

ANDRIANARISON Nambinintsoa

**« ETUDE ANALYTIQUE DE L'UTILISATION DES METHODES
CONTRACEPTIVES MODERNES »**

Thèse de Doctorat en Médecine

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE : 2012

N°8306

**« ETUDE ANALYTIQUE DE L'UTILISATION DES METHODES
CONTRACEPTIVES MODERNES »**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 19 Juillet 2012 à Antananarivo
par

Monsieur ANDRIANARISON Nambinintsoa
Né le 03 Juillet 1983 à Imerintsiatosika

Pour obtenir le grade de
« DOCTEUR EN MEDECINE »
(Diplôme d'Etat)

Directeur de Thèse : Professeur ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao

MEMBRES DU JURY :

Président : Professeur ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao
Juges : Professeur ANDRIANASOLO Roger
: Professeur RAJAONARISON Bertille Hortense
Rapporteur : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi



MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO

FACULTE DE MEDECINE

☎/Fax : 22 277 04 - ✉ : BP. 375 Antananarivo
E-mail : facultedemedecine_antananarivo@yahoo.fr

I. CONSEIL DE DIRECTION

A. DOYEN

M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

B. CHARGE DE MISSION

M. RAJAONARIVELO Paul

C. VICE-DOYENS

- Appui à la Pédagogie et Recherche

M. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

- Relations Internationales

M. SAMISON Luc Hervé

- Scolarité

* 1^{er} et 2nd Cycles

M. RAMANAMPAMONJY Rado Manitrana

* 3^{ème} Cycle court :

. stage interné, examen de clinique et thèses

M. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck
M. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa

- TéléEnseignement, Communication, LMD,
Ecole Doctorale et Formation Continue

M. RAKOTO RATSIMBA Hery Nirina

- Troisième Cycle Long :

. Agrégation, Clinicat, Internat Qualifiant,

M. SAMISON Luc Hervé

. Diplôme Universitaire, Diplôme Inter Universitaire

Mme. ROBINSON Annick Lalaina

D. SECRETAIRE PRINCIPAL

- Responsable de l'Administration, Finances et
Sécurité au Travail

Mme RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

II. CONSEIL D'ETABLISSEMENT

PRESIDENT

Mme. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO
Noëline

III. CHEFS DE DEPARTEMENT

- Biologie

Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat

- Chirurgie

Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès

- Médecine

Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu

- Mère et Enfant

Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré

- Pharmacie

Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa

- Santé Publique

Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

- Sciences Fondamentales et Mixtes

Pr AHMAD Ahmad

- Tête et cou

Pr. ANDRIAMAMONJY Clément

- Vétérinaire

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO Henriette

IV. CONSEIL SCIENTIFIQUE

PRESIDENT

Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

V. COLLEGE DES ENSEIGNANTS

A. PRESIDENT

Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa

B. ENSEIGNANTS PERMANENTS

B.1. PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENTS SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Dermatologie Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa
- Endocrinologie et métabolisme Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

- Néphrologie Pr. RAJAONARIVELO Paul
Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa

- Neurologie Pr. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba Alain

- Pneumologie-Phtisiologie Pr. ANDRIANARISOA Ange

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie néonatale Pr. RANDRIANASOLO Olivier

- Pédiatrie Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO Noëline

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Administration et Gestion Sanitaire Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO
Henriette

- Education pour la Santé Pr. ANDRIAMANALINA Nirina Razafindrakoto

- Santé Communautaire Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné

- Santé Familiale Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA
Justin

- Statistique et Epidémiologie Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anatomie Pathologique Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa

- Anesthésie-Réanimation Pr. RANDRIAMIARANA Mialimanana Joël

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Ophtalmologie Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette
Pr. BERNARDIN Prisca

- Stomatologie Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

B.2. PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| - Biochimie | Pr. RANAIVOHARISOA Lala |
| - Hématologie Biologique | Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat |
| - Parasitologie | Pr. RAZANAKOLONA Lala Rasoamialy Soa |

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- | | |
|-------------------------------|---|
| - Chirurgie Cardio-Vasculaire | Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès |
| - Chirurgie Générale | Pr. RAKOTO-RATSIMBA Hery Nirina |
| - Chirurgie Pédiatrique | Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana |
| - Chirurgie Thoracique | Pr. RAKOTOVAO Hanitrana Jean Louis |
| - Chirurgie Viscérale | Pr. SAMISON Luc Hervé
Pr. RAKOTOARIJAONA Armand |
| - Orthopédie Traumatologie | Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude
Pr. SOLOFOMALALA Gaëtan Duval |
| - Urologie Andrologie | Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora |

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- | | |
|------------------------------------|--|
| - Cardiologie | Pr. RABEARIVONY Nirina |
| - Hépto-Gastro-Entérologie | Pr. RAMANAMPAMONJY Rado Manitrana |
| - Maladies Infectieuses | Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu |
| - Néphrologie | Pr. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck |
| - Psychiatrie | Pr. RAHARIVELO Adeline
Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense |
| - Radiothérapie-Oncologie Médicale | Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINA Florine |

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- | | |
|---------------------------|---|
| - Gynécologie Obstétrique | Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao |
| - Pédiatrie | Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré
Pr. ROBINSON Annick Lalaina |

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| - Nutrition et Alimentation | Pr. ANDRIANASOLO Roger |
|-----------------------------|------------------------|

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- | | |
|--|--|
| - Radiodiagnostic et Imagerie Médicale | Pr. AHMAD Ahmad |
| - Physiologie | Pr. RAKOTOAMBININA Andriamahery Benjamin |

DEPARTEMENT TETE ET COU

- | | |
|---|---|
| - Neuro-Chirurgie | Pr. ANDRIAMAMONJY Clément
Pr. RABARIJAONA Mamiarisoa |
| - Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale | Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam |

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| - Pharmacologie | Pr. RAFATRO Herintsoa |
|-----------------|-----------------------|

B.3. MAITRES DE CONFERENCES

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Obstétrique

Dr. RAZAKAMANIRAKA Joseph

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique

Dr. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Sciences Ecologiques, Vétérinaires
Agronomiques et Bioingénieries

Dr. RAHARISON Fidiniaina Sahondra

DEPARTEMENT PHARMACIE

- Pharmacologie Générale

Dr. RAMANITRAHASIMBOLA David

- Pharmacognosie

Dr. RAOELISON Emmanuel Guy

- Biochimie Toxicologie

Dr RAJEMIARIMOELISOA Clara

- Chimie Organique et Analytique

Dr RAKOTONDRAMANANA
Andriamahavola Dina Louisimo

B.4. ASSISTANTS

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Virologie

Dr. KOKO

- Technologie

Dr. RAHARIMALALA Edwige Marie Julie

DEPARTEMENT PHARMACIE

- Procédés de Production, Contrôle
et Qualité des Produits de Santé

Dr. RAVELOJAONA RATSIMBAZAFIMAHEFA
Hanitra Myriam

C. ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

C.1. PROFESSEURS EMERITES

Pr. ANDRIAMBAO Damasy

Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur

Pr. ANDRIANJATOVO Joseph

Pr. AUBRY Pierre

Pr. FIDISON Augustin

Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel

Pr. KAPISY Jules Flaubert

Pr. RABARIOELINA Lala

Pr. RABENANTOANDRO Casimir

Pr. RABETALIANA Désiré

Pr. RADESA François de Sales

Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie

Pr. RAJAONA Hyacinthe

Pr. RAKOTOMANGA Robert

Pr. RAKOTOMANGA Samuel

Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA S.U

Pr. RAKOTOZAFY Georges

Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe

Pr. RAMONJA Jean Marie

Pr. RANDRIAMAMPANDRY

Pr. RANDRIAMBOLOLONA Aimée

Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery Honoré Blaise

Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé

Pr. RATOVO Fortunat

Pr. RATSIVALAKA Razafy

Pr. RAZANAMPARANY Marcel

Pr. ZAFY Albert

C.2. CHARGE D'ENSEIGNEMENT

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie Générale

Pr. RAVELOSON Jean Roger

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Cardiologie

Pr. RAKOTOARIMANANA Solofonirina

DEPARTEMENT TETE ET COU

- ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Pr. RAKOTO Fanomezantsoa Andriamparany

VI. SERVICES ADMINISTRATIFS

SECRETAIRE PRINCIPAL

Mme RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

CHEFS DE SERVICES

LABORATOIRE D'APPUI A LA RECHERCHE
ET TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION
ET DE LA COMMUNICATION (LARTIC)

M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin

SCOLARITE

Mme SOLOFOSAONA R. Sahondranirina

TROISIEME CYCLE LONG

Mme RANIRISOA Voahangy

VII. IN MEMORIAM

Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson
Pr. RAJAONERA Frédéric
Pr. ANDRIAMASOMANANA Veloson
Pr. RAKOTOSON Lucette
Pr. ANDRIANJATOVO RARISOA Jeannette
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa
Pr. RAKOTOBÉ Alfred
Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide
Dr. RAKOTONANAHARY
Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin
Pr. RAMANANIRINA Clarisse
Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder
Pr. RANIVOALISON Denys
Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana
Pr. RAVELOJAONA Hubert
Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel
Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme
Pr. RAKOTONIAINA Patrice

Pr. RAKOTO- RATSIMAMANGA Albert
Pr. RANDRIANARISOLO Raymond
Dr. RABEDASY Henri
Pr. MAHAZOASY Ernest
Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard
Pr. RAZAFINTSALAMA Charles
Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme
Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre
Pr. MANAMBELONA Justin
Pr. RAZAKASOA Armand Emile
Pr. RAMIALIHARISOA Angéline
Pr. RAKOTOBÉ Pascal
Pr. RANAIVOZANANY Andrianady
Pr. RANDRIANARIVO
Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
Pr. RAHAROLAHY Dhels
Pr. ANDRIANJATOVO Jean José
Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand

DEDICACES

« L'Eternel est mon berger : je ne manquerai de rien »

Psaume 23 : 1

Je dédie cette thèse :

- **A Dieu**

Que ton nom soit loué, glorifié et adoré à travers le monde pour des siècles et des siècles. Gloire à Dieu tout puissant !

- **A mes parents**

Qui m'ont toujours aidé dans les moments difficiles comme gage de mon affection et de ma profonde reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils m'ont si généreusement consenti.

Toute ma tendresse !

- **A Mlle Deborah**

Qui m'a perpétuellement prodigué des conseils et encouragements, des faveurs et sacrifices avec compréhensions et amour, pour toutes les joies et peines que nous avons partagées ensemble.

Ma très haute considération !

- **A toute ma famille de sang et d'alliance**

Avec toute ma sympathie !

- **A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de cette thèse**

Mes vifs remerciements !

A NOTRE MAITRE, PRESIDENT ET DIRECTEUR DE THESE

- **Monsieur le Docteur ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotvao**
Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Gynécologie
Obstétrique à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
Médecin Chef de Service en Gynécologie Obstétrique à la Maternité de
Befelatanana.

*« Vous nous avez accueilli avec aimabilité et bienveillance. Vous nous avez
fait l'honneur de présider et diriger notre Thèse.*

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude »

A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE

- **Monsieur le Docteur ANDRIANASOLO Roger**

Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Santé Publique à la
Faculté de Médecine d'Antananarivo
Ph.D. en Sciences de la Nutrition, Nutritionniste de Santé Publique.

- **Monsieur le Docteur RAJAONARISON Bertille Hortense**

Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Psychiatrie à la
Faculté de Médecine d'Antananarivo.

« Qui ont accepté très spontanément de siéger dans ce jury.

Nous leur sommes très reconnaissants de vouloir porter intérêt à ce travail.

Qu'ils en soient vivement remerciés »

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE

- **Monsieur le Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi**

Maître de Conférences à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
Diplômé de Paris de Santé Publique et Médecine Sociale, d'Economie de la
Santé, Epidémiologie et de Médecine Tropicale.

*« Qui n'a pas ménagé son temps pour nous encadrer avec patience et bonne
volonté pour la réalisation de ce travail, et malgré ses nombreuses et lourdes
responsabilités, a bien voulu nous faire l'honneur de rapporter et défendre cette
thèse. Veuillez accepter l'assurance de notre profonde considération et nos
sincères reconnaissances ».*

**A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO**

Monsieur le Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

« Nous vous exprimons nos hommages les plus respectueux »

**A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES
HOPITAUX D'ANTANANARIVO**

Qui nous ont donné le meilleur d'eux-mêmes pour faire de leurs élèves de
bons praticiens.

*« En témoignage respectueux pour les précieux enseignements qu'ils nous ont
généreusement prodigués. Recevez ici l'expression de notre vive
reconnaissance »*

**A TOUT LE PERSONNEL DES SERVICES DU CSB2 D'AMPASANIMALO
A TOUT LE PERSONNEL DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO**

« Pour le chaleureux et sympathique accueil qu'il a bien voulu nous réserver »

**A TOUS CEUX QUI, DE PRES OU DE LOIN, ONT CONTRIBUE A LA
REALISATION DE CET OUVRAGE**

*« Trouvez ici l'expression de notre grande reconnaissance et nos très vifs
remerciements »*

SOMMAIRE

SOMMAIRE

	PAGES
INTRODUCTION.....	01

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES MODERNES ET LEUR UTILISATION

1. LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES MODERNES.....	02
1.1. Les méthodes permanentes.....	02
1.1.1. La section et/ou ligature des trompes.....	02
1.1.2. La vasectomie.....	02
1.2. Les méthodes contraceptives à long terme.....	02
1.3. Les méthodes temporaires.....	03
1.3.1. Les contraceptifs oraux.....	03
1.3.2. Les contraceptifs injectables.....	04
1.3.3. Les implants.....	05
1.4. Les autres méthodes temporaires.....	06
1.5. Un exemple de résultats de l'application d'un programme de planning familial : succès du Bangladesh.....	06
1.5.1. Les éléments du programme.....	07
1.5.2. Les résultats.....	08
2. LA DEMOGRAPHIE, LE DÉVELOPPEMENT ET L'UTILISATION DES SERVICES DE PLANNING FAMILIAL.....	09
2.1. Démographie et développement.....	09
2.1.1. L'homme et le développement.....	09
2.1.2. La population, le moyen et la finalité de développement.....	10
2.2. Utilisation des services de planning familial.....	11
2.2.1. Concept d'utilisation.....	11
2.2.2. Mesure de l'utilisation.....	13

DEUXIEME PARTIE :
ANALYSE DE L'UTILISATION DES METHODES
CONTRACEPTIVES MODERNES

1. CADRE D'ETUDE.....	16
1.1. Centre de Santé de Base niveau 2 ou CSB2 d'Ampasanimalo	16
1.1.1. Plan et organisation.....	16
1.1.2. Personnel du CSB2.....	18
1.2. Secteur sanitaire.....	19
1.2.1. Les fokontany du secteur.....	19
1.2.2. Les autres formations sanitaires.....	20
1.2.3. La démographie.....	20
2. METHODOLOGIE.....	21
2.1. Type d'étude.....	21
2.2. Période d'étude.....	21
2.3. Population d'étude.....	21
2.4. Echantillonnage et taille de l'échantillon.....	21
2.5. Recueil des données.....	21
2.6. Saisie et traitement.....	21
2.7. Limite et éthique.....	22
2.8. Paramètres d'étude.....	22
3. RESULTATS.....	23
3.1. Nombre d'utilisatrices.....	23
3.2. Type d'utilisatrices.....	23
3.3. Répartition des utilisatrices régulières.....	24
3.3.1. Tranche d'âge.....	24
3.3.2. Situation matrimoniale.....	24
3.3.3. Nombre d'enfants.....	25
3.3.4. Niveau d'instruction.....	25
3.3.5. Profession.....	26

3.3.6. Domicile.....	26
3.3.7. Méthode utilisée.....	27
3.4. Utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en union.....	27
3.4.1. Répartition selon la méthode utilisée.....	27
3.4.2. Motif d'utilisation.....	28
3.5. Utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les utilisatrices célibataires.....	29
3.5.1. Méthode utilisée.....	29
3.5.2. Motif d'utilisation.....	30
3.6. Utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les utilisatrices séparées, divorcées ou veuves.....	31
3.6.1. Méthode utilisée.....	31
3.6.2. Motif d'utilisation.....	31

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	32
1.1. Nombre d'utilisatrices.....	32
1.2. Répartition des utilisatrices régulières.....	32
1.2.1. Tranche d'âge et situation matrimoniale.....	32
1.2.2. Nombre d'enfants et niveau d'instruction.....	33
1.2.3. Profession et domicile.....	33
1.2.4. Méthodes utilisées.....	33
1.3. Femmes en union utilisatrices régulières.....	33
1.4. Chez les utilisatrices régulières célibataires.....	34
1.5. Chez les utilisatrices régulières séparées, divorcées ou veuves.....	34
2. SUGGESTIONS.....	35
2.1. Renforcement des activités d'IEC.....	35
2.1.1. Objectif.....	35

2.1.2. Stratégies.....	35
2.2. Amélioration de l'accès aux contraceptifs modernes.....	39
2.2.1. Objectif.....	39
2.2.2. Stratégies.....	39
CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES TABLEAUX

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Tableau I :	Mesures de l'utilisation des services.....	14
Tableau II :	Situation du personnel au CSB2.....	18
Tableau III :	Répartition de la population du secteur sanitaire d'Ampasanimalo selon les fokontany.....	20
Tableau IV :	Répartition des utilisatrices de méthodes contraceptives au CSB2 d'Ampasanimalo en 2009, selon le type d'utilisation.....	23
Tableau V :	Répartition des utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon la tranche d'âge.....	24
Tableau VI :	Répartition des utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon la situation matrimoniale.....	24
Tableau VII :	Répartition des utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon le nombre d'enfants.....	25
Tableau VIII :	Répartition des utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon le niveau d'instruction.....	25
Tableau IX :	Répartition des utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon la profession.....	26
Tableau X :	Répartition des utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon le domicile.....	26
Tableau XI :	Répartition des utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon la méthode utilisée.....	27
Tableau XII :	Répartition des femmes en union utilisatrices de méthodes contraceptives selon la méthode utilisée.....	27
Tableau XIII :	Répartition des femmes en union utilisatrices régulières, selon le motif d'utilisation des contraceptifs.....	28
Tableau XIV :	Répartition des femmes célibataires utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon la méthode utilisée.....	29
Tableau XV :	Répartition des femmes célibataires utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon le motif d'utilisation.....	30

Tableau XVI :	Répartition des femmes séparées, divorcées ou veuves, utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon la méthode utilisée.....	31
Tableau XVII :	Répartition des femmes séparées, divorcées ou veuves utilisatrices des méthodes contraceptives selon le motif d'utilisation.....	31

LISTE DES FIGURES

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Figure 1 :	Evolution démographique du monde.....	10
Figure 2 :	Point de départ et démarche de l'utilisation des services.....	12
Figure 3 :	Episode de maladies et épisode de soins ou d'utilisation de services...	15
Figure 4 :	Plan annoté du CSB2 d'Ampasanimalo.....	16
Figure 5 :	Le CSB2 d'Ampasanimalo (vue de face).....	17
Figure 6 :	Carte sanitaire du CSB2 d'Ampasanimalo.....	19
Figure 7 :	Pratique de limitation ou d'espacement des naissances chez les femmes en union, utilisatrices des méthodes contraceptives.....	28
Figure 8 :	Diagramme de représentation de l'utilisation des contraceptifs chez les utilisatrices régulières célibataires.....	29
Figure 9 :	Motif d'utilisation des méthodes contraceptives chez les célibataires..	30
Figure 10 :	Les étapes du changement de comportement.....	37
Figure 11 :	Facteurs déterminants le changement de comportement.....	38

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CMM	: Clinique <i>Mpitsabo Mikambana</i>
COC	: Contraceptif Oral Combiné
CPN	: Consultation Prénatale
CSB2	: Centre de Santé de Base niveau 2
DIU	: Dispositifs Intra-Utérins
IEC	: Information, Education et Communication
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planning Familial
PNUD	: Programme des Nations Unis pour le Développement
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
%	: pourcentage

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les taux de mortalité maternelle et infantile d'un pays donné peuvent en dire long sur l'état de son système de santé que tout autre chiffre. La réduction des taux de mortalité maternelle et infantile exige un système de prestation des soins de santé intégré et fonctionnant convenablement qui permet de fournir directement aux communautés des services d'éducation et de conseils, qui aide les populations à éviter les grossesses non désirées, qui encourage la bonne alimentation, qui procède à la détection des risques et à la prise en charge thérapeutique des maladies.

Il est cependant peu probable que le système de santé à lui seul apporte ou soutienne des améliorations dans le domaine de la santé dans nombre de pays sans des changements sociaux concomitants destinés à accroître la scolarisation des jeunes filles et les activités d'information et d'éducation. Le planning familial aide des couples à avoir une famille de la taille désirée (1). L'accès à un moyen de contraception efficace est essentiel. Mais le besoin non satisfait de contraception est encore important dans les pays en développement notamment en Afrique subsaharienne où environ 19,4% des femmes souhaiteraient éviter de tomber enceintes mais n'utilisent aucune moyen contraceptif (2).

« Etude analytique de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes » est un travail qui repose sur l'hypothèse que la pratique des méthodes modernes de contraception a pour principaux obstacles le manque de connaissances, d'information et les problèmes d'accès socioculturel.

Les objectifs sont de déterminer la prévalence contraceptive moderne d'inventorier les obstacles et de suggérer des stratégies d'action.

Le plan de l'étude comprend les généralités sur les contraceptifs modernes et leur utilisation, l'étude analytique de l'utilisation et les commentaires et suggestions.

PREMIERE PARTIE :
GENERALITES SUR LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES MODERNES
ET LEUR UTILISATION

GENERALITES SUR LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES MODERNES ET LEUR UTILISATION

1. LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

Chez les personnes qui veulent éviter la grossesse, l'adoption d'un moyen contraceptif peut être permanente, à long terme ou temporaire.

1.1. Les méthodes permanentes (3)(4)(5)

Les méthodes permanentes font appel à la stérilisation de la femme ou de l'homme. Il s'agit de la méthode anticonceptionnelle la plus courante et la plus efficace.

1.1.1. *La section et/ou ligature des trompes*

La section et/ou ligature des trompes chez la femme constitue une méthode de stérilisation permanente qui concerne 187 millions de femmes de par le monde et représente 34% de toutes les pratiques contraceptives.

1.1.2. *La vasectomie*

La stérilisation masculine au moyen de la vasectomie est une procédure plus simple et plus sûre que la stérilisation féminine mais elle est moins pratiquée. Néanmoins, la stérilisation de quelques 40 à 50 millions d'hommes à l'échelle mondiale représente 8% de toutes les pratiques contraceptives.

1.2. Les méthodes contraceptives à long terme (6)

Les Dispositifs Intra-Utérins ou DIU constituent la deuxième méthode la plus courante de contraception, utilisée par 150 millions de femmes dans le monde entier. Ces dispositifs sont des méthodes contraceptives à long terme, car ils sont installés dans l'utérus et empêchent la grossesse jusqu'à leur retrait.

1.3. Les méthodes temporaires (7)(8)(9)

1.3.1. *Les contraceptifs oraux*

Parmi les contraceptifs oraux, on peut distinguer :

i) *Les Contraceptifs Oraux Combinés (COC) ou oestroprogestatifs*

Exemple : Lo-Femenal®

ii) *Les contraceptifs oraux à base de progestatifs seuls*

Exemple : Ovrette®

iii) *Caractéristiques des produits*

On peut noter :

- Efficacité théorique
L'efficacité théorique est de 100 p.100 si les instructions sont bien suivies.
- Facteurs limitant
Contrôles périodiques nécessaires.
- Contre indications
 - grossesse,
 - hypertension artérielle,
 - diabète,
 - hyperlipidémie,
 - coronarite,
 - antécédents thromboemboliques,
 - tumeurs du sein ou de l'utérus.
- Effets secondaires
 - céphalées,
 - nausées,
 - sensibilité mammaire,
 - règles irrégulières,
 - prise de poids,

- dans 15 p.100 des cas, modification du lipidogramme et de la glycémie sans traduction clinique,
- toxicité hépatique,
- dans 5 p.100 des cas, élévation de la tension artérielle,
- rarement maladies thromboemboliques.

1.3.2. Les contraceptifs injectables

Il s'agit essentiellement de :

i) L'énantate de noréthistérone

Exemple : Noristerat®

ii) L'acétate de médroxyprogestérone

Exemple : Dépo-provéra®

iii) Caractéristiques des produits

- Efficacité théorique

L'efficacité théorique est de 100 p.100 si les directives sont bien suivies.

- Contre indications

- insuffisance hépatique grave,
- hépatite et antécédents récents d'hépatite,
- antécédents thrombophlébitiques,
- maladies thromboemboliques artérielles ou veineuses,
- cancer du sein et de l'endomètre,
- ménométrorragie dont l'origine n'est pas déterminée,
- dystrophies ovariennes polykystiques,
- affections mammaires bénignes diverses oestro-génodépendantes,
- grossesse.

- Effets indésirables

- gain de poids,
- aménorrhées,
- ménométrorragie,

- troubles digestifs.
- Mode d'emploi
 - l'injection se fait en intramusculaire profonde,
 - il faut bien agiter le flacon avant l'emploi.

1.3.3. Les implants (10)(11)(12)

- Avantages

L'implant a comme avantage d'utilisation :

 - l'absence d'interférence avec l'allaitement maternel,
 - une seule implantation pour 5 ans d'action contraceptive,
 - retour précoce de la fertilité après ablation des implants,
 - efficacité théorique de 100 p.100 si l'implantation a été effectuée correctement.
- Contre indications

Les implants ont pour contre indications :

 - la grossesse,
 - les infections génitales,
 - la métrorragie d'origine inconnue,
 - la dysménorrhée,
 - la nulliparité,
 - la cervicite purulente,
 - le cancer du col,
 - les malformations utérines,
 - la douleur ou masse annexielle ou masse utérine,
 - l'anémie sévère.
- Effets secondaires

On peut observer :

 - une augmentation de poids,
 - une perturbation du cycle menstruel,
 - rarement, hémorragie utérine abondante.

Les méthodes temporaires comme la pilule, les implants cutanés et les produits injectables modifient le cycle hormonal de la femme pour empêcher la

conception. Ces méthodes sont certes sûres et efficaces, mais elles peuvent aussi causer des hémorragies irrégulières, ce qui constitue un problème pour les femmes dans les sociétés où certaines activités des femmes sont interdites ou restreintes pendant la période des règles.

L'OMS estime que 10 à 30% des femmes abandonnent ces méthodes contraceptives temporaires pour cette raison.

1.4. Les autres méthodes temporaires

Les autres méthodes temporaires sont représentées par les barrières notamment des préservatifs masculins ou condom et les préservatifs féminins ou diaphragme.

Par rapport aux autres formes de contraception, le préservatif masculin est unique en son genre parce qu'il fournit une protection contre les Infections Sexuellement Transmissibles ou IST.

Les préservatifs masculins représentent environ 4% des méthodes contraceptives utilisées par les couples en âge de procréer. Les stratégies pour combler la demande de services de contraception sont entre autres l'éducation et l'information, les subventions, la distribution gratuite et les mesures visant à faciliter ou à encourager la stérilisation.

1.5. Un exemple de résultats de l'application d'un programme de planning familial : succès du Bangladesh (13)

Au milieu des années 70, la Bangladaise moyenne avait plus de six enfants, ce qui, combiné avec la malnutrition et le manque d'accès à des services de santé de qualité, compromettait la santé tant de la mère que de ses enfants. Au-delà de l'impact de cette situation sur la santé, le taux élevé de fécondité et la croissance rapide de la population constituaient des obstacles majeurs au développement économique et au progrès social du pays.

1.5.1. Les éléments du programme

Le programme de planning familial du Bangladesh, lancé dans le but d'atteindre des objectifs démographiques, comportait quatre éléments :

i) Le déploiement de jeunes femmes mariées

Le déploiement de jeunes femmes mariées qui étaient recrutées comme agents de terrain et formées pour effectuer des visites à domicile auprès de femmes, auxquelles elles fournissaient des services de contraception et des renseignements. Le nombre de ces agents de terrain, connues sous le nom d'assistantes de bien-être familial, a finalement atteint 25.000 dans le secteur public, en plus de 12.000 dans les Organisations Non Gouvernementales ou ONG. Le programme avait également recruté 4.500 hommes comme agents de terrain.

Chacune des assistantes de bien-être familial devait couvrir de trois à cinq villages ou s'occuper de 850 femmes du milieu rural, en se rendant dans chaque ménage une fois tous les deux mois. L'ampleur du programme était impressionnante : les assistantes de bien-être familial avaient contacté presque toutes les Bangladaises au moins une fois et elles atteignaient plus du tiers de celles-ci tous les 6 mois. Les assistantes de bien-être familial étaient des visiteurs bien reconnues dans les villages et elles constituaient le principal lien entre le programme gouvernemental et les femmes du milieu rural.

ii) La mise à disposition d'un éventail de méthodes contraceptives

L'approche dite de la cafétéria proposait des méthodes temporaires ainsi que des services de stérilisation à l'intention des personnes ayant deux enfants vivants et dont le plus jeune est âgé d'au moins deux ans. Un système de distribution bien géré ravitaillait les agents de terrain en produits de planning familial pour appuyer leurs activités.

iii) Des cliniques de planning familial en zone rurale

L'ouverture de cliniques de planning familial dans les zones rurales, vers lesquelles les agents de terrain pouvaient aiguiller les clientes qui désiraient utiliser des méthodes permanentes ou à long terme telles que la stérilisation constituait une

stratégie importante. En fin de compte, environ 4.000 établissements publics et 200 cliniques appartenant à des ONG ont été créés.

iv) Les activités d'Information, d'Education et de Communication (IEC)

Les activités d'IEC étaient destinées à changer les normes relatives à la taille de la famille et à fournir des renseignements sur les options de contraception. Une utilisation avant-gardiste des mass médias s'est avérée tout particulièrement efficace.

1.5.2. Les résultats

Grâce au programme, la quasi-totalité des Bangladaises étaient au courant des méthodes modernes de planning familial. L'utilisation de contraceptifs par les femmes mariées s'est accrue, passant de 8% au milieu des années 70 à environ 50% en 2000, et la fertilité a baissé de plus de 6,0 enfants par femme en 1975 à 3,3 enfants en 2000.

Même si les progrès socio-économiques ont joué un rôle majeur dans l'accroissement de la demande de la contraception, les chercheurs ont montré que la mise à disposition de services et d'informations a eu un effet indépendant sur les attitudes et les comportements. Selon les estimations, ce programme coûte à peu près 100 millions à 150 millions de dollars par an, environ la moitié aux deux tiers du financement provenant de bailleurs de fond extérieurs. Le rapport coût-efficacité a été estimé à environ 13 à 18 dollars par naissance évitée, mesure standard des programmes de planning familial.

Malgré ces succès, le programme Bangladais de planning familial est loin d'être parfait. Depuis 1995, la baisse du taux de fécondité a fortement ralenti. Nombre d'observateurs ont souligné les occasions à exploiter pour accroître l'efficacité du programme, répondre de façon plus efficace aux besoins des femmes, et établir un meilleur lien entre le planning familial et la santé. Néanmoins, le Bangladesh a réalisé ce que peu d'autres pays ayant le même niveau de développement socio-économique ont été capables d'accomplir : il a complété les efforts pour changer les attitudes au sujet de la taille de la famille en fournissant des services de planning familial afin d'abaisser de manière durable et spectaculaire le taux de fécondité.

2. LA DEMOGRAPHIE, LE DÉVELOPPEMENT ET L'UTILISATION DES SERVICES DE PLANNING FAMILIAL (14)(15)(16)

2.1. Démographie et développement

2.1.1. *L'homme et le développement*

Pendant la majeure partie de l'histoire de l'humanité, on a davantage redouté la pénurie d'hommes que son excès, et la richesse des nations reposait souvent plus sur leur potentiel démographique que sur les ressources naturelles, tant la fécondité, pourtant quasiment incontrôlée, suffisait à peine à compenser les pertes liées à une mortalité élevée.

Ce n'est que récemment que l'effectif absolu des populations est devenu un soir une donnée cruciale à prendre en compte, parce que, pour la première fois, les hommes sont apparus capables de modifier fortement leur environnement et que les atteintes écologiques que notre planète risque de devoir supporter dépendront dans une bonne mesure, mais non exclusivement, du nombre d'individus qui la peupleront.

L'argument est même essentiel dans le discours des écologistes qui considèrent qu'une population mondiale de l'ordre de 5,5 milliards représente d'ores et déjà un effectif menaçant la pérennité de l'écosystème planétaire et que l'humanité, au lieu de s'acheminer vers les 11 ou 12 milliards prévus par les Nations Unis pour la fin du XXI^e siècle comme niveau de population stationnaire, devrait plutôt régresser rapidement en nombre jusqu'à s'approcher d'une taille optimale de l'ordre de 2 milliards d'habitants qui correspondrait davantage à la limite d'adaptation homéostatique de la biosphère pour des sociétés vivant selon des standards proches de ceux en vigueur actuellement dans les pays occidentaux (figure 1).

Le dilemme paraît évident : d'un côté, une population relativement restreinte, mais dotée d'un niveau de vie satisfaisant et universellement assez équilibré et de l'autre, une population pléthorique, mais régionalement très inégalitaire où les grands problèmes sociétaux seront exacerbés : malnutrition, analphabétisme, morbidité, pauvreté, pollution, dégradation de l'environnement, épuisement des ressources...etc.

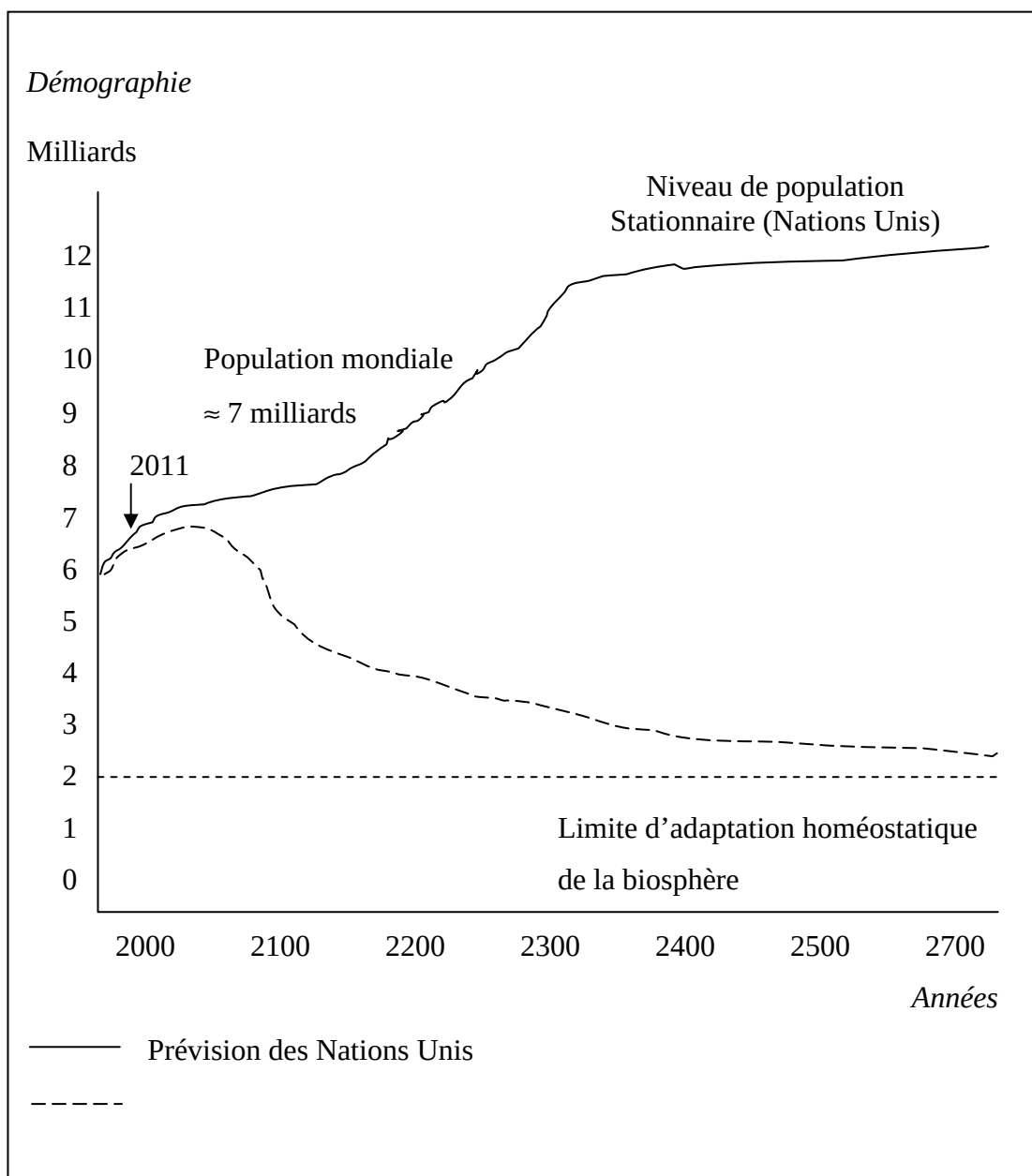


Figure 1 : Evolution démographique du monde (16).

2.1.2. *La population, le moyen et la finalité de développement*

La population n'est pas simplement une variable exogène du développement, mais elle est au cœur du processus, à la fois moyen et finalité, et il n'y a pas d'intégration véritable de la population au développement sans une valorisation de toutes les ressources humaines et sans une réappropriation par l'homme de son avenir et une maîtrise de son progrès à travers ses propres choix et ses propres décisions :

cette idée cruciale semble avoir beaucoup progressé au cours des dernières années, notamment depuis la reconnaissance des difficultés sociales provoquées par les politiques d'ajustement et de la nécessité affinée par le « Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) » dans son rapport de 1990 d'intégrer une nouvelle dimension de développement humain.

Cette nouvelle orientation des institutions internationales, réhabilitant une vérité essentielle, à savoir que « les femmes et les hommes doivent être au centre de tout développement » mérite d'attirer l'attention. L'affirmation qu'un seul indicateur économique comme le développement, est incontestablement une bonne résolution. Il est en effet évident que le développement humain n'est que partiellement associé au développement économique et que la puissance, qu'elle soit économique, militaire, technologique ou scientifique, n'est pas automatiquement un bon indicateur du bonheur des peuples ou de la qualité de vie des citoyens.

Que le revenu ne soit plus considéré comme la seule mesure adéquate du développement et que le bien-être individuel redevienne une préoccupation des agences internationales et des gouvernements face au seul étalon de l'argent ne sont en somme que les preuves du retour à un réalisme que les premiers auteurs à s'être préoccupés de la mesure statistique du développement avaient au moins se respecter en insistant sur l'importance des préoccupations sociales et individuelles.

Elargir les possibilités de l'homme et assurer la formation de « capacités personnelles » lui permettant en permanence d'exploiter au mieux ses talents et ses ressources, voilà un défi autrement plus mobilisateur que de simplement accroître les richesses matérielles.

2.2. Utilisation des services de planning familial (17)(18)(19)

2.2.1. Concept d'utilisation

Le phénomène d'utilisation des services résulte de l'interaction entre deux comportements :

- celui de l'individu, du bénéficiaire qui entreprend une démarche de recours à des services ;
- celui du professionnel de la santé qui dirige le patient dans le système de soins (figure 2).

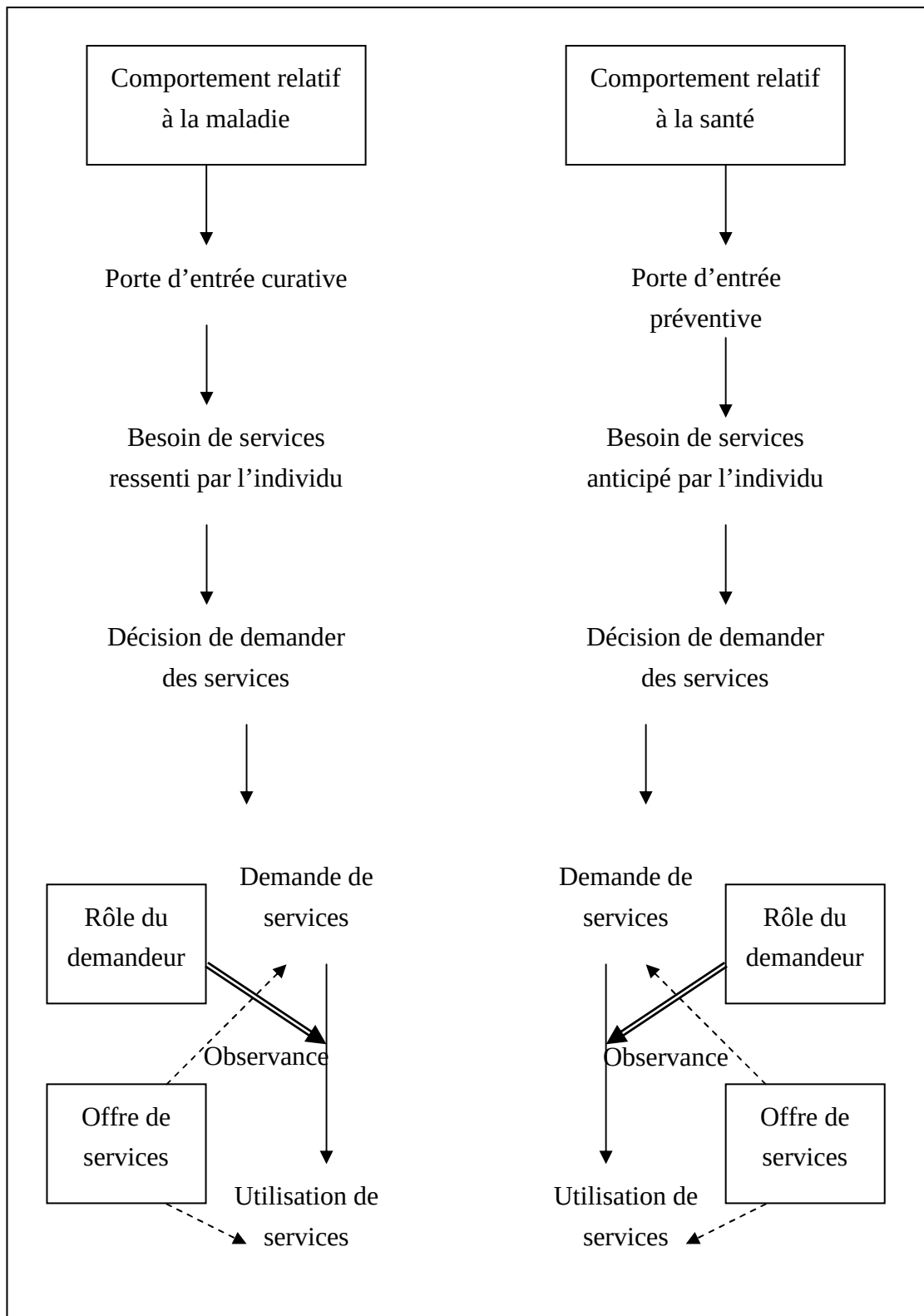


Figure 2 : Point de départ et démarche de l'utilisation des services (19).

i) Utilisation de services demandés par l'individu

Ceci survient :

- en réponse à une morbidité ressentie (exemple : consultation pour des symptômes, douleurs ou malaises) ;
- en réponse à une morbidité anticipé par l'individu ;
- en réponse à un besoin (planification familiale).

ii) Utilisation de services contrôlée par le médecin

Ceci survient :

- en réponse à une morbidité diagnostiquée
 - pour laquelle le patient consulte,
 - non ressentie et non reconnue par l'individu (découverte fortuite d'une morbidité non ressentie comme par exemple, la découverte d'une hypertension artérielle, à l'occasion d'une visite de routine ou d'une consultation pour un autre motif) ;
- en réponse à une morbidité anticipée par le médecin, mais non ressentie ni anticipée par l'individu (exemple, une radiographie pulmonaire chez un gros fumeur).

2.2.2. Mesure de l'utilisation

Les mesures de l'utilisation les plus fréquemment employées sont présentées au tableau I.

Tableau I : Mesures de l'utilisation des services (19).

Indicateur	Numérateur	Dénominateur, population	Temps
Taux de consultations médicales	Nombre de consultations à un personnel de santé selon les différents types : -Consultation/maladie -Consultation prénatale ou CPN -Planification familiale ou PF -Consultation initiale	Personnes	-Année -Episode
Taux d'interventions chirurgicales	Nombre d'interventions chirurgicales	Personnes (par 1.000 ou 100.000)	Année
Taux d'hospitalisation	Nombre d'admissions ou de sorties	Personnes (par 1.000)	-Année -Episode
Taux de jours d'hospitalisation	Nombre de jours d'hospitalisation	Personnes (par 1.000 ou 100.000)	Année
Durée moyenne de séjour	Nombre de jours moyens d'hospitalisation pour les patients	Nombre d'admissions ou de sorties	Année

On peut distinguer :

- Au dénominateur deux éléments
 - soit la population (plus précisément le nombre de personnes),
 - soit le temps : généralement une année ou un épisode. Il faut préciser ici la notion d'épisode, fondamentale dans l'analyse de l'utilisation.
- La notion d'épisode de maladie ou d'utilisation de services
 - dans le cas d'une maladie à évolution rapide, l'épisode débute à un moment donné, augmente en intensité et se termine par la guérison, le décès ou quelques états intermédiaires (figure 3) ;

- dans le cas de maladies chroniques, l'épisode persiste et fluctue en intensité sans jamais réellement se terminer jusqu'au décès ;
- dans le cas d'un besoin de services comme la planification familiale, l'épisode d'utilisation de service PF s'arrête quand le besoin se termine ;
- dans le cas de maladies qui nécessitent une hospitalisation, l'épisode de soins hospitaliers s'exprime par le séjour moyen. L'épisode de soins peut cependant déborder avant et après le séjour à l'hôpital.

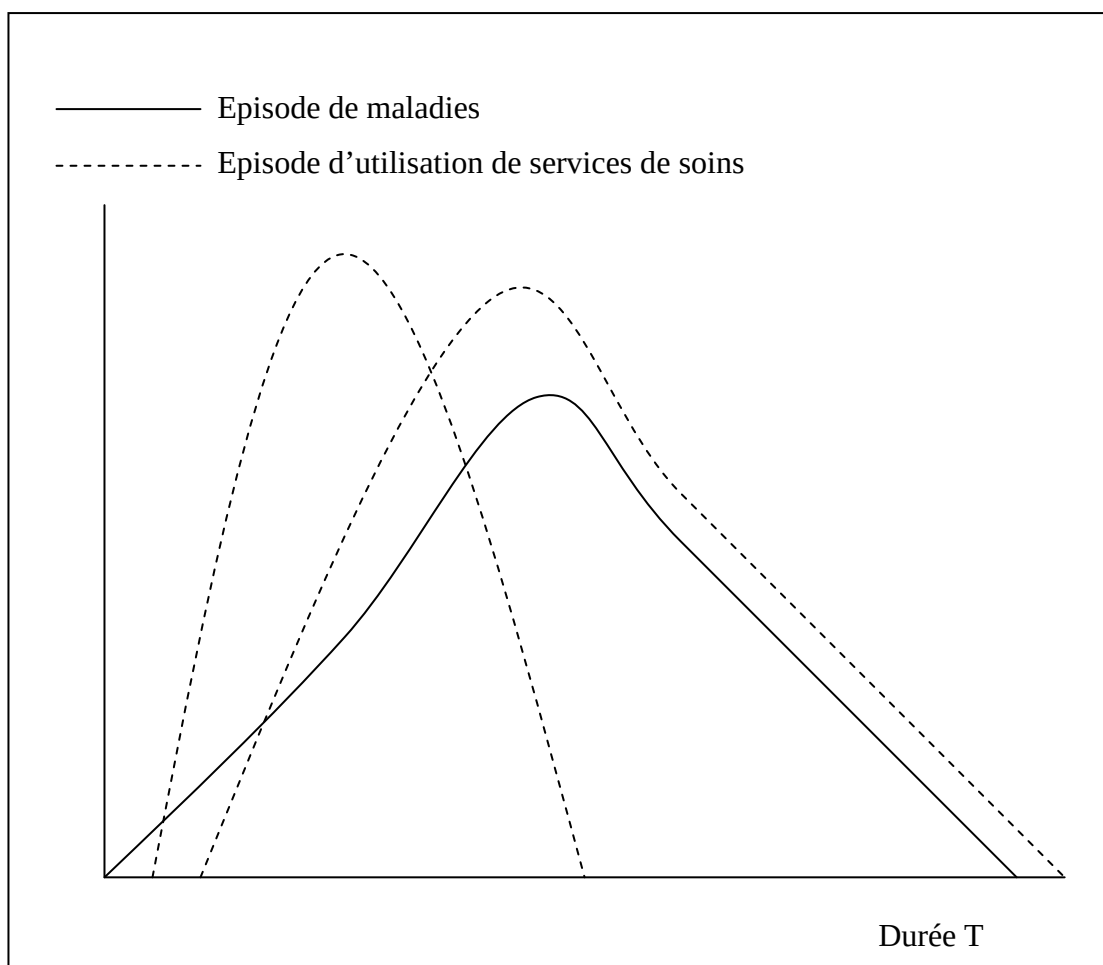


Figure 3 : Episode de maladies et épisode de soins ou d'utilisation de services (19).

DEUXIEME PARTIE :
ANALYSE DE L'UTILISATION DES MÉTHODES
CONTRACEPTIVES MODERNES

ANALYSE DE L'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

1. CADRE D'ÉTUDE

1.1. Centre de Santé de Base niveau 2 ou CSB2 d'Ampasanimalo

Notre étude a été réalisée au CSB2 d'Ampasanimalo, dans le deuxième arrondissement de la ville d'Antananarivo.

1.1.1. Plan et organisation

i) Plan du CSB2 (figure 4)

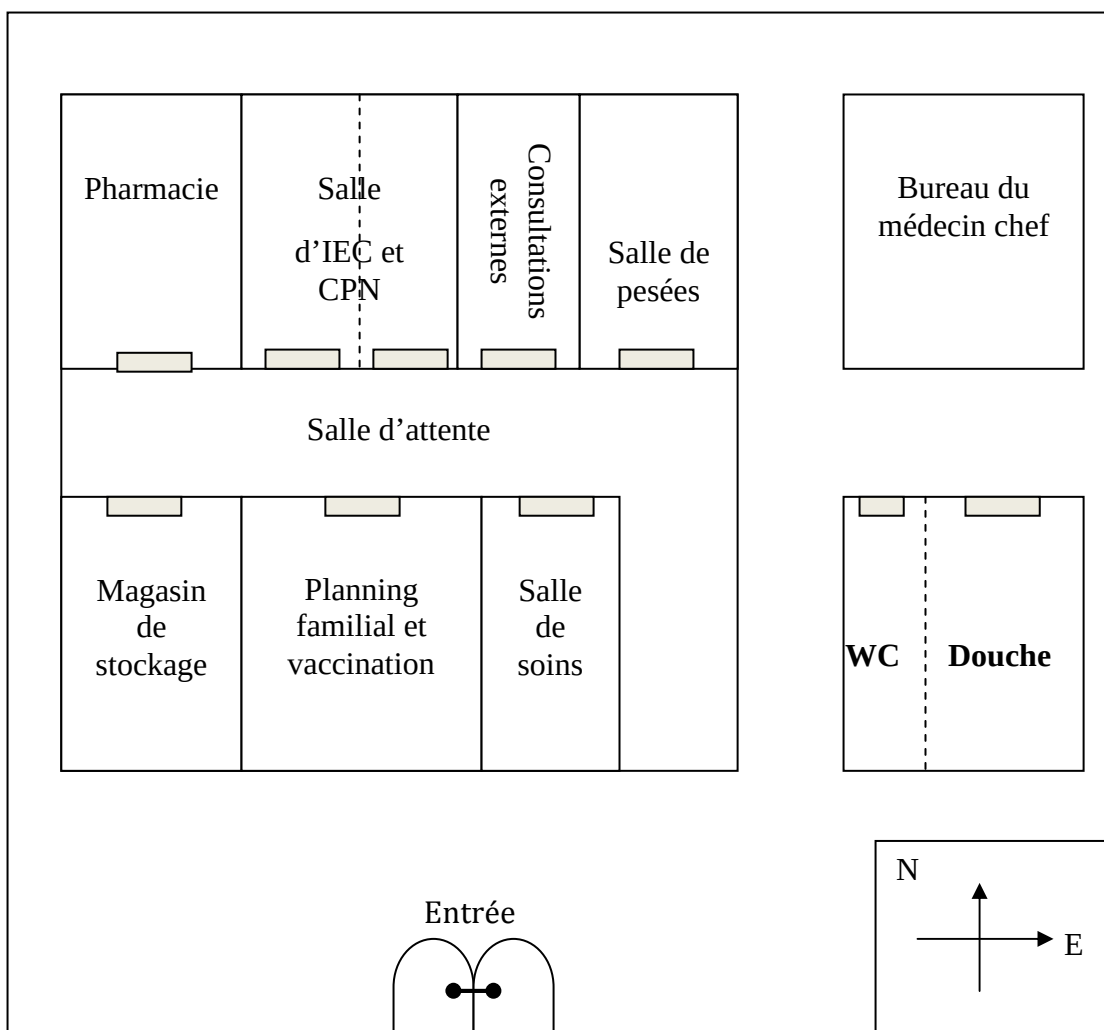


Figure 4 : Plan annoté du CSB2 d'Ampasanimalo.

Source : CSB2 d'Ampasanimalo.

Le CSB2 d'Ampasanimalo est implanté à l'intérieur d'une enceinte en briques renforcée de grille de protection (figure 5).



Figure 5 : Le CSB2 d'Ampasanimalo (vue de face).

Source : collection personnelle.

ii)Organisation

Le CSB2 offre :

- Des services préventifs :
 - Information, Education et Communication (IEC)
 - Planification Familiale (PF)
 - Consultation Prénatale (CPN)
 - Surveillance nutritionnelle
 - Vaccination
- Des services curatifs :
 - Consultations externes
 - Soins infirmiers
- Des services de pharmacie

1.1.2. Personnel du CSB2

i) Situation du personnel en 2009

Tableau II : Situation du personnel au CSB2.

Type de personnel	Tâches attribuées	Nombre	
Médecin	Médecin Chef du CSB2	1	4 médecins
Médecin	Médecin responsable : - planning familial - surveillance nutritionnelle	1	
Médecin	Médecin responsable : - consultations externes - prise en charge des IST	1	
Médecin	Médecin responsable : - programme élargi de vaccination (PEV) - consultation prénatale (CPN) - PTME - Consultation externe	1	
Sage-femme	- Planification familiale (PF) - Surveillance nutritionnelle	1	3 sages-femmes
Sage-femme	- Consultation externe et IST - IEC	1	
Sage-femme	- Consultation externe (CE) - PEV - CPN - PTME	1	
Infirmier	Soins infirmiers		1 infirmier
Personnel administratif	- Gestion du personnel - Correspondance administrative - Archives	3	3 personnels administratifs
Dispensateur	Distribution de médicaments	1	1 dispensateur
Total		12	

ii) *Le service de consultations externes*

Le service de consultations externes est assuré par 2 médecins :

- le premier bureau de consultations externes reçoit les patients adultes et assure la prise en charge des IST ;
- le second bureau de consultations externes reçoit les enfants malades.

1.2. Secteur sanitaire

1.2.1. Les fokontany du secteur (figure 6)

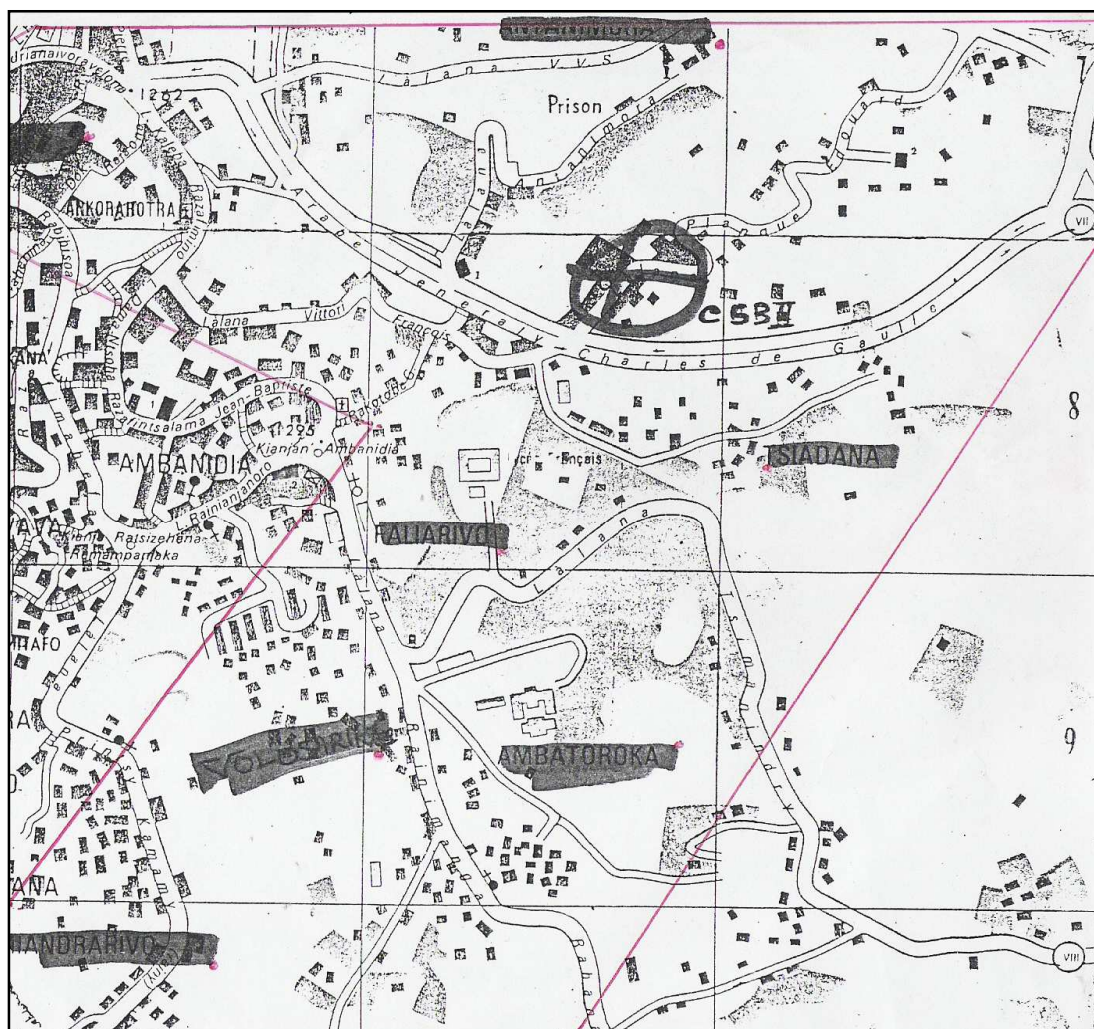


Figure 6 : Carte sanitaire du CSB2 d'Ampasanimalo.

Source : CSB2 d'Ampasanimalo.

1.2.2. *Les autres formations sanitaires*

Le secteur sanitaire dispose d'autres formations sanitaires :

- le CSB2 foyer de vie d'Antanimora,
- la Clinique MpitsaboMikambana (CMM),
- le Top Réseau d'Ambatoroka,
- la clinique St Paul d'Ambatoroka,
- le dispensaire FJKM de Faliarivo,
- le centre socio-sanitaire de Volosarika.

1.2.3. *La démographie*

Le secteur sanitaire du CSB2 d'Ampasanimalo compte 39.261 habitants répartis au niveau de 7 fokontany (tableau III).

Tableau III : Répartition de la population du secteur sanitaire d'Ampasanimalo selon lesfokontany.

N°	Fokontany	Effectif
1	Ampasanimalo	6.634
2	Tsiadana	8.942
3	Ambatoroka	7.079
4	Antsahabe	3.056
5	Faliarivo	5.303
6	Miandrarivo	5.217
7	Volosarika	3.030
Total		39.261

2. METHODOLOGIE (20)(21)(22)

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale.

2.2. Période d'étude

La période d'étude s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009.

2.3. Population d'étude

La population d'étude est constituée par les femmes en âge de procréer.

2.3.1. Critères d'inclusion

Sont retenues dans cette étude, les femmes en âge de procréer utilisatrices des méthodes contraceptives modernes au CSB2 d'Ampasanimalo en 2009, domiciliées dans le secteur sanitaire.

2.3.2. Critères d'exclusion

Sont écartées de l'étude, les femmes utilisatrices des services de planification familiale du CSB2 d'Ampasanimalo en 2009 mais dont les dossiers n'ont pas été retrouvés.

2.4. Echantillonnage et taille de l'échantillon

Il s'agit d'une étude exhaustive des femmes cibles retenues. L'étude porte sur 1.844 femmes en âge de procréer.

2.5. Recueil des données

Les données sont recueillies à partir des registres et des fiches de planification familiale.

2.6. Saisie et traitement

Les données sont ensuite saisies à l'ordinateur et traitées selon les logiciels Word et Excel.

2.7. Limite et éthique

L'accès aux données a été obtenu avec l'autorisation du médecin chef du CSB2. Les données ont été exploitées dans la limite des données disponibles.

Les informations ont été exploitées de façon anonyme en respectant les règles du secret médical.

2.8. Paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

- le nombre d'utilisatrices des méthodes de planification familiale au CSB2 d'Ampasanimalo,
- la prévalence contraceptive,
- la répartition des utilisatrices selon :
 - la tranche d'âge,
 - la situation matrimoniale,
 - le nombre d'enfants,
 - le niveau d'instruction,
 - la profession,
 - le domicile,
 - la méthode utilisée,
- l'assiduité,
- le changement de méthodes,
- le motif de changement.

3. RESULTATS

3.1. Nombre d'utilisatrices

En 2009, le nombre de femmes utilisatrices de méthodes contraceptives modernes au CSB2 d'Ampasanimalo s'élève à 1.844.

3.2. Type d'utilisatrices

Tableau IV : Répartition des utilisatrices de méthodes contraceptives au CSB2 d'Ampasanimalo en 2009, selon le type d'utilisation.

Type d'utilisatrices	Nombre	Pourcentage
Utilisatrices régulières	1.759	95,4
Utilisatrices irrégulières	85	4,6
Total	1.844	100%

- Utilisatrices régulières

Femmes en âge de procréer qui viennent régulièrement à leur rendez-vous au CSB2 pour recevoir leurs plaquettes de pilules ou pour avoir leur piquêre (tous les 3 mois) ou pour des contrôles périodiques (Dispositif Intra-Utérin ou DIU, implants).

- Utilisatrices irrégulières

Femmes en âge de procréer qui manque un ou plusieurs rendez-vous au CSB2, ou qui sont parties sans prévenir et sans laisser d'adresse (perdues de vue) ou qui arrêtent la pratique des méthodes contraceptives pour diverses raisons (abandons).

- D'après notre étude, les utilisatrices régulières représentent 95,4% des femmes cibles inscrites.

3.3. Répartition des utilisatrices régulières

3.3.1. *Tranche d'âge*

Tableau V : Répartition des utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Nombre	Pourcentage
15-24 ans	368	20,9
25-34 ans	697	39,6
35-44 ans	543	30,9
45 ans et plus	151	8,6
Total	1.759	100%

Dans 39,6% des cas, les utilisatrices régulières des méthodes contraceptives ont 25 à 34 ans.

3.3.2. *Situation matrimoniale*

Tableau VI : Répartition des utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon la situation matrimoniale.

Situation matrimoniale	Nombre	Pourcentage
Célibataire	283	16,1
En union	1.186	66,4
Séparée ou divorcée	244	13,9
Veuve	46	2,6
Total	1.759	100%

Dans 66,4% des cas, les utilisatrices régulières des méthodes contraceptives sont mariées.

3.3.3. *Nombre d'enfants*

Tableau VII : Répartition des utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon le nombre d'enfants.

Nombre d'enfants	Nombre	Pourcentage
0	208	11,8
1	279	15,9
2	333	18,9
3	401	22,8
4 et plus	538	30,6
Total	1.759	100%

Dans 30,6% des cas, les utilisatrices régulières des méthodes contraceptives ont 4 enfants et plus.

3.3.4. *Niveau d'instruction*

Tableau VIII : Répartition des utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Nombre	Pourcentage
Illettrée	114	6,5
Primaire	468	26,6
Secondaire	638	36,3
Universitaire	539	30,6
Total	1.759	100%

Dans 36,3% des cas, les utilisatrices régulières des méthodes contraceptives sont du niveau secondaire et dans 30,6% des cas, elles sont du niveau universitaire.

3.3.5. Profession

Tableau IX : Répartition des utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon la profession.

Profession	Nombre	Pourcentage
Secteur public	383	21,8
Secteur privé et/ou informel	808	45,9
Etudiante à l'université	462	26,3
Femme au foyer	106	6,0
Total	1.759	100%

Dans 26,3% des cas, les utilisatrices régulières des méthodes contraceptives sont des étudiantes à l'université.

3.3.6. Domicile

Tableau X : Répartition des utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon le domicile.

Domicile	Nombre	Pourcentage
Ampasanimalo	386	21,9
Volosarika	134	7,6
Tsiadana	508	28,9
Ampahibe	301	17,1
Miandrarivo	237	13,5
Antanimora	193	11,0
Total	1.759	100%

Dans 28,9% des cas, les utilisatrices régulières des méthodes contraceptives viennent de Tsiadana.

3.3.7. Méthode utilisée

Tableau XI : Répartition des utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon la méthode utilisée.

Méthode utilisée	Nombre	Pourcentage
Contraceptifs oraux	465	26,4
Contraceptifs injectables	813	46,2
DIU	30	1,7
Implants	408	23,2
Condom	43	2,5
Total	1.759	100%

Dans 46,2% des cas, les utilisatrices régulières des méthodes contraceptives pratiquent la méthode injectable.

3.4. Utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en union

3.4.1. Répartition selon la méthode utilisée

Tableau XII : Répartition des femmes en union utilisatrices de méthodes contraceptives selon la méthode utilisée.

Méthode utilisée	Nombre	Pourcentage
Contraceptifs oraux	267	22,5
Contraceptifs injectables	646	54,5
DIU	18	1,5
Implants	255	21,5
Total	1.186	100%

Dans 54,5% des cas, les femmes en union utilisent les méthodes injectables.

3.4.2. Motif d'utilisation

Tableau XIII : Répartition des femmes en union utilisatrices régulières, selon le motif d'utilisation des contraceptifs.

Motif d'utilisation	Nombre	Pourcentage
Espacement des naissances	491	41,4
Limitation des naissances	695	58,6
Total	1.186	100%

Dans 58,6% des cas, il s'agit de limitation des naissances.

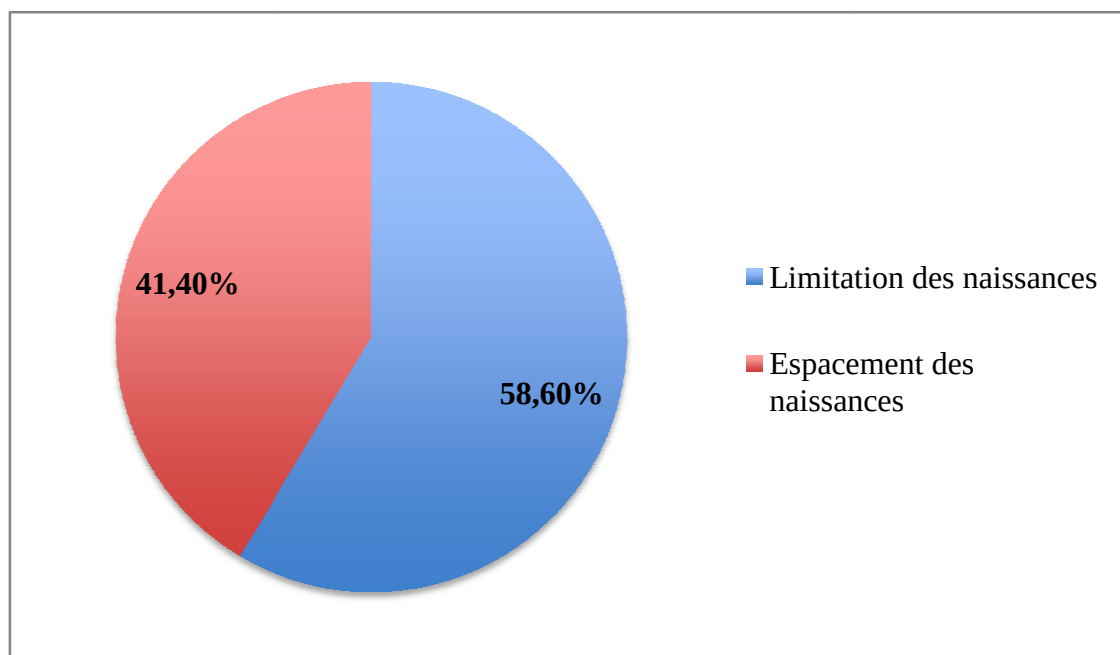


Figure 7 : Pratique de limitation ou d'espacement des naissances chez les femmes en union, utilisatrices des méthodes contraceptives.

3.5. Utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les utilisatrices célibataires

3.5.1. Méthode utilisée

Tableau XIV : Répartition des femmes célibataires utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon la méthode utilisée.

Méthode utilisée	Nombre	Pourcentage
Contraceptifs oraux	186	65,7
Contraceptifs injectables	75	26,5
DIU	-	-
Implants	-	-
Condom	22	7,8
Total	283	100%

Dans 65,7% des cas, les femmes célibataires utilisatrices régulières des méthodes contraceptives utilisent les contraceptifs oraux.

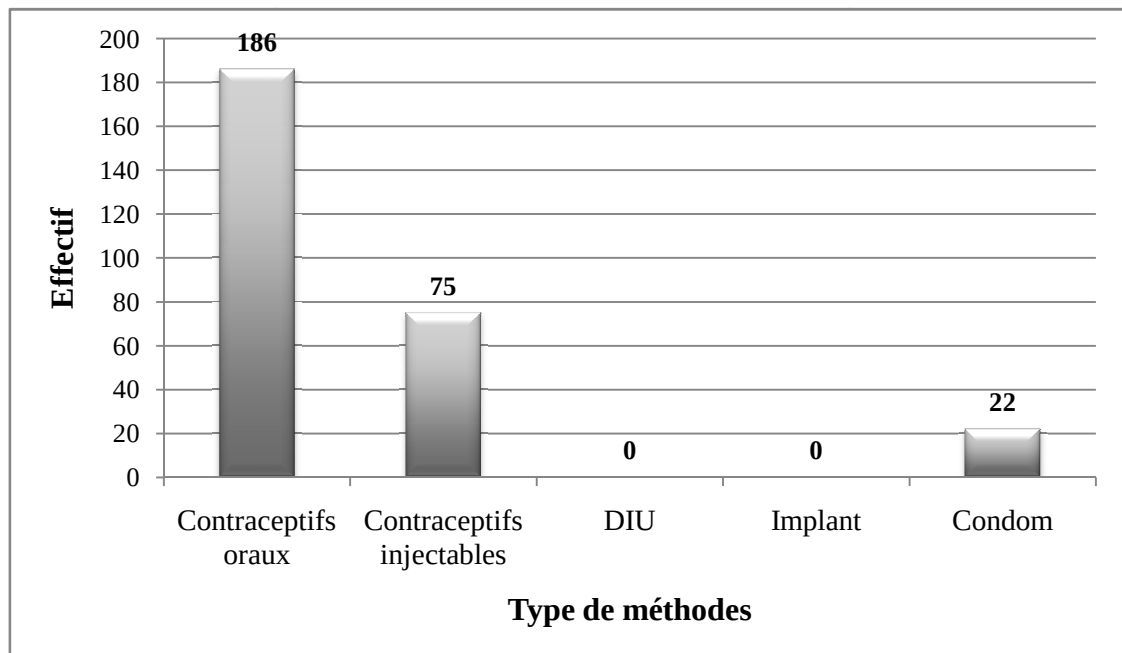


Figure 8 : Diagramme de représentation de l'utilisation des contraceptifs chez les utilisatrices régulières célibataires.

3.5.2. Motif d'utilisation

Tableau XV : Répartition des femmes célibataires utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon le motif d'utilisation.

Motif d'utilisation	Nombre	Pourcentage
Espacement des naissances	76	26,9
Eviter la grossesse	207	73,1
Total	283	100%

Dans 73,1% des femmes célibataires sexuellement actives, il s'agit d'éviter la grossesse.

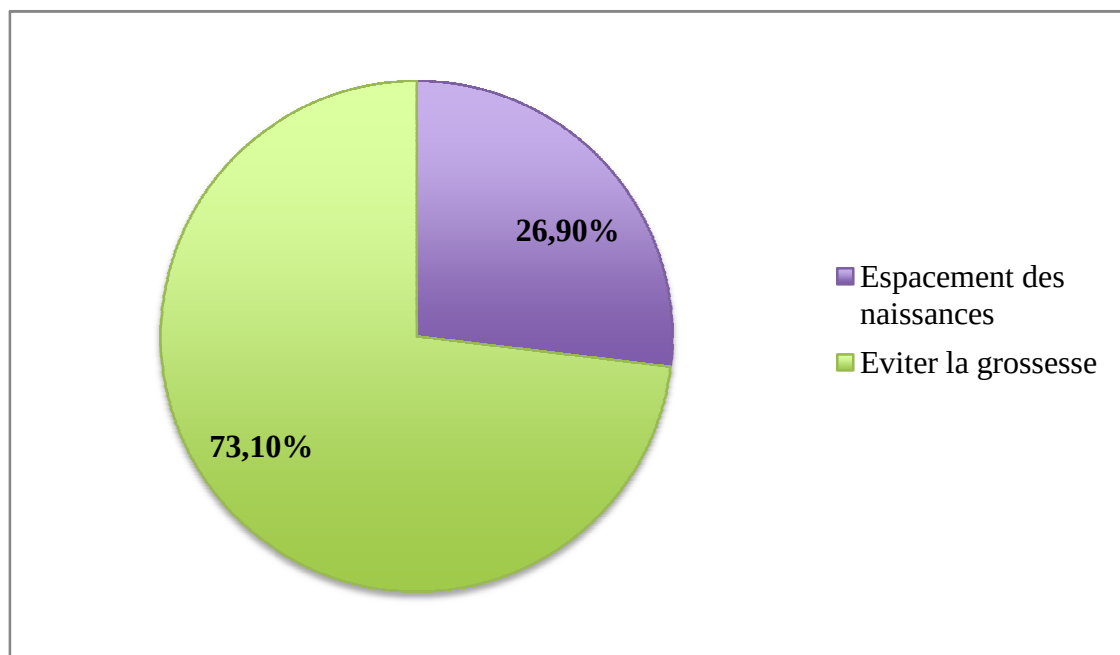


Figure 9 : Motif d'utilisation des méthodes contraceptives chez les célibataires.

3.6. Utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les utilisatrices séparées, divorcées ou veuves

3.6.1. Méthode utilisée

Tableau XVI : Répartition des femmes séparées, divorcées ou veuves, utilisatrices régulières des méthodes contraceptives selon la méthode utilisée.

Méthode utilisée	Nombre	Pourcentage
Contraceptifs oraux	12	4,1
Contraceptifs injectables	92	31,7
DIU	12	4,1
Implants	153	52,8
Condom	21	7,3
Total	290	100%

Dans 52,8% des cas, les femmes séparées, divorcées ou veuves utilisatrices régulières des méthodes contraceptives utilisent les implants.

3.6.2. Motif d'utilisation

Tableau XVII : Répartition des femmes séparées, divorcées ou veuves utilisatrices des méthodes contraceptives selon le motif d'utilisation.

Motif d'utilisation	Nombre	Pourcentage
Espacement des naissances	84	29,0
Limitation des naissances	206	71,0
Total	290	100%

Dans 71% des cas, il s'agit de limitation des naissances.

**TROISIEME PARTIE :
COMMENTAIRES, DISCUSSIONS
ET SUGGESTIONS**

COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

La pratique des méthodes contraceptives modernes a des caractéristiques d'utilisation selon que l'on se trouve en zone urbaine (où les gens sont généralement mieux informés sur la planification familiale) ou en zone rurale. La pratique volontaire du contrôle des naissances passe par une première étape très importante au cours de laquelle la population cible est mise au courant et informée des méthodes disponibles (23).

L'étude que nous avons menée au CSB2 d'Ampasanimalo porte beaucoup plus sur les caractéristiques d'utilisation que sur le système d'information.

1.1. Nombre d'utilisatrices

En 2009, au CSB2 d'Ampasanimalo, 1.844 femmes en âge de procréer ont été enregistrées au service de planification familiale, parmi lesquelles 1.759 sont des utilisatrices régulières. Dans notre étude, les utilisatrices régulières sont celles qui fréquentent régulièrement le service conformément aux rendez-vous donnés. Elles représentent 95,4% des femmes inscrites.

Les utilisatrices irrégulières sont celles qui manquent une ou plusieurs rendez-vous et qui ratent donc l'approvisionnement en plaquettes de pilules ou les injections prévues. Dans notre étude, ce groupe contient les perdues de vue et les cas d'abandon. Ces femmes représentent 4,6% des femmes enceintes en 2009.

1.2. Répartition des utilisatrices régulières

1.2.1. *Tranche d'âge et situation matrimoniale*

Les résultats de notre étude montrent que la tranche d'âge 25 à 34 ans est la plus concernée avec 39,6% de l'ensemble. Dans 66,4% des cas, les femmes utilisatrices régulières des méthodes contraceptives modernes sont des femmes en union.

Au niveau national, selon la dernière enquête démographique et sanitaire, le niveau maximum d'utilisation des méthodes contraceptives se situe entre 25 et 34 ans. Les utilisatrices célibataires représentent 16,1% de l'ensemble des femmes inscrites (23).

1.2.2. *Nombre d'enfants et niveau d'instruction*

Nos résultats rapportent que dans 30,6% des cas, les femmes utilisatrices régulières des méthodes contraceptives modernes ont 4 enfants ou plus. Apparemment, le pourcentage d'utilisatrices semble augmenter avec le nombre d'enfants. Dans plus de 60% des cas, les femmes utilisatrices régulières ont atteint au moins le niveau secondaire. Il faut noter que le CSB2 d'Ampasanimalo n'est pas loin de l'université d'Antananarivo et les utilisatrices régulières qui sont des étudiantes à l'université ne sont pas rares.

1.2.3. *Profession et domicile*

Les utilisatrices régulières sont des étudiantes à l'université dans 26,3% des cas et employées dans le secteur privé et/ou informel dans 45,9% des cas. Elles sont dans la majorité des cas domiciliées à Tsiadana (28,9%), Ampasanimalo (21,9%) et Ampahibe (17,1%).

1.2.4. *Méthodes utilisées*

Nos résultats montrent que les utilisatrices des méthodes contraceptives semblent préférer les méthodes injectables car celles qui utilisent ces méthodes représentent 46,2% de l'ensemble des femmes inscrites. La contraception orale ne concerne que 26,4% des femmes adhérentes au programme de planification familiale et utilisatrices régulières.

1.3. Femmes en union utilisatrices régulières

Dans 54,5% des cas, les femmes en union utilisatrices des méthodes contraceptives modernes ont choisi les méthodes injectables. L'EDS-2004 signalait déjà que quel que soit l'âge, les injectables sont la méthode contraceptive la plus utilisée par les femmes en union.

Le motif d'utilisation est la limitation des naissances dans 58,6% des cas. L'objectif d'espacement des naissances ne concerne que 41,4% des femmes en union.

1.4. Chez les utilisatrices régulières célibataires

Chez les utilisatrices régulières célibataires, les contraceptifs oraux concernent 65,7% des utilisatrices, les méthodes injectables ne concernent que 26,5% des utilisatrices et le condom n'intéresse que 7,8% des femmes pratiquant régulièrement la contraception moderne. Eviter la grossesse est le motif d'utilisation dans 73,1% des cas.

1.5. Chez les utilisatrices régulières séparées, divorcées ou veuves

Les utilisatrices régulières séparées, divorcées ou veuves sont au nombre de 290 au CSB2 d'Ampasanimalo en 2009. Elles représentent 16,5% de l'ensemble des utilisatrices régulières. Dans 52,8% des cas, elles ont opté pour l'implant. Il s'agit probablement d'un choix effectué quand elles étaient encore en union. Celles qui pratiquent les méthodes injectables représentent 31,7% des femmes de ce dernier groupe, les contraceptifs oraux n'étant utilisés que par 4,1% d'entre elles.

Le motif d'utilisation est la limitation des naissances dans 71% des cas. Actuellement, il semble que les jeunes générations ont plus tendance que les anciennes à retarder la venue du premier enfant. De même, on remarque qu'à partir du quatrième enfant l'objectif de limitation de naissances domine et le nombre de femmes utilisatrices régulières des méthodes contraceptives modernes augmentent (24)(25).

Ces résultats montrent qu'un changement de comportement se dessine, les jeunes générations ayant plus tendance que les anciennes à espacer les naissances dès les premières parités en complément de la stratégie qui consiste à retarder la venue du premier enfant (26).

2. SUGGESTIONS

Afin d'améliorer la prévalence contraceptive et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, nos suggestions portent sur :

- le renforcement des activités d'IEC (Information, Education et Communication),
- l'amélioration de l'accès dans la population cible aux méthodes contraceptives modernes.

2.1. Renforcement des activités d'IEC

2.1.1. *Objectif*

L'objectif est de faire connaître toutes les méthodes contraceptives modernes habituellement utilisées ainsi que leur avantages et inconvénients.

2.1.2. *Stratégies*

Les stratégies reposent principalement sur :

- les séances d'IEC en stratégie fixe (CSB2),
- les séances d'IEC en stratégie mobile (au niveau des fokontany),
- l'utilisation de la technique du CCC (Communication pour le Changement de Comportement).

i) Séances d'IEC en stratégie fixe

- Cette stratégie repose sur une organisation en plusieurs groupes des utilisatrices et autres sujets intéressés.
- Les séances pourraient avoir lieu à raison d'une séance par mois pour une organisation en 2 groupes par exemple.
- Les séances d'IEC sont données par un personnel paramédical ayant reçu une formation spécifique au préalable.

ii) Séances d'IEC en stratégie mobile

Ces séances en stratégie mobile pourraient être données dans les fokontany du secteur sanitaire du CSB2 d'Ampasanimalo. Il faudrait cibler les fokontany où les

utilisatrices des services du CSB2 ne sont pas nombreuses (dans le cas ici : Volosarika, Antanimora et Miandrarivo).

La population devrait être informée au préalable par voie d'affichage et par l'intermédiaire du président du fokontany, sur le programme d'IEC qui sera traité, sur les dates, les horaires et le lieu des séances d'IEC.

Dans ces activités proposées, le personnel du CSB2 chargé des séances d'IEC pourrait être aidé par deux ou trois femmes bénévoles de chaque fokontany cible.

iii) L'utilisation de la technique de CCC

- La CCC est un processus interactif et participatif qui engage les communautés, à travers des messages adaptées diffusés au moyen de divers canaux de communication. Elle permet de définir des comportements "modèles", d'encourager leur adoption au niveau individuel, communautaire ou social et de favoriser leur persistance.

- Le processus de changement de comportement comporte au moins 6 stades.

En prenant l'exemple de l'utilisation du condom, les stades pourraient être :

→ L'ignorance

La personne ne connaît et n'envisage pas l'utilisation du condom.

→ La prise de conscience

La personne reconnaît la nécessité d'utiliser un condom.

→ L'acquisition des connaissances et techniques

La personne envisage l'utilisation du condom et se renseigne sur son mode d'utilisation.

→ La motivation

La personne réalise l'avantage de l'utilisation du condom, est motivée à l'utilisation et le teste.

→ Le test du nouveau comportement

La personne utilise le condom d'une manière régulière durant 6 mois au moins.

→ Le maintien du nouveau comportement au-delà de la période d'essai atteste de la réussite du changement de comportement : la personne utilise le condom avec régularité plus de 6 mois.

Certains théoriciens de la CCC ajoutent le stade de la "rechute" c'est-à-dire que la personne cesse d'utiliser le condom tout en reconnaissant les avantages de son utilisation (figure 10).

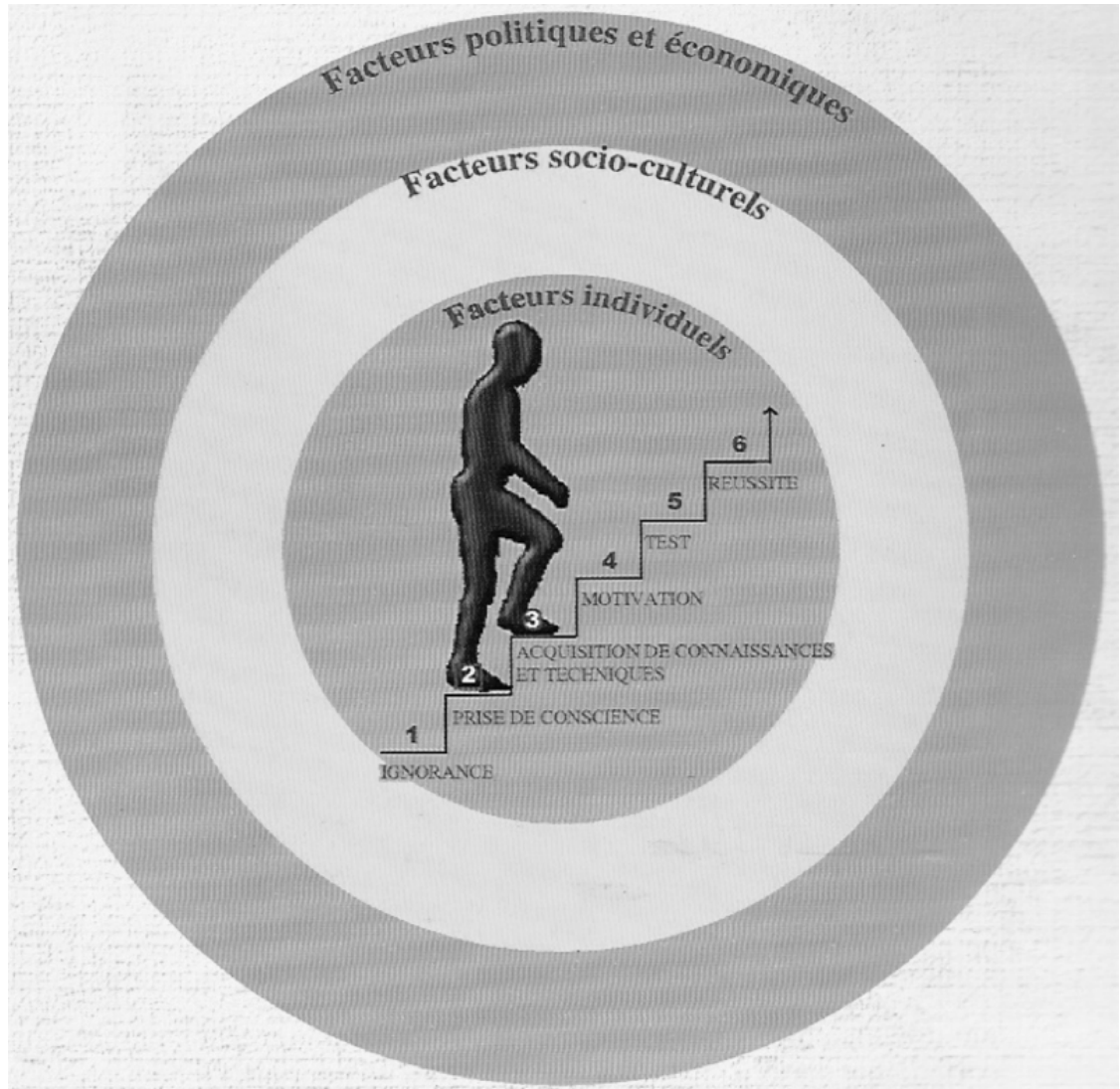


Figure 10 : Les étapes du changement de comportement (27).

Le modèle montre que la modification des attitudes et comportements est un long processus qui prend du temps. Il n'emprunte pas une trajectoire linéaire.

Afin que les malgaches puissent réduire le taux de croissance démographique, il faut qu'ils possèdent les connaissances de base sur les méthodes de planification familiale. Il faut qu'ils adoptent également certaines attitudes fondamentales pour pouvoir changer de comportement en faveur d'une couverture contraceptive adéquate.

Les facteurs déterminants le changement de comportement sont présentés à la figure 11 :

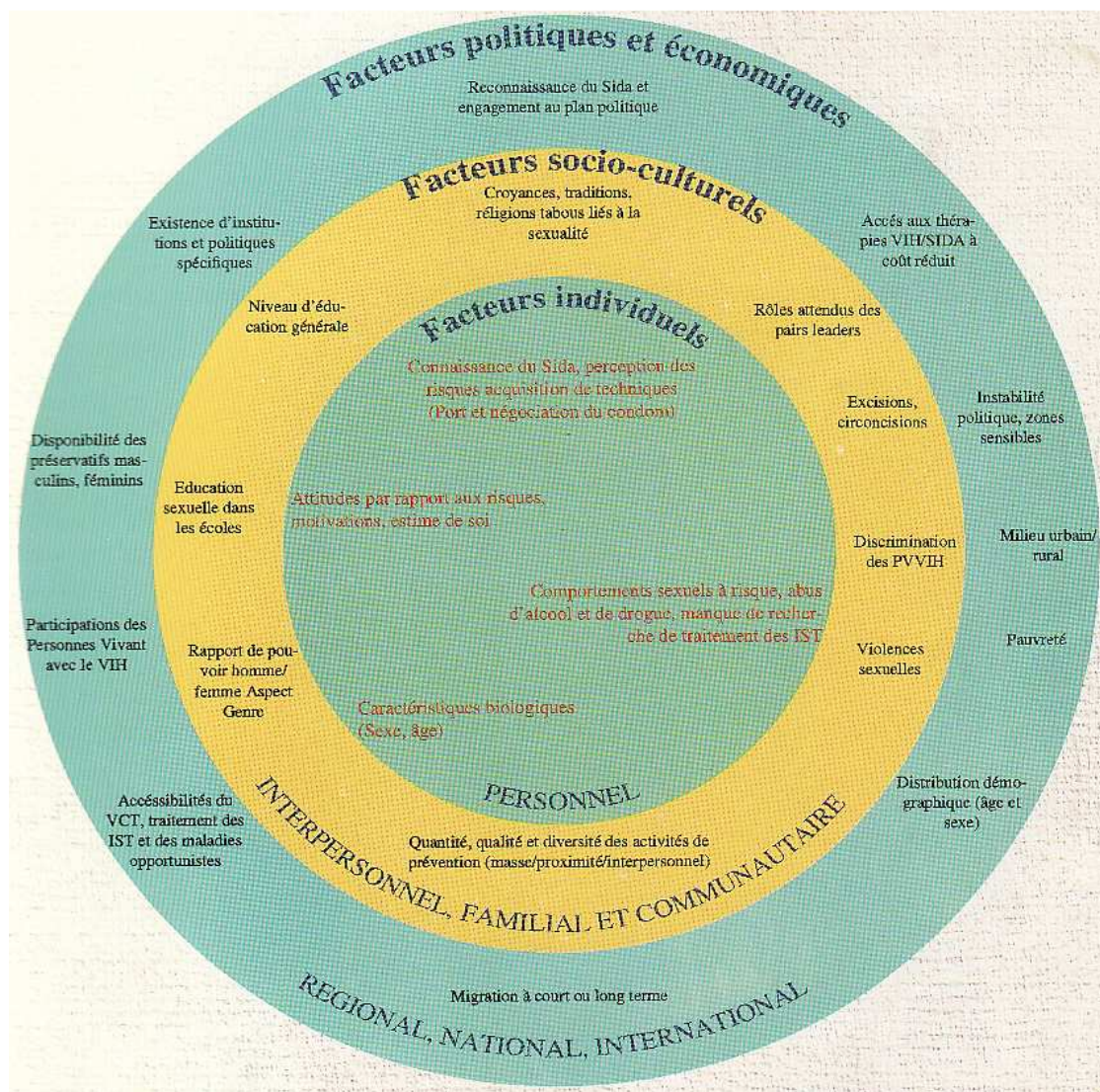


Figure 11 : Facteurs déterminants le changement de comportement (27).

2.2. Amélioration de l'accès aux contraceptifs modernes

2.2.1. Objectif

L'objectif est de faciliter aux femmes en âge de procréer l'accès aux méthodes contraceptives modernes.

2.2.2. Stratégies

Les stratégies reposent sur :

- l'élargissement de l'éventail de méthodes offertes au CSB2,
- l'amélioration de l'accès géographique.

i) Elargissement de l'éventail de méthodes offertes

L'éventail de méthodes offertes devrait comporter au moins :

- Les contraceptifs oraux :
 - contraceptif oral combiné (COC),
 - progestatif seul.
- Les contraceptifs injectables
- DIU
- Condom
- Spermicides

ii) Amélioration de l'accès géographique

Ceci pourrait se faire par exemple par la mise en place d'un centre nouveau de planification familiale dans le fokontany de Miandrarivo.

CONCLUSION

CONCLUSION

Au terme de notre étude sur l'analyse de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes au CSB2 d'Ampasanimalo, les résultats que nous avons obtenus ont permis d'appréhender les modifications intervenues dans l'utilisation des méthodes contraceptives et les problèmes y afférents.

En 2009, au CSB2 d'Ampasanimalo, les femmes utilisatrices régulières des méthodes contraceptives modernes au CSB2 étaient au nombre de 1.759. Les différentes méthodes offertes sont la pilule, le DIU, l'injection, l'implant et le condom ou préservatif masculin. La tranche d'âge la plus concernée est celle de 25 à 34 ans avec 39,6% de l'ensemble des utilisatrices régulières.

Les résultats selon les différentes méthodes montrent que chez les femmes de l'étude, les femmes en union préfèrent les méthodes injectables, tandis que les célibataires semblent opter pour les contraceptifs oraux.

Afin d'améliorer l'utilisation et la couverture contraceptive, notre première suggestion porte sur le renforcement des activités d'Information, Education et Communication ou IEC/planification familiale en double stratégie (fixe au niveau du CSB2 d'Ampasanimalo et mobile au niveau des fokontany). La deuxième suggestion vise à améliorer l'accès des femmes en âge de procréer aux méthodes contraceptives modernes par l'élargissement de l'éventail de méthodes contraceptives offertes au niveau du CSB2, et par l'implantation d'un nouveau centre de planification familiale dans le fokontany de Miandrarivo. Ce centre de proximité de planification familiale donnerait un accès géographique plus facile et aurait probablement un impact positif sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes et sur la couverture contraceptive.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Jamison DT, Breman JG, Measham AR. Priorités en matière de santé. Washington : Banque mondiale, 2006 : 40-95.
2. Medlin CA, Chowdhury M, Jamison DT. Améliorer la santé des populations : leçon tirées de l'expérience. Washington : Banque Mondiale, 2007 : 13-18.
3. Gentilini M. Médecine tropicale. Paris : Flammarion, Médecine-sciences, 1990 : 86-90.
4. Kleiman RL. Vasectomie. Londres : Bull, IPPF, 1982 ; 24 : 13.
5. OMS. La stérilisation féminine volontaire. Genève : OMS, 1999 : 21-26.
6. Gray RH. Manuel pour l'emploi des DIU. Genève : OMS, 1988.
7. Courtien C, Maces P. Contraception : méthodes, efficacité, choix, contre-indications, surveillance. Rev Prat 1998 : 2223-2234.
8. Pineault R, Daveluy C. La planification de la famille : concepts, méthodes, stratégies. Ag Arc Inc 1998 : 17-48.
9. OMS. Contraceptifs injectables, leur rôle en PF. Genève : OMS, 1999 ; 12 : 87-89.
10. PSI Madagascar. Formation en planification familiale. Antananarivo : Inst Tech Educ Mag 2006 : 14-15.
11. Watson WB, Lapham RJ. Les programmes et méthodes de planning familial. Genève : OMS, 1999 ; 14 : 107-128.
12. Carlos M. Planification familiale. Directives médicales et de prestations de services. IPPF, 2003 : 205.
13. Jamison DT, Mills A, Musgrove P and Al. Planning familial : priorités en matière de santé. Washington : Banque Mondiale, 2006 : 90-95.

14. Demeny P. Social science and population policy. Population and development review, 2001 : 450-479.
15. Drucker PP. The new realities. New York : Harper and Row Publishers, 2000.
16. Ki-zerbo J. Quel développement pour quelle coopération ? Prélude, 1988.
17. Pomey MP, Poullier JP, Lejeune B. Santé publique. Paris : Ellipses, 2000.
18. Ela JM. Intégrer population et développement : l'explosion démographique. L'Harmattan, 1999 : 48-50.
19. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé : indicateurs d'utilisation de services. Agence d'Arc Inc 1999 : 191-203.
20. Grais B. Statistique descriptive. Paris : Dunod, 2008.
21. Dabis F, Drucker J, Moren A. Epidémiologie d'intervention. Paris : Arnette, 1988.
22. Hennekens CH, Buring JE. Epidemiology in medicine. Boston : Little Brown, 2001 : 132-177.
23. Randriamanjakaso JH, Mariko S. Fécondité. EDS, 2004 : 57-58.
24. Rambeloson V. Planification familiale. EDS, 2008 : 71-78.
25. Ministère de la Santé et du Planning Familial. Politique Nationale de la Santé de l'enfant. Antananarivo : Min San PF 2005.
26. Ministère de la Santé et du Planning Familial. Données et indicateurs démographiques à Madagascar. Projet FAC et MSPF, 2004.
27. Présidence de la République. Madagascar, Stratégie de communication. Antananarivo : CNLS, 2004 : 14-15.

VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamafady na hanamoràna famitàn-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : **Professeur ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : **Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa**

Name and first name : ANDRIANARISON Nambinintsoa

**Title of the thesis : “ANALYTICAL STUDY OF THE USE OF MODERN
CONTRACEPTIVE METHODS”**

Heading : Public Health

Number of figures : 09 Number of pages : 40

Number of tables : 27 Number of bibliographical references : 27

SUMMARY

"Analytical study of the use of modern contraceptive methods" is a study which main objective is to suggest strategies for improving the use and coverage of modern contraception.

Carried out to CSB2 Ampasanimalo on data from 2009, the results show that of the 1,759 registered regular users, the age group 25-34 years is most concerned. Married women seem to prefer injectables, while single instead opt for oral contraception.

To improve the use and coverage of modern contraceptive methods, our suggestions have focused on strengthening the activities of Information Education and Communication or IEC on the one hand, and on improving women's access to childbearing age to contraceptive methods on the other hand, through the enlargement of the range of available methods and the implementation of a new family planning clinic to Miandrarivo.

**Key-words : Accessibility - Contraceptive Coverage - Modern
methods of contraception - Family Planning - Using.**

**Director of the thesis : Professor ANDRIANAMPANALINARIVO HERY
Rakotovao**

Reporter of the thesis : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Address of author :

Nom et Prénom : ANDRIANARISON Nambinintsoa

**Titre de la thèse : « ETUDE ANALYTIQUE DE L'UTILISATION DES
METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES »**

Rubrique : Santé publique

Nombre de figures : 11 Nombre de pages : 40

Nombre de tableaux : 27 Nombre de références bibliographiques : 27

RESUME

« Etude analytique de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes » est une étude qui a pour objectif principal de suggérer des stratégies d'amélioration de l'utilisation et de la couverture de la contraception moderne.

Réalisée au CSB2 d'Ampasanimalo sur les données de l'année 2009, les résultats obtenus montrent que sur les 1.759 utilisatrices régulières enregistrées, la tranche d'âge 25-34 ans est la plus concernée. Les femmes en union semblent préférer les méthodes injectables, tandis que les célibataires optent plutôt pour la contraception orale.

Afin d'améliorer l'utilisation et la couverture des méthodes contraceptives modernes, nos suggestions ont porté sur le renforcement des activités d'Information, Education et Communication ou IEC d'une part, et sur l'amélioration de l'accès des femmes en âge de procréer aux méthodes contraceptives d'autre part, par le biais de l'élargissement de l'éventail de méthodes offertes et l'implantation d'un nouveau centre de planification familiale à Miandrarivo.

**Mots-clés : Accessibilité – Couverture contraceptive – Méthodes
modernes de contraception – Planification familiale –
Utilisation.**

Directeur de thèse : Professeur ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Adresse de l'auteur :