany et chaque arrondissement. Il est plus important dans le premier (39 %) et celui du quatrième arrondissement (42 %). Cela s'explique par la distribution du nombre d'enquêtés qui est représentatif ou proportionnel par rapport au nombre de la population. Et la sélection des sites a été aléatoire correspondant aux fokontany desservis par les quatre centres de santé de la CUA. Ainsi le nombre d'enquêtés peut être très varié d'un fokontany à l'autre. (cf Tableau 2, annexe)

- **Concernant les tranches d'âges**, une prédominance de la tranche d'âge de 25 ans et plus a été constatée, représentant 59 % de la population d'enquête. Les adolescents de 15 à 19 ans et les jeunes de 20 et 24 ans représentent respectivement 22 % et 19 % des personnes interrogées. Ce résultat peut également être expliqué par la méthode aléatoire d'enquête chez les jeunes et adolescents. (cf Tableau 2, annexe)
- **Quant aux statuts matrimoniaux**, le pourcentage des femmes en couple et mariées sont quasi proportionnelles correspondantes à 31 % et 37 %, vient ensuite les femmes célibataires estimées à 18 % des enquêtées. Les femmes qui sont divorcées sont 9 % contre 5 % pour celles qui sont veuves. (cf Tableau 3, annexe)
- **Pour ce qui est du niveau de scolarisation**, les femmes qui ont atteint le niveau secondaire (collège) représentent plus de 43 % des femmes enquêtées, 30 % des enquêtées ont atteint le niveau primaire, 14 % ont atteint le niveau technicien (Lycée). Une faible proportion ont atteint l'université et ne savent pas ni lire ni écrire représentant respectivement 7 % et 6 %. (cf Tableau 4, annexe)

## 8.2. Fécondité

*Cette section traitera trois thèmes : la situation de fécondité et première naissance et la fécondité des femmes adolescentes, l'âge au premier rapport sexuel.*

### 8.2.1. Niveau de fécondité

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.

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.

L'enquête a permis de déterminer une précocité au niveau de la sexualité des adolescents et jeunes.

#### **a) Une sexualité précoce des adolescents et jeunes**

Ce qui a ressorti de l'enquête est que **9 % d'entre** elles avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre 15ans exacts. A 20 ans exacts, la proportion est de 87 % (cf Tableau 5, annexe). Ce taux est suffisamment faible par rapport à la première enquête de diagnostic : 20, 9 % des femmes enquêtées ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. L'étude MICS 2018, est plus ou moins proportionnelle à l'étude pré diagnostic. Le pourcentage des jeunes ayant eu des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans : 17% chez les filles / 10% chez les garçons. Les résultats ne peuvent pas dissimulées le phénomène de la précocité en termes de sexualité pour les adolescentes et jeunes

La moyenne d'âge au premier rapport sexuel est de 15, 8 ans pour les femmes. Cet âge est proportionnellement similaire aux résultats du pré diagnostic de 2018.

En effet, l'enquête n'a pas permis une comparaison spécifique de la période avant COVID et post COVID.

#### **b) Fécondité chez les jeunes et adolescents**

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. 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 d'une région à une autre.

Ce qui a ressorti de l'enquête diagnostic, parmi les adolescents et les jeunes enquêtés de 15 à 19 ans, **30 % ont déjà un enfant ou plus** (cf Tableau 6, annexe). Le résultat de notre étude met en relief la précocité de la fécondité. Similairement aux résultats de l'ENSOMD en 2012-2013, chez les 15 à 19 ans dans tout Madagascar. L'enquête a montré :

- 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<sup>11</sup> ;

- un maximum<sup>12</sup> du niveau de la fécondité généralement atteint à 20-24 ans.

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<sup>13</sup>. Les grossesses précoces, une problématique de la Santé sexuelle et reproductive.

---

<sup>11</sup> Selon l'ENSOMD 2012-2013

<sup>12</sup> Selon l'ENSOMD 2012-2013, à 19 ans, 31,5 % des femmes ont déjà eu une naissance vivante et 5,4% sont enceintes de leur 1<sup>er</sup> enfant, soit 36,9% des femmes de 19 ans qui ont déjà commencé leur vie féconde.

<sup>13</sup>ENSOMD 2023-2013 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

### **c) Un phénomène de grossesse précoce importante.**

Les grossesses chez les adolescentes constituent un problème mondial que l'on rencontre dans les pays à revenu élevé, faible ou intermédiaire. Dans le monde entier, toutefois, les grossesses chez les adolescentes sont plus susceptibles de se produire dans les communautés marginalisées, et sont généralement dues à la pauvreté et au manque d'éducation et de possibilités d'emploi<sup>14</sup>.

De fait, dans les Fokontany d'Antananarivo enquêtés, dans lesquels les adolescents.e.s et les jeunes sont particulièrement touchés par la non-scolarisation et la précarité, les entretiens et observations menés durant l'enquête ont mis en exergue la grande prévalence des grossesses précoces. Un taux de grossesse précoce<sup>15</sup> **de 40 %** en moyenne, selon les résultats de l'enquête a été constaté. Le premier et le quatrième arrondissement enregistrent respectivement 19 %, 21 % de cas de grossesse précoces. Ce qui expose les adolescentes et jeunes dans des risques de morbi-mortalités maternelles. ( Cf Tableau N°7, annexe).

Ce taux est similairement conséquente sur l'entrée précoce des adolescent.e.s et jeunes dans la sexualité. Plusieurs études mettent en exergue ce phénomène de grossesse précoce à savoir l'étude MICS faite en 2018 relevant un taux de natalité chez les adolescentes s'élevant à 151 naissances pour 1000 femmes (77/1000 dans la région d'Analamanga)<sup>16</sup>.

## **8.3. Accès aux services SSR des femmes enquêtées**

De multitudes raisons amènent les femmes à consulter des services SSR, entre autres la planification familiale, le CPN, l'accouchement, le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), la demande de renseignements et d'informations sur la santé sexuelle et reproductive.

Les résultats de l'enquête ont montré que plus l'âge augmente, plus le taux de consultation s'élève : La proportion est de 10 % pour les 15 à 19 ans, 27 % pour les 20 à 24 ans et 63 % pour les 25 ans et plus. (Cf Tableau N°9, annexe).

---

changement dans l'âge au premier rapport sexuel est un phénomène qui s'observe dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne

<sup>14</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> (OMS)

<sup>15</sup> Il n'y a pas de définition officielle de la « grossesse précoce ». Généralement, on place le curseur à la majorité, soit 18 ans. Parfois, à 20 ans. Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la deuxième cause de décès chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde, indique l'OMS (1)

<sup>16</sup> Enquête MICS 2018

Quant aux situations matrimoniales, ce taux est relativement faible pour les célibataires et les femmes veuves ou divorcées, (respectivement 7%, 8% et 6 %) que par rapport aux femmes en union ou mariées (38 % et 41 %). (Cf Tableau N°9, annexe)

Il est à noter que l'accès **au service SSR est dépendant de l'accroissement de l'âge et la situation matrimoniale**. Comme il y a un accroissement du taux de fécondité avec l'augmentation de l'âge, une supposition peut être aussi faite que l'accès aux services de consultations prénatales et d'accouchement explique cette fréquentation de service SSR.

#### ***a) Les consultations prénatales***

Concernant **l'accès aux soins des femmes enquêtées**, le suivi des femmes enceintes lors des consultations prénatales (CPN) permet de prévenir les risques et les complications de l'accouchement. Durant le diagnostic, 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 résultats ont montré une couverture en soins prénatals varie de 6 % à 29 % dans les arrondissements. (Cf Tableau N° 10 annexe). Cette proportion reste faible. L'accès aux soins des femmes restes fragile.

Les établissements publics sont plus fréquentés pour les services de soins materno-infantile. Les établissements privés sont majoritairement les plus payants. Contrairement aux résultats démontrés par l'ENSOMD 2012-2013 qui a constaté une augmentation du taux de soins prénatals par rapport en 2008, estimé à 92 % dans les autres villes et dans la capitale<sup>17</sup>.

#### ***b) L'accouchement***

Pour ce qui est de l'accouchement, il ressort de l'enquête que parmi les naissances survenues au cours des cinq années précédant l'enquête, **63 % ont** eu lieu dans un établissement de santé, ce taux a montré que le secteur public est plus fréquenté que le secteur privé (respectivement **51 % et 12 %**). Dans **31 % des** cas, les femmes ont accouché à domicile assisté par un agent de santé. Une faible proportion de femmes (6 %) a eu recours aux services des matrones. En général, les femmes ont recours aux services dispensés par les agents de santé. (cf Tableau N°11, annexe).

---

<sup>17</sup> 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, 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.

## 8.4. Niveau de connaissance des méthodes contraceptives

La connaissance des méthodes contraceptives a été mesurée de la manière suivante : Il a d'abord été demandé à chaque enquêté de citer trois méthodes contraceptives et moyens permettant à une femme d'éviter ou de retarder une grossesse. Leurs connaissances sur les lieux de procuration de ces méthodes sont mentionnées par la suite.

Les critères pour permettre que l'enquêtée est considérée connaître une méthode contraceptive si elle l'avait citée spontanément ou si elle avait déclaré la connaître d'après une description. Les différentes méthodes retenues dans le questionnaire sont classées en deux catégories :

- **les méthodes modernes** : coc, 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.

La majorité des enquêtées ont su citées les méthodes modernes (99 %). Les résultats sur les méthodes contraceptives les plus connues sont similaires aux résultats d'autres études. Dans d'autres études menées, les plus connues parmi les méthodes modernes et méthodes en général sont les Coc, les contraceptions injectables et l'implanon. De ces trois méthodes, la pilule et les injectables sont les plus connues par les enquêtées (respectivement 26 %). Et les préservatifs et les comptages du jour ne sont connues que par 8 % et 3 % des femmes enquêtées. (cf Tableau 12, en annexe). La contraceptive d'urgence est connue par 22 % ( cf Tableau 13, en annexe)

Concernant la connaissance générale de méthodes contraceptives modernes, il a **été observé que cette connaissance augmente proportionnellement avec l'âge**. Plus l'âge augmente, plus les femmes ont plus de connaissances.

### ***a) Niveau d'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes et chez les adolescentes et jeunes***

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.

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. La prévalence contraceptive est mesurée par le pourcentage de femmes en union qui utilisaient une méthode de contraception au moment de l'enquête.

Les données des rapports DHIS2 ont montré une prévalence contraceptive de **29 %** au niveau des centres de santé de la commune urbaine d'Antananarivo. ( cf Tableau 14, en annexe)

Parmi toutes les femmes enquêtées, près **82 %** ont déclaré avoir utilisé au moment de l'enquête une méthode quelconque de contraception. Dont **76 %** utilisent une méthode moderne, en particulier les injectables (39 %), l'implanon (17 %) et la pilule (11 %), et 23,66 % une méthode traditionnelle principalement l'abstinence périodique (9%), le comptage du jour (14 %) et la technique de retrait (1 %). ( cf Tableau

Les résultats de l'enquête ont permis de relater les conclusions suivantes :

***b) L'utilisation des nullipares des méthodes contraceptives reste la plupart très faible***

Les résultats de l'enquête ont montré une prévalence contraceptive plus élevée chez les femmes en union **73 %**. Pour l'ensemble des femmes, l'utilisation de méthodes contraceptives varie avec la parité. D'un niveau assez faible (**15%**) à la parité 0, elle augmente jusqu'à la parité 1-2 où elle atteint sa valeur maximale (30 %) pour diminuer lorsque les femmes ont au moins 6 enfants (1 %). (cf Tableau 15, annexe)

La prévalence contraceptive traditionnelle **diminue légèrement en fonction de l'augmentation du nombre d'enfants**. Cette prévalence est maximale avec les nullipares qui ont recours à l'abstinence (77 %) et la méthode de comptage du jour (28%). (cf Tableau 15, annexe)

Le niveau maximum **d'utilisation de la contraception se situe dans le groupe des femmes ayant un à deux enfants**. Cela confirme que ces catégories de personnes sont perçues comme les utilisatrices des méthodes contraceptives. Les nullipares restent une minorité en matière de planification familiale.

***c) Les adolescentes et jeunes ne sont pas perçues comme des bénéficiaires des centres de la planification familiale***

L'enquête a noté des variations selon l'âge. En effet, la proportion de femmes ayant déclaré utiliser une méthode contraceptive augmente avec l'âge, passant de **15 %** parmi celles de 15-19 ans, à **24 %** parmi celles de 20-24 ans. Au-delà de 25, la proportion est de **61 %**. Plus, l'âge augmente, le recours aux méthodes contraceptives est élevé. (cf Tableau 16, annexe).

Cette étude montre aussi que les **femmes plus âgées ont eu recours aux méthodes contraceptives peu importe la situation matrimoniale**. Quoiqu'une réelle augmentation en fonction de l'âge ait été observée.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les jeunes et les adolescent(e)s pensent que la planification familiale est uniquement réservée aux couples. Cette fausse perception est portée de manière plus générale par la communauté. Cela constitue

une réelle barrière à l'accès à la PF et favorise un risque de grossesse non désirée et précoce chez les jeunes et adolescentes

L'étude menée par Médecins du Monde a reflété ce fait en avançant que les adolescent.e.s et les jeunes célibataires ne sont pas identifiés par les communautés comme groupes cibles des méthodes contraceptives. Les services dispensant les méthodes contraceptives sont de fait appelés services de « planification familiale » et les jeunes célibataires nullipares ne sont pas perçues comme étant dans un projet de planification familiale avant leur mariage et la naissance de leur premier enfant<sup>18</sup>.

### *8.5. L'utilisation des préservatifs au premier rapport sexuel*

L'utilisation des préservatifs reste toujours faible au premier rapport sexuel. Selon l'enquête, **84 %** des enquêtées n'ont pas eu recours au préservatif au moment du premier rapport sexuel. (Cf. Tableau 18, annexe)

Plusieurs causes ont été mentionnées par les enquêtés entre autres (cf tableau 19, annexe) :

- La négligence autrement dit le fait de connaître l'importance du préservatif mais n'utilise pas (47 %),
- Le manque de connaissance sur l'utilité de se protéger au moment des rapports sexuels (24 %)
- Le refus du partenaire (15 %)
- Du fait de sa virginité (13 %)

Ce taux correspond aux résultats de l'étude menée par UNICEF sur l'utilisation des préservatifs lors des premiers rapports sexuel, évoquant 11,6 % pour les filles et 24,4 % pour les garçons<sup>19</sup>.

Alors même que la sexualité est précoce, les jeunes et adolescents sont accourus à des comportements sexuels à haut risque conduisant à des grossesses non désirées et précoces.

L'étude anthropologique menée par Médecins du monde a relaté ce phénomène. De fait, dans les Fokontany d'Antananarivo enquêtés, dans lesquels les adolescentes et les jeunes sont particulièrement touchés par la non-scolarisation et la précarité, les entretiens et observations menés durant l'enquête ont mis en exergue la grande prévalence des grossesses précoces<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> Rapport d'enquête socio-anthropologique : SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENT.E.S ET DES JEUNES : les déterminants socioculturels des Grossesses Non Désirées et de leur prise en charge ainsi que des difficultés d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive Mai 2018- Médecins du Monde -Marie-Laure Deneffe Dobrzynski

<sup>19</sup> Faits et Chiffres, UNICEF-MEN-FPE 2008-09

<sup>20</sup> Rapport d'enquête socio-anthropologique : SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENT.E.S ET DES JEUNES : les déterminants socioculturels des Grossesses Non Désirées et de leur prise en charge ainsi que des difficultés d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive Mai 2018- Médecins du Monde -Marie-Laure Deneffe Dobrzynski

## 8.6. Les barrières et défis à l'accès à la planification familiale

L'accès à la planification familiale volontaire et sans danger constitue un droit fondamental. La planification familiale est cruciale pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; c'est également un facteur essentiel de réduction de la pauvreté.

Les barrières à l'accès à la planification familiale constituent un phénomène majeur dans ce cas. Cinq types de barrières ont été identifiés lors des collectes des données ( cf Tableau 20, annexe) :

- **Le confinement a été le plus cité par les enquêtées. ( 67 %)**

Des femmes n'ayant pas accès à la planification familiale a mentionné que c'est lié aux impacts du confinement.

La présence de la pandémie est une réelle difficulté pour les utilisatrices régulières. En effet, les différentes mesures prises par le gouvernement entre autres : les confinements totales ou partielles, la mise en place des CSB ou centre de santé publics comme centre de prise en charge du COVID 19 a eu une lourde conséquence sur l'accès des femmes et jeunes aux services SSR malgré la fonctionnalité de ses services durant le COVID.

- **La peur des effets secondaires (11 %)**

Les problèmes de santé et la peur des effets secondaires (par ex. Les interactions avec les règles) sont les raisons principalement invoquées par les femmes pour ne pas recourir aux services PF. Différents types de croyances sont véhiculés dans la société autour des contraceptifs et vont entraîner une peur des contraceptifs modernes qui va se cristalliser autour de risques de stérilité, surtout pour les nullipares, de risques d'obésité ou d'amaigrissement et de risques d'anomalies du développement des organes de reproduction ou de risques de cancers<sup>21</sup>.

- **La non-disponibilité des intrants,**

Liés sûrement à la pandémie COVID. La présence des ruptures de stock est parmi les causes cités en ce qui concerne les barrières liées à l'accès à la PF.

Selon les résultats à l'issue de PANB 2016-2020, le secteur public joue un rôle important dans l'approvisionnement des femmes en méthodes de contraception (48,1 % en 2012), principalement dans les centres de CSB de l'échelon 1, avec un taux d'approvisionnement de 42,8 % pour l'ensemble des méthodes<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Rapport d'enquête socio-anthropologique : SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENT.E. S ET DES JEUNES : les déterminants socioculturels des Grossesses Non Désirées et de leur prise en charge ainsi que des difficultés d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive Mai 2018- Médecins du Monde -Marie-Laure Deneffe Dobrzynski

<sup>22</sup> Plan d'action national budgétisé en planification familiale à Madagascar 2016-2020 ; offres et accès aux soins

Dans ce cas, la non-disponibilité des intrants au niveau des secteurs publics sont très conséquentes pour les femmes. Cela constitue un réel obstacle à la prévention des grossesses non désirées.

- **La non-disponibilité des prestataires**

La pandémie de COVID-19 constitue un double défi pour Madagascar, puisqu'elle pourrait submerger les services de santé du pays en cas de résurgence des cas en même temps qu'elle affaiblit la capacité d'action des pouvoirs publics<sup>23</sup>. De plus, puisque le système de santé Malgache est payant, l'accès à ces ressources limités est conditionné à la capacité de payer (manque de ressources humaines formées, non disponibilité des intrants)

La perturbation du système de santé pourrait avoir aussi des conséquences sur les autres soins préventifs relatifs aux grossesses précoces et non désirées.

Une enquête de la Direction générale de la protection sociale et de l'UNFPA sur la disponibilité des produits de PF/SPSR, datant de 2008, a mis en avant les lacunes dans l'offre et l'accès aux services PF. Le nombre moyen d'agents de santé dans les CSB n'est que de 4. De plus, cette même enquête révèle que seulement 32,5% de ce personnel de santé est formé à la gestion logistique contraceptive. À cela s'ajoute la réticence de certaines femmes à recevoir des services de PF/SR de la part des agents de santé masculins.

- **La barrière liée aux prix sont respectivement mentionnés (6 %)**

Comme indiqué dans le PANB<sup>24</sup>, au niveau des districts sanitaires, la gestion des médicaments repose sur la participation financière des usagers et le Fonds d'approvisionnement non-stop en médicaments essentiels (FANOME<sup>25</sup>) qui prévoit également l'accès des démunis aux soins par le biais d'un Fonds d'équité qui leur permet d'obtenir gratuitement des médicaments.

Concernant les produits contraceptives, Madagascar s'est engagé en faveur du partenariat mondial Family Planning 2020 pour améliorer l'accès et la disponibilité des produits contraceptifs, le ministère a élaboré un plan national protégeant la population contre les risques financiers liés à la santé ». Par conséquent, enlever l'imposition des produits PF qui devraient être sur la liste des médicaments essentiels, et renforcer les systèmes de transport des intrants de santé (certains lieux sont très

---

<sup>23</sup> <https://www.unicef.org/esa/media/8741/file/UNICEF-MadagUNICEF-Madagascar-Impact-COVID19-on-Children-2021-FR.pdf>

<sup>24</sup> Madagascar dispose actuellement d'un Plan d'action national budgétisé (PANB 2016-2020) qui constitue non seulement un plan de mise en œuvre et de suivi du programme de planification familiale, mais aussi un outil de plaidoyer et de mobilisation des ressources pour le programme à Madagascar. Six axes stratégiques sont ainsi définis : (i) Création de la demande, (ii) Offre et accès aux services, (iii) Sécurisation des produits, (iv) Financement et (v) Supervision, coordination et suivi-évaluation, (vi) Politique et environnement habilitant.

<sup>25</sup> FANOME : Il s'agit : - d'assurer la disponibilité permanente en médicaments dans les formations sanitaires publiques ; - de faciliter l'accessibilité aux soins même aux démunis; - de rendre effective la participation communautaire dans la gestion, suivant les principes de la décentralisation et de la transparence.

difficiles d'accès). Ces démarches permettront d'assurer un meilleur approvisionnement et une meilleure gestion des stocks de produits PF. Du coup, les produits PF sont gratuits auprès des centres de santé publics.

#### - **Autres barrières**

A ces différentes barrières s'ajoutent les barrières liées à l'utilisation des méthodes contraceptive indiqué dans l'ENSOMD 2012-20213 à savoir : le manque de connaissances sur les différentes méthodes de contraception, ou les sources pour se les procurer.

L'opposition personnelle ou d'une opposition du partenaire, le refus d'utiliser une méthode de contraception émane souvent des membres de la famille, tels que les grands-parents, des membres religieux, des instituteurs, ou bien des femmes elles-mêmes à cause des rumeurs (exemple : la PF rend stérile)

### **8.7. Les offres de services en SSR par les quatre centres de santé**

Un des objectifs de ce diagnostic est de renforcer et d'améliorer les services offerts par les centres sociales de la CUA. Les résultats seront présentés sous différentes parties ;

La commune dispose quatre (4) centres sociaux de santé (CSS) , qui sont situés dans les 4 arrondissements de la capitale.

Ces centres sont rattachés au District sanitaire du Ministère de la Santé Publique. Les activités menées par la commune dans le cadre du projet financé par l'AIMF s'articulent sur deux axes : prévention et prise en charge.

Des visites de ces 4 centres ont été réalisées pour permettre d'apporter des recommandations pertinentes pour le projet à venir.

#### **a) Au niveau des infrastructures**

En général, les quatre centres de santé de la CUA sont bien fonctionnels, disposant tous les matériels nécessaires pour la prise en charge des bénéficiaires (mise à disposition d'eau courante et d'électricité).

Quant aux gestions des déchets, à l'exception d'un centre, les autres ne disposent pas de fosses à ordures et incinérateurs pour les traitements des déchets.

#### **b) Services existants dans les formations sanitaires de la CUA**

- Les services existants dans tous centres de santé social sont : CPN, PF, Prise en charge de l'IST/VIH, consultation externe
- Les services SAA et le dépistage de cancer de col n'existent pas dans tous les centres de santé, et aucun prestataire n'aie formés
- Un seul centre possède un service de maternité dont Mandra Namontana

- Deux centres disposent de laboratoire et de service de prise en charge de la violence sexuelle BMH Isotry et CSS Volosarika

### **c) Services PF**

- Trois centres sur quatre disposent des abris ou de salle d'attentes pour le service PF
- Le libre accès des adolescents et jeunes est constaté dans deux centre de santé les deux autres requiert un consentement parental pour l'accès des adolescent.e.s et jeunes des méthodes contraceptives.
- L'arrêté d'application des Loi PF 2017/043 est afficher dans le seul centre de santé notamment dans le CSS de Volosarika, les autres centres connaissent l'existence de cette loi et applique mais il ne dispose pas d'affiches comme BMH Isotry et CSS andravoahangy
- Les fiches individuelles, les outils de gestion des activités sont disponibles au niveau des quatre centres à l'exception de l'affiche de performance en PF
- Les intrants PF sont disponibles, dans tous les quatre centres et respectent la gratuité des produits. Cependant les consommables n'existent et les prestataires sont obligés de demander aux bénéficiaires de les acheter.

**Concernant les ruptures de stocks :** L'approvisionnement se fait à travers le BSD et des difficultés s'imposent par rapport à la gestion des stocks. La quasi-totalité des centres ont des problèmes de rupture de stock presque, au niveau du BSD dont la raison est inconnue,

### **d) Services IST et dépistage VIH**

- Tous les centres disposent des services de dépistages de VIH et de IST en disposant les fiches l'algorithme.
- La non disponibilité des intrants en réactif de dépistage rend la prise en charge des IST/VIH en déficit problèmes dans deux centres à savoir le CSS Volosarika et Andravoahangy.

### **e) COVID-19 et protection pour éviter la propagation de virus**

Les quatre centres de santé prennent les mesures nécessaires pour lutter contre la propagation du covid dans leur centre et tous les services.

Les quatre Formations sanitaires ont bénéficié des formations sur le COVID et disposent tous les matériels essentiels aux préventions et contrôlent des infections (PCI) entre autres les dispositifs de lavages de mains et les Equipements de Protection Individuelles (EPI) des personnels.

## 9- RECOMMANDATION

A l'issue de ce diagnostic, des recommandations seront émises et s'appuient sur les données recueillies durant cette enquête, ainsi que sur une revue de littérature concernant les différentes recommandations nationales et internationales en SSRAJ. Ces recommandations vont être réparties à plusieurs échelles : Pour favoriser la transformation sociale visée, nous recommandons de décliner plus particulièrement les trois axes d'activités suivants (en complément des recommandations notamment documentées par l'UNFPA dans la prévention des grossesses précoces) :

- Promouvoir une éducation à la sexualité complète selon les recommandations internationales documentées
- Lutter contre les inégalités et violences liées au genre
- Renforcer l'accès des adolescent.e.s et des jeunes à la contraception avec une approche par les droits en SSR et par la réduction des risques ;

Certaines recommandations à l'issue des recommandations du pré diagnostic en 2018 sont à reproduire :

Pour ce projet avec la commune urbaine d'Antananarivo, Six (06) volets ont été identifiés pour la mise en œuvre de ces programmes de SSR/PF de la commune.

- Volet 1 : Dissémination des messages sur les droits en Santé Sexuelle et reproductives, sur l'inégalité de genre, sur la prévention des grossesses précoces/non désirées, sur la prévention des maladies transmissibles et VIH
- Volet 2 : Mobilisation sociale via une approche sur l'Empowerment droits des femmes et des jeunes et la responsabilisation des hommes
- Volet 3 : Réajustement structurel et en infrastructure des 4 centres socio-sanitaire
- Volet 4 : Approvisionnement en produits contraceptifs et kit PF
- Volet 5 : Coordination et gestion de projet
- Volet 6 : Suivi et évaluation

**Volet 1 : Dissémination des messages sur les droits en Santé Sexuelle et reproductives, sur l'inégalité de genre, sur la prévention des grossesses précoces/non désirées, sur la prévention des maladies transmissibles et VIH : dont différentes sous activité sont inscrites :**

- Renforcement des capacités des jeunes et adolescents à travers des sensibilisations de masse.
- Cibler les quartiers qui ont un indice de précarité élevé rattachés aux 4 CSS de la commune.
- Outiller les parents à travers des sensibilisations sur le dialogue intergénérationnel et à l'éducation sexuelle complète.
- Intégrer les leaders communautaires, les autorités locales dans les activités communautaires
- Fournir des kits IST dans les centres santé sociaux

### **Volet 2 : Mobilisation sociale via une approche sur l'Empowerment des femmes et des jeunes responsabilisations des hommes**

- Sensibilisation des femmes et des hommes sur les méthodes contraceptives modernes et à longue durée, leurs avantages et leurs effets indésirables.
- Dissémination de la loi PF pour permettre l'accès aux services PF par tout le monde. (Jeunes et adolescents, parents, agents de santé, acteurs socio-éducatifs ; décideurs)
- Promouvoir la masculinité positive et l'empowerment des femmes et des jeunes filles.

### **Volet 3 : Réajustement structurelle et en infrastructure des 04 centres socio-sanitaires :**

Plusieurs activités s'inscrivent dans ce volet entre autres :

- Réhabilitation de tous les Centres Sociales de Santé pour répondre aux normes de prise en charge : confidentialité, intimité, salle spécifique par service avec un personnel qualifié.
- Renforcement des capacités des prestataires en PF sur les méthodes modernes et à longue durée pour s'assurer une prise en charge permanente, un accueil non jugeant et favorisant un choix éclairé des méthodes existantes,
- Mise à disposition des matériels administratifs (registre, canevas de rapportage ; fournitures de bureau ; etc..) et les matériels médicaux pour mener à bien son travail avec l'appui du service de santé de District.
- Outiller les prestataires par de renforcement sur les techniques de communication, d'écoute pour bien accueillir les bénéficiaires.
- Respect de la gratuité des méthodes selon le protocole national et remise à niveau des agents de santé sur les lignes directives de prise en charge dans ce protocole.
- Appui technique au niveau district sur la formation ; la remise à niveau et suivi post formatif des CSS.

### **Volet 4 : Approvisionnement en produits contraceptifs et kit PF**

Dans ce volet, les activités suivantes sont à considérer :

- Renforcer la distribution des produits contraceptifs au niveau du District : pas de rupture de stock fréquent, respect de la livraison par le niveau central. Néanmoins, en ce qui concerne les méthodes longues durées, les kits PF ne sont pas partout et toujours disponibles en nombre suffisants.
- En plus, la technicité du personnel de santé pour ces méthodes longues durée n'est pas partout disponible.
- Prévision d'un approvisionnement approprié à la demande, en adéquation avec la zone d'intervention

### **Volet 5 : Coordination et gestion de projet**

Une fois que les partenaires (Mairie d'Antananarivo et AIMF/ Mairie de Paris) se seront accordés sur les modalités pratiques de gestion du Projet au plan administratif et technique. On doit prévoir :

- Composition d'équipe de coordination et de gestion du Projet
- Modalités de gestion et de management du Projet (Convent AIMF/ Mairie de Paris)
- Comité de Pilotage : composition, régularité, fonctionnalité
- Bilan de programmation des activités (selon régularité retenue)

- Bilan mi-parcours du Projet
- Evaluation finale du Projet
- Contrôle interne et audit des comptes

**Volet 6 : Suivi et Evaluation**

La mise en place d'un système de suivi et évaluation permet de mesurer les grands indicateurs de ce projet et de servir comme un dispositif de collecte et d'analyse des données en vue de réorientation de la stratégie.

## BIBLIOGRAPHIE

### Enquête et Etude

- Rapport d'enquête socio-anthropologique : SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENT.E S ET DES JEUNES : les déterminants socioculturels des Grossesses Non Désirées et de leur prise en charge ainsi que des difficultés d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive Mai 2018- Médecins du Monde -Marie-Laure Deneffe Dobrzynski
- Enquête MICS 2018
- L'EDS menée en 2008/ 2009
- ENQUÊTE NATIONALE SUR LE SUIVI DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT À MADAGASCAR- INSTAT- 2012- 2013.

### . Publications d'Agences des Nations Unies

Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, sixth edition (en ligne), Genève : WHO Library Cataloguing in Publication-Data, 2011, 56 p. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>:

Grossesses des adolescents et jeunes

UNICEF-MadagUNICEF-Madagascar-Impact-COVID19-on-Children-2021-FR.pdf

- <https://www.unicef.org/esa/media/8741/file/UNICEF-MadagUNICEF-Madagascar-Impact-COVID19-on-Children-2021-FR.pdf>
- Faits et Chiffres, UNICEF-MEN-FPE 2008-09
- McIntyre Peter, Adolescentes enceintes : apporter une promesse d'espoir dans le monde entier (en ligne) OMS, 2007, 28 p. Disponible sur
- OMS. Cadre de travail pour la recherche opérationnelle et appliquée dans les programmes de santé et de lutte contre les maladies. 2008. Consulté en ligne
- OMS. Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015 Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies. Résumé d'orientation. 2015.
- OMS. ONUSIDA. Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents. Guide pour la mise en oeuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents. Volume 1: Normes et critères. 2016
- OMS. ONUSIDA. Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents. Guide pour la mise en oeuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents. Volume 3: Outils pour mener des enquêtes destinées à mesurer la qualité et la couverture afin de collecter des données sur le respect des normes mondiales. 2016
- UNESCO, Les violences de genre en milieu scolaire font obstacle à la réalisation d'une éducation de qualité pour tous, document de politique 17 de l'Unesco consulté en ligne à l'adresse suivante : <http://fr.unesco.org/gem-report/sites/gem-report/files/232107F.pdf> le 23 nov. 2016.
- UNESCO. Grossesses précoces et non désirées. Recommandations à l'usage du secteur de l'éducation. Objectifs de développement durable. Education 203

## Publications Gouvernementales

- Ministère de la Santé Publique de Madagascar. UNFPA. Plan stratégique intégré en planification familiale et en sécurisation des produits de la santé de la reproduction 2016-2020. Madagascar.
- Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Plan d'action national budgétisé en planification familiale à Madagascar 2016-2020
- Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Plan développement du secteur santé. 2015-2019.
- Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes 2018 – 2020
- Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Curriculum de formation des agents de santé en matière de santé des adolescents et des jeunes.
- Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Guide pratique de la prise en charge médicale des victimes de violence sexuelle. Mai 2012
- Ministère de la Jeunesse et des Sports de Madagascar. UNFPA. Rapport d'évaluation sur la mise en œuvre de l'éducation sexuelle complète dans deux sites pilotes : Vatovavy Fitovinany et Atsima Andrefana. Mai 2017
- République de Madagascar. Loi n°2017- 043 fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale
- République de Madagascar. Système des Nations Unies. *Madagascar. Bilan commun de pays 2012*. Avril 2013
- Plan d'action national budgétisé en planification familiale à Madagascar 2016-2020

# Annexes

## I- Annexe 1

### II- Les tableaux

Tableau 1 : Répartition des individus en âge de procréer de 15 à 49 ans enquêtés suivant les *communes et Fokontany*

CSS de rattachement	Arrondissement et Fokontany	Nombre enquêté
CSS ISOTRY	<b>1er Arrondissement</b>	<b>40</b>
	AMBALAVAO ISOTRY	21
	AVARATETEZANA BEKIRARO	5
	LALAMBY SY NY MANODIDINA	8
	MANARINTSOA ISOTRY	6
CSS VOLOSARIKA	<b>2e Arrondissement</b>	<b>29</b>
	AMBOHIMIANDRA FENOMANANA	4
	FALIARIVO AMBANIDIA	15
	MANAKAMBAHINY ANKERAKELY	6
	VOLOSARIKA AMBANIDIA	4
CSS ANDRAVOHANGY	<b>3e Arrondissement</b>	<b>26</b>
	ANGARANGARANA	4
	ANDRAVOAHANGY OUEST	3
	ANDRAVOAHANGY EST	7
	ANDRAVOAHANGY TSENA	5
	BESARETY	7
CSS NAMONTANA	<b>4e Arrondissement</b>	<b>42</b>
	AMBOHIMIANDRA FENOMANANA	1
	ANDREFAN'ANKADIMBAHOAKA	10
	ANDREFAN'I MANANJARA	9
	ANGARANGARANA	10
	MANAKAMBAHINY ANKERAKELY	1
	MANDRANGOBATO II	11
AUCUN CSS	<b>5e Arrondissement</b>	<b>13</b>
	ANTANETY KELY	13
AUCUN CSS	<b>6e Arrondissement</b>	<b>10</b>
	AMBOHIMIRARY	10
	<b>Total général</b>	<b>160</b>

Source : Dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

*Tableau 2: Caractéristiques socio-démographiques des personnes enquêtés par tranche d'âge et par arrondissement.*

	âge				
Arrondissement	10 -- 14	15 -- 19	20 -- 24	> 25	Total
1er Arrondissement	0	8	8	23	39
2e Arrondissement	0	7	5	18	30
3e Arrondissement	0	4	9	13	26
4e Arrondissement	0	6	8	28	42
5e Arrondissement	0	2	4	7	13
6e Arrondissement	0	3	1	6	10
<b>Total enquêté</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>35</b>	<b>95</b>	<b>160</b>
<b>En pourcentage</b>	<b>0%</b>	<b>19%</b>	<b>22%</b>	<b>59%</b>	<b>100%</b>

**Source :** dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

*Tableau 3 : Répartition des personnes enquêtés suivant les statuts matrimoniaux.*

Arrondissement	Célibataire	Divorcée	En couple	Mariée	Veuve	Total
1er Arrondissement	8	4	9	13	5	39
2e Arrondissement	6	4	7	11	2	30
3e Arrondissement	5	3	8	10	0	26
4e Arrondissement	5	3	17	16	1	42
5e Arrondissement	3	0	4	6	0	13
6e Arrondissement	2	0	5	3	0	10
<b>Total enquêté</b>	<b>29</b>	<b>14</b>	<b>50</b>	<b>59</b>	<b>8</b>	<b>160</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>18%</b>	<b>9%</b>	<b>31%</b>	<b>37%</b>	<b>5%</b>	<b>100%</b>

**Source :** dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

*Tableau 4: Répartition des personnes enquêtés suivant les niveaux de scolarisation.*

Arrondissement	Analphabète	Primaire	Collège	Lycée	Université	Total
1er Arrondissement	2	16	17	4		39
2e Arrondissement	3	9	12	5	1	30
3e Arrondissement	1	4	12	4	5	26
4e Arrondissement	4	14	16	5	3	42
5e Arrondissement		2	6	3	2	13
6e Arrondissement		3	5	2		10
<b>Total enquêté</b>	<b>10</b>	<b>48</b>	<b>68</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>160</b>
<b>En pourcentage</b>	<b>6%</b>	<b>30%</b>	<b>43%</b>	<b>14%</b>	<b>7%</b>	<b>100%</b>

**Source :** dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

**Tableau 5 : Répartition de l'union.**

Arrondissement	Moins de 15 ans	A 20 ans	20 ans et plus	Total
1er Arrondissement	5	26	2	33
2e Arrondissement	1	26		27
3e Arrondissement	3	18	1	22
4e Arrondissement	3	38		41
5e Arrondissement	0	10	1	11
6e Arrondissement	1	6	1	8
<b>Total général</b>	<b>13</b>	<b>124</b>	<b>5</b>	<b>142</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>9%</b>	<b>87%</b>	<b>4 %</b>	<b>100%</b>

**Source :** dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

**Tableau 6 : Répartition de nombre d'enfant par tranche d'âge.**

Age	Nombre d'enfants									Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
15 à 19	20	8	2	0	0	0	0	0	0	30
20 à 24	8	15	9	3	0	0	0	0	0	35
25+	3	13	33	15	15	11	3	0	2	95
<b>Total général</b>	<b>31</b>	<b>37</b>	<b>46</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>160</b>

**Source :** dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

**Tableau 7: Répartition de la première grossesse.**

Étiquettes de lignes	Mois de 18 ans	18 ans et plus	Total
1er Arrondissement	19	19	38
2e Arrondissement	7	17	24
3e Arrondissement	10	14	24
4e Arrondissement	21	27	48
5e Arrondissement	1	9	10
6e Arrondissement	3	5	8
<b>Total enquêté</b>	<b>61</b>	<b>91</b>	<b>152</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>40%</b>	<b>60%</b>	<b>100%</b>

**Source :** dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

**Tableau 8 : Accès aux soins SSR par tranche d'âge**

	15 à 19	20 à 24	25+	Total
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>71</b>	<b>112</b>
En %	10%	27%	63%	100%

**Source :** dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

Tableau 9: Accès aux soins SSR par rapport à la situation matrimoniale

	Célibataire	Divorcée	En couple	Mariée)	Veuve	Total
<b>Total</b>	8	9	42	46	7	112
<b>En %</b>	7%	8%	38%	41%	6%	100%

**Source** : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

Tableau 10: Situation Soins prénatales

Étiquettes de lignes	Etablissement privé	Etablissement public	Total général	Pourcentage
1er Arrondissement	10	20	30	24 %
2e Arrondissement	2	21	23	18 %
3e Arrondissement	7	13	20	16%
4e Arrondissement	5	32	37	29%
5e Arrondissement	2	7	9	7%
6e Arrondissement	2	5	7	6%
<b>Total général</b>	<b>28,0</b>	<b>98,0</b>	<b>126,0</b>	<b>100</b>
Pourcentage	22%	78%	100,0	

**Source** : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

Tableau 11: Accouchement

Lieu d'accouchement	Nombre	%
Etablissement privés	17	12%
Etablissements publics	71	51%
Matrones	9	6%
A domicile assisté par un agent de santé	16	11%
Domicile d'un Agent de santé	27	19%
<b>Total général</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

**Source** : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

Tableau 12: Connaissance des méthodes contraceptives

Étiquettes de lignes	Nombre de citation	%
Pilules	125	26%
Injection	125	26%
Implanon	94	20%
DIU	74	16%
Préservatifs	40	8%
Comptage du jour	14	3%
Méthodes traditionnelles	4	1%
Abstinence	1	0%

**Source** : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

Tableau 13: Connaissance des contraceptives d'urgence

Nombre de Rang	Étiquettes de colonnes		Oui (suggéré)	Total général
	Non	Oui (spontané)		
1er Arrondissement	27	8	4	39
2e Arrondissement	21	8	1	30
3e Arrondissement	18	7	1	26
4e Arrondissement	33	7	1	41
5e Arrondissement	6	6	1	13
6e Arrondissement	10			10
<b>Total général</b>	<b>115</b>	<b>36</b>	<b>8</b>	<b>159</b>
Pourcentage	72%	23%	5%	100%

Source : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

Tableau 14: Taux prévalence contraceptive aux centres fin décembre 2020

Centre	Effectif Population	FAR	UR	Prévalence
BMH ISOTRY	10 253	2 563	632	25%
VOLOSARIKA	4 225	1 056	702	66%
ANDRAVOAHANGY	3 640	910	ND	ND
NAMONTANA	14 853	3 713	798	21%
<b>Total général</b>	<b>29 331</b>	<b>7 332</b>	<b>2132</b>	<b>29%</b>

Source IDHS 2

Tableau 15: Utilisation des PF selon le nombre d'enfant

Méthode	Nombre d'enfants									Total général
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Abstinence	10	0	3	0	0	0	0	0	0	13
Comptage du jour	5	4	3	4	1	1	0	0	0	18
DIU	0	0	1	2	1	1	0	0	0	5
Implanon	0	3	12	2	4	1	0	0	0	22
Injection	1	14	19	7	4	3	2	0	1	51
Pilules	1	4	1	1	3	3	0	0	1	14
Préservatifs	3	3	1	0	0	1	0	0	0	8
Technique de retrait	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Total général</b>	<b>21</b>	<b>28</b>	<b>40</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>132</b>
Pourcentage	16 %	21%	30%	12%	10%	8%	2%	0%	2%	100

Source : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

Tableau 16: Utilisation PF selon tranche d'âge

Arrondissement	15 à 19	20 à 24	25+	Total général
1er Arrondissement	6	6	19	31
2e Arrondissement	3	5	14	22
3e Arrondissement	2	8	10	20
4e Arrondissement	5	7	25	37
5e Arrondissement	1	4	6	11
6e Arrondissement	3	1	6	10
<b>Total général</b>	<b>20</b>	<b>31</b>	<b>80</b>	<b>131</b>
	15%	24%	61%	100%

Source : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

Tableau 17 : Utilisation des méthodes par statut matrimonial

Arrondissement	Statut matrimonial					Total
	Célibataire	Divorcée	En couple	Mariée	Veuve	
1er Arrondissement	7	3	7	10	4	31
2e Arrondissement	2	3	7	9	1	22
3e Arrondissement	2	3	7	8	0	20
4e Arrondissement	4	2	16	14	1	37
5e Arrondissement	2	0	4	5	0	11
6e Arrondissement	2	0	5	3	0	10
<b>Total général</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>46</b>	<b>49</b>	<b>6</b>	<b>131</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>15%</b>	<b>8%</b>	<b>35%</b>	<b>37%</b>	<b>5%</b>	<b>100%</b>

Source : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

Tableau 18: Utilisation des préservatifs

Étiquettes de lignes	Non	Oui	Total général
1er Arrondissement	28	6	34
2e Arrondissement	25	2	27
3e Arrondissement	17	6	23
4e Arrondissement	34	7	41
5e Arrondissement	10	1	11
6e Arrondissement	7	1	8
<b>Total général</b>	<b>121</b>	<b>23</b>	<b>144</b>
Pourcentage	84%	16%	100%

Source : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

Tableau 19 : Les raisons de non-utilisation de préservatif au premier rapport

Étiquettes de lignes	Autres	Manque de connaissance	Négligence	Premier rapport	Refus de partenaire	Total général
1er Arrondissement	5	5	11	4	3	28
2e Arrondissement	2	6	8	3	6	25
3e Arrondissement	2		13	1		16
4e Arrondissement	2	12	15	2	3	34
5e Arrondissement			5	2	3	10
6e Arrondissement	1	1	4	1		7
<b>Total général</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>120</b>
Pourcentage	10,0	20,0	46,7	10,8	12,5	100,0

Source : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

Tableau 20: les Barrières à l'accès PF

Étiquettes de lignes	Nombre de citation	%
Confinement	12	67%
Effets secondaire	2	11%
Élévation du prix par le prestataire	1	6%
Perturbation hormonale	1	6%
Non disponible des intrants	1	6%
Non disponibilité des prestataires	1	6%
<b>Total général</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Source : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

Tableau 21 : Infrastructure et environnement des centres santé sociaux

RENSEIGNEMENTS SUR LES DIFFERENTS SERVICES	Disponible = oui non disponible = non	CSS Volosarika	BMH Isotry	CSS Andravohangy	CSB2 Namontana	resumé
1- Drapeau		oui	oui	oui	Oui	
2-Cloture		Non	Oui	Oui	Oui	1/4 centre ne pas cloturer
3-Panneau d'indication		Oui	Oui	Oui	Oui	
4-Plaque d'indication		Oui	Oui	Oui	Oui	
5-Adduction d'eau		Oui	Oui	Oui	Oui	
6-Acces Electricite		Oui	Oui	Oui	Oui	
7-WC fonctionnel separe		Oui	Oui	Oui	Oui	
8- Fosse a ordure		Non	Oui	Non	Non	3/4 centre de santé ne dispose pas des fosse à ordure
9- Incinérateur		Non	Non	Non	Oui	3/4 ne dispose pas d'incinérateur

Source : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

Tableau 22 : Services disponible dans les centres santé sociaux de la commune urbaine antananarivo

Nom du service/activité	disponible =oui non disponible =non	CSS VOLOSARIKA	BMH ISOTRY	CSS ANDRAVOAHANGY	CSB2 NAMONTANA	Problème et solution proposées
<b>Disponibilite SRAJ</b>		Oui	Oui	Oui	Non	
Horaire d'ouverture		Tous les jours, heures de bureau	Tous les jours	tous les jours		
Nbre pers SRAJ		3	3	4	0	
Nombre de personnels formés en SRAJ		?	?	?	?	
<b>CPN et CPON</b>		Oui	Oui	Oui	Oui	
Horaire CPN et CPON		Tous les jours, heures de bureau	tous les jours	tous les jours	tous les jours	
Nbre personnels CPN et CPON		3	3	4	4	
<b>Planification Familiale (PF)</b>		oui	oui	oui	oui	
Horaire d'ouverture PF		Tous les jours, heures de bureau	tous les jours	Tous les jours	tous les jours	
Nbre pers PF		3	3	4	4	
<b>Prise en charge des IST/Dépistage et counseling VIH</b>		oui	oui	oui	oui	
Horaire d'ouverture <sup>1</sup> IST VIH		Tous les jours, heures de bureau	Tous les jours, heures de bureau	tous les jours	tous les jours	
Nbre pers IST VIH		3	3	3	4	
<b>Service cancer col</b>		<b>Non</b>	<b>Non</b>	<b>Non</b>	<b>Non</b>	tous les centre ne dispose pas le service cancer du col et personne n'ai formé a ce volet

<b>Prise en charge des violence Sexuelle</b>		Oui	Oui	Non	Non	
Horaire d'ouverture Violence		Tous les jours, heures de bureau	tous les jours	0	0	deux sur quatre centre de santé dispose le PEC violence
Nbre pers Violence		1	1	0	0	
<b>Consultations externes</b>		Oui	Oui	Oui	Oui	
Horaire d'ouverture Consultation externe		Tous les jours, heures de bureau	tous les jours	tous les jours	tous les jours	
Nbre pers Consultation externe		3	3	4	4	
<b>Service Maternité</b>		Non	Non	Non	Oui	une seule centre dispose la service maternité
Horaire d'ouverture maternité		0	0	0	tous les jours	
Nbre pers Consultation maternité		0	0	0	4	
<b>Service Soins après avortement(SAA)</b>		Non	Non	Non	Non	Aucun centre ne dispose pas de service SAA personne ne formé à ce volet
Horaire d'ouverture SAA						
Nbre pers Consultation SAA		0	0	0	0	
<b>Laboratoire / Centre de Diagnostic et de Traitement de la tuberculose</b>		Oui	Oui	Non	Non	

Horaire d'ouverture Labo		Tous les jours	Tous les jours	0	0	
--------------------------	--	----------------	----------------	---	---	--

**Source** : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

Tableau 23 : offre de service Planification familiale dans les centres de santé sociaux CUA

Offre de service PF		CSS VOLOSARIKA	BMH ISOTRY	CSS ANDRAVOAHANGY	CSB2 NAMONTANA	commentaires
<b>PRESTATION DE SERVICE</b>						
1. Existe-t-il une salle d'attente avec des affiches de sensibilisation adaptées aux adolescent.e.s et aux jeunes ?		non	Oui	Oui	Oui	
2. Les adolescents et les jeunes ont-ils libre accès aux services offerts : sont reçus sans contraintes ni besoin de consentement des parents ou du conjoint et sans rendez-vous ?		oui	oui	Non= Consentement des parents non obligatoires lorsque la personne est mariée. Mais elle est exigée lorsqu'il s'agit de mineur non mariée	Non= La plupart du temps elles viennent accompagnées de leurs parents et les prestataires ne reçoivent pas des jeunes sans la présence de leurs parents tant qu'ils sont mineurs	
6. Le prestataire utilise-t-il des aides visuelles ou échantillons de différentes méthodes de contraception (van PF) ?		Oui( mais pas complet)	oui	Oui(non complet)	Oui(complet )	
12. L'arrêté d'application des lois PF est-il disponible dans le CSB ?		Oui	Non	Non	non	
SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE						

Existence de registre PF		Oui	Oui	Oui	Oui	
Com registre PF						
Existence RMA		Oui	Oui	Oui	Oui	chaque centre: Existence de responsable RMA
Existence FIC(fiche individuel de consultation)		Oui	Oui	Non	Oui	
Epuration des echeanciers		Oui	Oui	Oui	Oui	
Affichage performance PF		Non	Non	Non	Non	
Disponibilité des intrants		Oui	Oui	Oui	Oui	
Com dispo intrants				Seuls les DIU ne sont pas disponible	Seuls les DIU ne sont pas dispo	
Gratuite des intrants		Oui	Oui	Oui	Oui	
Affichage de la gratuite		Non	Non	Non	Non	
Disponibilité des consommables		Non	Oui	Oui	Oui	
Gratuite des consommables		Non	non	Non	Non	
Existence de fiche de stock par produit		Oui	Oui	Oui	Oui	
Mise à jour des fiches de stock		Oui	Oui	Oui	Oui	
Autres outils de travail		Non	Non	Non	Oui(mais pas préciser )	

**Source** : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

Tableau 24 : Nombre de jours de rupture de méthodes de contraception par mois

INTRANT	CSB VOLOSARIKA			BMH ISOTRY			CSS ANDRAVOAHANGY			CSB 2 NAMONTANA		
	M1	M2	M3	M1	M2	M3	M1	M2	M3	M1	M2	M3
Contraceptifs oraux combinés (COP) : type Microgynon® ou autre	0	0	0	5	5	5	0	0	0	0	3	0
Contraceptifs œstro-progestatifs : type MICROLUT® ou autre	z	0	0	5	5	5	2	2	2	0	3	0
DEPO-PROVERA INJECTABLE	0	0	0	5	5	5	2	2	2	0	3	0

SAYANA PRESS	0	0	0	5	5	5	2	2	2	0	3	0
DISPOSITIF INTRA-UTERIN	non dispo	non dispo	non dispo	5	5	5	2	2	2	non dispo	non dispo	non dispo
IMPLANTS CONTRACEPTIFS	0	0	0	5	5	5	2	2	2	0	3	0
PRESERVATIF MASCULIN	0	0	0	5	5	5	2	2	2	0	3	0
Pilules Contraceptives d'Urgence	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	3	0
<b>Causes des ruptures</b>	Rupture au niveau SDD ou région			Rupture venant des SSD Causes inconnues			Retard des commandes des SSD			Passage par plusieurs intermédiaires des médicaments		
<b>Solutions envisagées</b>	Réapprovisionnement auprès des centres qui en ont disposé			Aucune solution visible			Pas de solutions concrètes			Augmentation des commandes		

**Source** : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

**Tableau 25 : Fonctionnalité du service pour la prise en charge des IST/VIH Sida**

Fonctionnalité du service pour la prise en charge des IST/VIH Sida (consultation générale)	CSS VOLOSARIKA	BMH ISOTRY	CSS ANDRAVOAHANGY	CSB 2 NAMONTANA	Problèmes et solutions proposées
Dépistage VIH	Oui	Oui	Oui	Oui	
Médicaments de traitement des IST	Non	oui	Non	Oui	deux sur quatre centre ne dispose pas des médicament de traitement IST
Service pour la prise en charge des IST	Non	Oui	Oui	Oui	
Disponibilité de l'algorithme IST/VIH	Oui	Oui	Oui	Oui	
Rupture Duo Test	Oui	Non	Oui	Non	
Rupture Test de dépistage syphilis	Oui	Oui	Non	Oui	
Tests de dépistage VIH	Non	Non	Oui	Non	

**Source** : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

Tableau 26 : COVID et protection pour éviter la propagation de virus

COVID-19 et protection pour éviter la propagation de virus		CSS VOLOSARIKA	BMH ISOTRY	CSS ANDRAVOAHANGY	CSB 2 NAMONTANA	Problèmes et solutions proposées
Personnels sont-ils formés en COVID		Oui	Oui	Oui	Oui	
Disponibilité de deux stations de lavage		Oui	Oui	Oui	Oui	
Disponibilité suffisante EPI		Non	Oui	Oui	Oui	Une seule centre se plaint d'insuffisance des EPI
Usagers informés lavage des mains		Oui	Oui	Oui	Oui	
Normes pour les aires d'attentes		Oui	Oui	Oui	Oui	

**Source** : dépouillement de l'enquête diagnostique sur SRAJ/CUA/MMPF juin 2021

## 2- Autres tableaux nécessaires (sources DHIS 2)

Tableau 27 : Disponibilité des intrants PF BMH Isotry

BMH Isotry		
Intrants Gerées	Quantité en stock fin 2020	Nombre de jours de rupture
Depo-Provera	200	0
Implanon	4	0
LoFemenal ou Microgynon	155	0
Megestron	410	0
Ovrette ou Microlut	42	0

Tableau 28 : : Disponibilité des intrants PF CSS Namontana

CSS Namontana		
Intrants Gerées	Quantité en stock fin 2020	Nombre de jours de rupture
Depo-Provera	296	0
Implanon	3	0
LoFemenal ou Microgynon	175	0
Megestron	150	0
Ovrette ou Microlut	71	0

Tableau 29 : Disponibilité des produits contraceptifs CSS Volosarika

Intrants Gerées	Quantité en stock fin 2020	Nombre de jours de rupture
Depo-Provera	12	0
Implanon	24	0
LoFemenal ou Microgynon	139	0
Megestron	321	0
Ovrette ou Microlut	15	0

**CSS Andravohangy:** Aucun rapport des intrant PF disponible dans DHIS2

### III- ANNEXE 2 : Les questionnaires

#### 1- Questionnaires planification familiale chez les en âge de PROCREER DE 15 à 49ans dans les communes Urbaine d'Antananarivo

##### INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

Bonjour. Mon nom est :.....et je travaille pour MMPF Nous sommes en train d'effectuer une enquête sur la santé des femmes, des hommes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur la santé de la reproduction. Ces informations seront utiles pour mettre en place des services de santé de la CUA. L'entretien prend généralement entre 15 et 30 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.

Avez-vous des questions sur l'enquête ?

Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

Signature de l'enquêtrice : ..... Date :

.....

L'ENQUETEE ACCEPTE DE REpondre .....1

L'ENQUETEE REFUSE DE

REpondre AUX QUESTIONS.....2

Q0. Questionnaire semi-directif sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes	
Date :	Numéro :
Quartier :	Commune :
<b>Renseignements généraux</b>	
Q1. Age	1.1 Quelle est votre date de naissance (jj/mm/aaaa) /___/___/____/
	1.2 Quel âge avez-vous actuellement ? Age /___/
Q2 Religion	2.1 Quelle est votre religion ? /___/ Islam=1 : Christianisme=2 ; Animiste = 3 ; Autre=4 (A préciser)
Q3 Niveau d'instruction (Si Non, aller à Q4)	3.1 Savez-vous lire ? /___/ 1.Oui 2. Non

(Si Q3.1= Oui Posez cette question)	3.2. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint ? /___/ <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Primaire</li> <li>2. Secondaire</li> <li>3. Technicien</li> <li>4 Universitaire</li> </ul>
Q4 Situation matrimoniale	/___/ <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Célibataire</li> <li>2. En couple</li> <li>3. Marié(e)</li> <li>4 Divorcée</li> <li>5. Veuf (ve)</li> <li>6. Autre =99: (A préciser) :..</li> </ul>
<b>Question sur la santé de reproduction</b>	
Q5. Avez-vous d'enfants ? (Si Oui allez à Q6) (Si Oui mais décès allez Q7)	/___/ <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Oui</li> <li>2. Non</li> </ul>
Q6. Nombre d'enfants	/___/enfants
Q7. Quel âge avez-vous quand vous avez accouché de votre premier enfant ?	/___/ ans
Q8. Quand vous étiez enceinte, avez-vous rendues dans un prestataire de soins pour une consultation prénatale ?	/___/ <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Oui</li> <li>2. Non</li> </ul>
Si Q5, Q6>0 et Q8= <b>Oui</b> posez Q9 Q9. Quel type d'établissement ?	Etablissement public : /___/ <ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital: /___/</li> <li>CSB : /___/</li> <li>CSS Commune : /___/</li> </ul> Etablissement privé : /___/ <ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital/Clinique privée : /___/</li> <li>Médecin libre : /___/</li> <li>Centre privé : /___/</li> </ul>
Si Q8= <b>Non</b> ; Posez cette question Q10 Q10. Pourquoi n'avez-vous pas rendues ?	Raisons : /___/ <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Eloignement géographique</li> <li>2. Barrière financière</li> <li>3. Habitude familiale</li> <li>4. Autres : préciser.....</li> </ul>

Q11. A quelle fréquence avez-vous rendues pour la consultation prénatale ? (Si Q8=Oui)	/___/ 1.Aucune 2.1 à 3 3.Plus de 4 4.Ne sait pas
(Posez cette question si Q11 différent de 1) Q12. Age de la grossesse à la première visite prénatale	/___/ 1. <4mois 2. 6-7 mois 3. Plus de 8mois 4. NSP
<b>Maintenant je voudrais vous demander vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1ère que vous avez eue.</b>	
Q13. Combien de naissances vivantes avez-vous accouchées ?	/___/ naissances
Q14. Avez-vous déjà vécu un décès après une naissance Si Oui>Q15 et Q16 Si Non >Q17	/___/ 1. Oui 2. Non Si oui,
Posez si Q14= Oui Q15. Combien ?	/___/
Q16 Où avez-vous accouché	/___/ 1. Centre médicale Social privé 2. CSB 3. Maternité public 4. Clinique privé 5. Matrones 6. Médecin Autres
Q17. Où avez-vous accouché de vos enfants ? Possibilités	/___/ 1. Centre médicale Social privé 2. CSB 3. Maternité public 4. Clinique privé 5. Matrones 6. Médecin 7. Autres
Q18. Accouchement autre (si Q17=7)	.....

Q19. Qui vous a assisté pendant l'accouchement de vos enfants ?	/___/ <ul style="list-style-type: none"> <li>1.Sage-femme</li> <li>2.Médecin</li> <li>3.Infirmière</li> <li>4.Accoucheuse traditionnelle /Matrones</li> <li>5= Autres</li> </ul>
Q20. Accouchement autre (Si Q19=7)	
Q21. Pour quelle raison n'avez-vous pas accouché dans une formation sanitaire ?	Raison : /___/ <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Eloignement géographique</li> <li>2. Barrière financière</li> <li>3. Habitude familiale</li> <li>4. Autres :.....</li> </ul>
Q22 Autres préciser	
<p><b>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle. Mais d'abord, je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne vouliez pas répondre, dites-le-moi et je passerai à la question suivante.</b></p>	
Q23. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	/___/ ans
Q24. La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous vous êtes protégés ?	/___/ <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Oui</li> <li>2. Non</li> <li>3. Ne sait pas</li> <li>Pourquoi ?.....</li> </ul>
Posez si Q24=2 Q25. Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Manque de connaissance</li> <li>2. Négligence</li> <li>3. Refus de partenaire</li> <li>4. Premier rapport</li> <li>5. Autres</li> </ul>
Q26. En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?	/___/ personnes
<p><b>Maintenant je vais vous poser des questions sur la Planification Familiale</b></p>	

Q27. Pouvez -vous citez trois méthode contraceptives	1- Pilules 2- Injection 3- DIU 4- Implanon 5- Comptage du jour	6- technique de retrait 7- Préservatifs 8- abstinence 9- Méthodes traditionnelles
Q28. Au cours de votre relation, avez-vous recours aux méthodes contraceptives ?	/___/ 1. Oui (spontané) 2. Oui (suggéré) 3. Non	
Si Q28= 1 ou 2 posez Q29, Si Non allez directement en Q30 Q29. Quelle méthode ?	/___/ 1- Pilules 2- Injection 3- DIU 4- Implanon 6- Comptage du jour 7- Technique de retrait 8- Préservatifs 9- Abstinence 10- Méthodes traditionnelles	
Si Q28=3 Posez cette question, Q30. Pourquoi vous n'avez pas recouru à la contraception ? (Citez les trois premières raisons majeures)	/___//___//___/ 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8-	Manque de connaissance Par crainte de stigmatisation Refus du partenaire Par peur des effets secondaires A cause des rumeurs Par prur du COVID Autres raisons Ne sais pas
Q31. Savez-vous où et auprès de qui vous procurer ces méthodes de contraception ?	/___/ 1. Oui 2. Non	
Q32. Quel type d'établissement ?	/___/ 1-Public 2-Privé	
Q33. Quel catégorie	Public Centre de santé de base /___/ Hôpital /___/ Autres /___/ Préciser :.....	Privé Blue Star /___/ Dispensaire/___/ Pharmacie /___/

Q34. Une femme peut-elle prendre des pilules peu de temps après avoir eu un rapport sexuel	/___/ 1.Oui (spontané) 2.Oui (suggéré) 3.Non=3
Q35. Connaissez-vous cette pillule ?	/___/ 1. Oui 2. Non
Si Q35=Oui Posez cette question. Q36. Saviez-vous où peut-on en procurer ?	/___/ 1. Oui 2. Non
Q37. Durant ces 12 mois, avez-vous eu des difficultés à l'accès aux différentes méthodes contraceptives	/___/ 1. Oui 2. Non
Si Q37= Oui, Q38. Citez les difficultés	Non disponibilité des intrants Non disponibilité des prestataires Centres de santé à la fois centre de traitement de Covid Autres :.....
<b>Services de santé : Utilisation et perceptions</b>	
Q39. Etes-vous déjà allé(e) dans un établissement de santé ou déjà consulté un médecin pour bénéficier des services ou recevoir des informations concernant la contraception, la grossesse, l'avortement ou des infections sexuellement transmissibles ?	/___/ 1.Oui 2. Non
Q40. La dernière fois que vous avez vu un médecin ou une infirmière, quel était le motif de votre consultation ?	/___/ 1. Contraception 2. IST 3. Examen gynécologique 4. Test de grossesse 5. Avortement 6. Santé de la mère et de l'enfant 7. Autre
Q41. Vous sentiez-vous suffisamment à l'aise pour poser des questions ?	/___/ 1.Oui 2. Non
Q42. A-t-on bien répondu aux questions que vous avez posées pendant la consultation ?	/___/ 1.Oui 2. Non

<p>Q43. La confidentialité était-elle suffisamment respectée ?</p>	<p>/ ___ / 1. Oui 2. Non</p>
<p>Q44 Est-ce que vous avez pu choisir votre méthode ?</p>	<p>/ ___ / 1. Oui 2. Non</p>
<p>Q45 Si Q44= Non Pourquoi ?</p>	<p>/ ___ / 1. Imposition du prestataire 2. Npn disponibilité des methodes 3. Autres</p>
<p><b>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir</b></p>	
<p>Q46. Voudriez-vous avoir (un/autre) enfant. Si la réponse est Non allez à Q 49.</p>	<p>/ ___ / 1. Oui 2. Non</p>
<p>Q47. Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'(un/autre) enfant ?</p>	<p>/ ___ / 1= MOIS 2= PAS ENCEINTE 3= OU PAS SÛRE ANNÉES. 4= BIENTÔT/MAINTENANT ..... 5= DIT NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 6= APRÈS MARIAGE. 7= AUTRE _____ (PRÉCISER) 8= NE SAIT PAS ...</p>
<p>Q48. Es ce que vous utilisez une méthode contraceptive, si vous aimeriez attendre pour tomber enceinte ?</p>	<p>/ ___ / 1. Oui 2. Non</p>

<p>Si Q50=2, posez cette question (Q53).          Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.          Q 49. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode ?</p>	<p>Raison : .....</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

## 2- Guide d'entretiens pour la commune urbaine d'Antananarivo

1. Pouvez- vous nous décrire par rapport aux objectifs que vous avez fixés, où en êtes-vous en termes d'indicateurs en Planning Familial (PF), Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) et de stratégie genre ?
  
2. En basant sur le contexte actuel, quelles sont les stratégies déjà élaborées y afférentes ; quel est votre vision pour traiter des enjeux de PF et SSR en ce temps covidé?
  
3. Dans cette optique, quelle serait la contribution de la CUA dans la mise en application de cette vision.
  
4. Quelles sont les enjeux auxquels la commune sont-ils confrontés

### 3-Questionnaires agents de santé

#### Actualisation pré diagnostic Projet PF commune urbaine Antananarivo Renivohitra pour les femmes en Age de procréer (15-49) ans

Nom de l'établissement : .....

Date : ...../...../.....

Remplie par : .....

**Tableau 1 : Infrastructure et environnement du CSS (OBSERVATION)**

RENSEIGNEMENTS SUR LES DIFFERENTS SERVICES	OUI (cocher)	NON	Commentaires
1. Est-ce qu'il y a un drapeau érigé ?			
2. Est-ce que le centre de santé est clôturé ?			
3. Est-ce qu'il y a un panneau indicateur, un plan de masse et plaques de fonction ?			Préciser lesquels ne sont pas disponibles.
4. Est-ce qu'il y a une plaque d'identification du centre ?			
5. Est-ce qu'il y a une adduction d'eau courante (EAH) ?			
6. Est-ce que le CSS a accès à une source d'énergie ?			

(Électricité, panneau solaire...)			
7. Est-ce qu'il y a des WC fonctionnels (EAH) pour le personnel et à part pour les usagers ?			
8. Est-ce qu'il y a une fosse à ordures ?			
9. Est-ce qu'il y a un incinérateur fonctionnel ?			
10. Est-ce que le bâtiment est en bon état ?			

**Tableau 2 : SERVICE DISPONIBLE DANS LE CENTRE DE SANTE SOCIAL**

<b>Services</b>	<b>Cocher si disponible et fonctionnel</b>	<b>Préciser si changement d'horaires ou de jour d'ouverture (exemple : uniquement le lundi et matinée seulement depuis l'épidémie...)</b>	<b>Nombre de personnel présents pour assurer le service : (fonction + nombre+ a déjà reçu formation sur la thématique du service concerné ou non sur le Covid-19)</b>
Activités pour adolescent.e.s et jeunes (SRAJ) au sein du CSB (maintien du créneau horaire pour adolescent.e.s et jeunes)			
Consultation Périnatale (CPN)/Consultation Post Natale (CPoN)			

Planification Familiale (PF)			
Prise en charge des IST/Dépistage et counseling VIH			
Dépistage du cancer du col			
Prise en charge des Violences sexuelles			
Service PEV			
Consultations externes			
Service Nutrition			
Laboratoire (à spécifier si CDT et/ou IST-VIH ou autre)			
Pharmacie (FANOME)			
Maternité			
Soins après avortement (SAA)			

## 1. SERVICE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

**Tableau3 : Evaluation du service de Planification Familiale**

Offre de service PF	OUI	NON	Commentaire
<b>PRESTATION DE SERVICE</b>			
1. Existe-t-il une salle d'attente avec des affiches de sensibilisation adaptées aux adolescentes et aux jeunes ?			
2. Les adolescents et les jeunes ont-ils libre accès aux services offerts : sont reçus sans contraintes ni besoin de consentement des parents ou du conjoint et sans rendez-vous ?( mandray tanora ve nareo na dia tsy misy rendez-vous aza)			
3. Disponibilité de VAN PF			
<b>4. L'arrêté d'application des lois PF est-il disponible dans le CSB ?</b>			
<b>SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE</b>			
5. Existence de registre PF ?			
6. <b>Disponibilité de l'outil RMA</b>			
7. Disposition des fiches de consultations individuelle (FIC) dans le centre			
8. Épuration des échéanciers pour le comptage des Utilisatrices Réguliers, Perdu De Vue.			
9. <b>Affichage des graphiques sur les résultats de performance PF désagrégés par âge mois par mois ?</b>			
<b>FINANCEMENT</b>			
10. <b>Les intrants (pilule (microgynon, microlute) , Contraceptive Injectable ( depot provera, sayana pres, Implants, DIU, préservatifs) sont-ils disponible</b>			

11. Les intrants sont -ils gratuits ?			
12. La gratuité des intrants PF est-elle affichée de manière bien visible sur la porte de la salle PF ou dans la salle d'attente PF ?			
13. Les consommables (compresse, alcool, seringue) sont-ils disponibles et gratuits ?			
<b>APPROVISIONNEMENT LOGISTIQUE</b>			
14. Existence de fiche de gestion de stock <i>pour chaque</i> produit contraceptif (Contraceptives Oraux, Contraceptives Injectables, implants contraceptifs, DIU, condom masculin, condom féminin, spermicide)			
15. Mise à jour des fiches de stock			
16. Les outils de travail sont-ils disponibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outils d'IEC (boîte à images, affiches PF...)</li> <li>- Autre à préciser .....</li> </ul>			

**Tableau 4 : Nombre de jours de rupture de méthodes de contraception par mois**

INTRANT	Nombre de jours de rupture de stock en intrant PF par mois		
	M1	M2	M3
Contraceptifs oraux combinés (COP) : type Microgynon® ou autre			
Contraceptifs œstro-progestatifs : type MICROLUT® ou autre			
DEPO-PROVERA INJECTABLE <i>Mentionner si livrés avec seringue autobloquante</i>			
SAYANA PRESS			
DISPOSITIF INTRA-UTERIN			
IMPLANTS CONTRACEPTIFS			
PRESERVATIF MASCULIN <i>(doit être disponible dans le service PF)</i>			
Pilules Contraceptives d'Urgence (NORLEVO®)			

**Explications :**

*Quelles sont les causes des ruptures ?.....*

*Quelles ont été les solutions envisagées ? .....*

## 2. SERVICE DE CONSULTATION PRENATALE

**Tableau 5 : Fonctionnalité du service de CPN**

Fonctionnalité du service CPN	OUI	NON	COMMENTAIRE
1. Utilise-t-il le carnet de santé maternel ?			
2. Existe-il un registre de CPN ?			
3. Les tests de dépistage VIH sont-ils disponibles ?			
4. Les médicaments de traitement des IST sont-ils disponibles ?			

## 3. SERVICE DE DEPISTAGE DES IST ET DU VIH/SIDA

**Tableau 6 : Fonctionnalité du service pour la prise en charge des IST/VIH Sida**

Fonctionnalité du service pour la prise en charge des IST/VIH Sida (consultation générale)	OUI	NON	Commentaires
. Disponibilité de l'algorithme			

### **INTRANT**

INTRANT	DISPONIBLE	EN RUPTURE	REMARQUE
DuoTest ® pour			UE

femmes enceintes			
Test de dépistage syphilis (Bioline)			
Tests de dépistage VIH			

#### 4. COVID

Item	Oui	Non	Commentaire (si réponse « non » ou critère rempli partiellement expliquer pourquoi)
Personnels sont ils formés en COVID			
<b>1. Disponibilité de deux stations de lavage</b> à l'entrée du CSS, avant la zone de triage :			
<b>2. Disponibilité en quantité suffisante des EPI</b> pour tous les personnels du centres			
<b>3. Les usagers sont informés qu'ils doivent se laver les mains</b> dès leur entrée dans l'enceinte du CSB (affiche ou information orale)			
<b>4. Normes pour les aires d'attentes :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- - Place des patients séparées d'un mètre (existence de marques séparatrices ou autre système permettant le respect de cette distance même en l'absence de surveillance) ;</li> <li>- Présence d'affiches sur les gestes barrières et hygiène respiratoire de prévention face au Covid-19 ;</li> </ul> Disponibilité de poubelles pour les patients			