

RAMORASATA Haingomalala

LA CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE FEMININE DU POST-
PARTUM A LA MATERNITE DE BEFELATANANA EN 2001

Thèse de Doctorat en Médecine

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE

Année 2003

N°6691

**LA CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE FEMININE DU POST-
PARTUM A LA MATERNITE DE BEFELATANANA EN 2001**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le 25 Août 2003

à Antananarivo

Par

Madame RAMORASATA Haingomalala
Née le 05 Novembre 1974 à Befelatanana

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

MEMBRES DU JURY

Président : Professeur **KAPISY JULES Flaubert**
Juges : Professeur **RAKOTOMANGA Jean De Dieu Marie**
Professeur **RANDRIARIMANGA R. H. Blaise**
Rapporteur : Docteur **ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana**

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE
Année universitaire 2002-2003

I- DIRECTION

DOYEN :

M. RAJAONARIVELO Paul

VICE DOYEN

-Administration et Finances

M. RAMAKAVELO Philippe

-Appui à la Recherche et Formation Continue
Fahafahantsoa

M. RAPELANORO RABENJA

-Relations Internationales

M. RAKOTOBE Pascal

-Relations avec les institutions et Partenariat

M. RASAMINDRAKOTROKA Andry

-Ressources humaines et Pédagogie

M. RAMAKAVELO Maurice Philippe

-Scolarité et Appui à la Pédagogie
Roland

M. RAKOTOARIMANANA Denis

-Troisième cycle long , Enseignement
Rakotomanantsoa

M. RANAIVOZANANY Andrianady

M. RABENATOANDRO

post-universitaire , CAMES et Titularisation
Fahafahantsoa

M. RAPELANORO RABENJA

C- CHEF DE DEPARTEMENT

- Biologie

M. RASAMINDRAKOTROKA Andry

-Chirurgie

M. RANAIVOZANANY Andrianady

-Médecin

M. RABENATOANDRO

Rakotomanantsoa

-Mère et Enfant

M. RAVELOMANANA Noëline

-Santé Publique

M. RANJALAHY Rasolofomanana

Justin

-Sciences Fondamentales et Mixtes

M. RAMIALIARISOA Angeline

-Tête et cou

Mme. ANDRIANTSOA

RASOAVELONORO

Violette

II- PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE :

M. RAJAONARIVELO Paul

III- COLLEGE DES ENSEIGNANTS

PRESIDENT :

Pr .RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

ENSEIGNANTS PERMANENTS

1) PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

Immunologie Pr .RASAMINDRAKOTROKA Andry

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie thoracique Pr. RANAIVOZANANY Andrianady

- Clinique chirurgicale et disciplines apparentées Pr. RAMONJA Jean Marie

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

-Endocrinologie et metabolisme Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

-Médecine Légale Pr. SOAVELO Pascal

-Néphrologie Pr. RAJAONARIVELO Paul

Pr. RABENATOANDRO Rakotomanantsoa

-Neuropsychiatrie Pr. ANDRIAMBAO Damasy Seth

-Neurologie Pr. TEHINDRAZANARIVELO Alain

Djacoba

-Pneumologie-Phtisiologie Pr. ANDRIANARISOA Ange

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

-Pédiatrie Pr. RANDRIANASOLO Olivier

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

-Administration et Gestion Sanitaire Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA
RAHANTALALAO Henriette

-Education pour la Santé Pr. ANDRIAMANALINA Nirina

-Médecine du Travail Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie

-Santé familiale Pr. RANJALAHY Rasolofomanana

Justin

-Santé Communautaire Pr. RANDRIANARIMANANA

Dieudonné

-Santé Publique et Recherche Pr. ANDRIAMAHEFAZAFY Barrysson

-Statistiques et Epidémiologie Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu

Marie

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

-Anatomie Pathologique Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel

Pr .RANDRIANJAFISAMINDRAKOTR

OKA

-Anesthésie – Réanimation
Nantenaina Soa
Pr. FIDISON Augustin
Pr. RANDRIAMIARANA Joel
Pr. RAMIALIHARISOA Angeline

DEPARTEMENT TETE ET COU

-Ophtalmologie
RASOAVELONORO
Pr.ANDRIANTSOA
Violette
Pr. BERNARDIN Prisca
-ORL et Chirurgie Cervico- faciale
Pr. RABENANTOANDRO Casimir
-Stomatologie
Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné
-Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. RAKOTOBE Pascal

1) PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BILOGIE

-Biochimie
Pr. RANAIVO HARISOA Lala

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

-Dermatologie
Pr.RAPELANORO Rabenja Fahafahantsoa
-Radiothérapie- Oncologie Médicale
Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINA
Florine

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

-Pédiatrie
RAZAFIARIVAO
Pr. RAVELOMANANA

Noeline
Pr.RAOBIJAONA Honoré

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

-Nutrition et Alimentation
Pr. ANDRIANASOLO Roger

DEPARTEMENT TETE ET COU

-Neuro-chirurgie
Pr. ANDRIAMAMONJY Clément
-Ophtalmologie
Pr.RASIKINDRAHONA Erline

2) MAITRES DE CONFERENCES :

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

-Obstétrique

M . RAZAKAMANIRAKA Joseph

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique

Pr. M RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

PROFESSEURS EMERITES

Pr.ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
Suzanne U.

Pr. RAKOTO- RATSIMAMANGA

Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand

Pr. RAKOTOZAFY Georges

Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur

Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe

Pr. ANDRIANJATOVO Joseph

Pr. RANDRIAMAMPANDRY

Pr. AUBRY Pierre

Pr.RANDRIAMBOLOLONA Aimée

Pr. KAPISY Jules Flaubert

Pr.RANDRIANARIVO

Pr. MANAMBELONA Justin
Blaise

Pr.randriarimanga Ratsiatery Honoré

Pr. RABARIOELINA Lala

Pr.RASOLOFONDRAIBE Aimé

Pr. RABETALIANA Désiré
Pierre

Pr. RASOLONJATOVO Andriananja

Pr. RADESA François de Sales

Pr. RATOVO Fortunat

Pr. RAHAROLAHY Dhels

Pr. RATSIVALAKA Razafy

Pr. RAJAONA Hyacinthe

Pr.RAZAKASOA Armand Emile

Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland

Pr. RAZANAMPARANY Marcel

Pr.RAKOTOMANGA Robert

Pr. SCHAFFNER RAZAFINDRAHABA
Marthe

Pr. RAKOTOMANGA Samuel

Pr. ZAFY Albert

IN MEMORIAM

Pr.ANDRIANTSEHENO Raphael

Pr.RAKOTO-RATSIMAMANGA Albert

Dr.RABEDASY Henri

Pr. RAKOTOSON Lucette

Pr. RAJAONERA Frédéric

Pr. Pr.RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana

Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder

Pr.RAMAHANDRIARIVELO Jhonson

Pr.ANDRIAMAMPIHATONA Emmanuel

Pr.RAMANANIRINA Clarisse

Pr. ANDRIAMASOMANANA Velson

Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa

Pr.ANDRIAMIANDRA

Pr.RANIVOALISON Denys

Pr. MAHAZOASY Ernest

Pr RATSIFANDRIHAMANANA Bernard

Pr.RAJAONERA Richard

Pr. RAVELOJAONA Hubert

Pr. RAKOTOBÉ Alfred

Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme

Pr. RAKOTONIAINA Patrice

Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme

Pr. RANAIVOARISOLO Raymond

IV- ADMINISTRATION

A- SECRETAIRE PRINCIPAL

Mme RASOAMANALINARIVO Sahondra H.

B- CHEFS DE SERVICES

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. ADMINISTRATION ET FINANCES | M.RANDRIARIMANGA Henri |
| 2 .APPUI A LA RECHERCHE ET
FORMATION CONTINUE | M.RAZAFINDRAKOTO Willy Robin |
| 3.RELATIONS AVEC LES INSTITUTIONS | M. RAMARISON Elysée |
| 4. RESSOURCES HUMAINES | Mme RAKOTOARIVELO Harimalala |
| F. | |
| 5. SCOLARITE ET APPUI A LA PEDAGOGIE. | Mme RAZANAJAONA Mariette |
| 6.TROISIEME CYCLE LONG | M.RANDRIANJAFIARIMANANA |
| Charles | |
| | Bruno |

I Cor 15 :10 « *Par la grâce de Dieu je suis ce que je suis, et sa grâce envers moi n'a pas été vaine ; loin de là, j'ai travaillé plus que tous, non pas moi toutefois, mais la grâce de Dieu qui est avec moi* »

JE DEDIE CETTE THESE :

- Au seigneur JESUS-CHRIST

- A mes parents : de toutes leurs années de labeurs, de tout leur dévouement,« les fruits ne mûrissent qu'en leur temps et on les cueille le moment venu», veuillez donc retrouver ici le fruit d'une longue attente. Merci infiniment.

- A mon mari **ZOU** :ton amour, tes encouragements, ta compréhension, ta patience m'ont beaucoup aidée. Merci

- A mon fils **FITIA**, ta présence m'a donné courage, que Dieu te bénisses.

- A mon oncle **RANDRIANARISON** et sa famille, recevez ici ma profonde et sincère reconnaissance

- A toute ma famille

- A tous ceux ou celles qui m'ont soutenue durant mes études.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur, Le Docteur **KAPISY JULES FLAUBERT**.

- Professeur Emérite de Chirurgie à la Faculté de Médecine d'Antananarivo .
- Ancien Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de Soavinandriana.

Vous nous avez accueilli toujours cordialement et avez fait preuve de rigueur dans la conduite de ce travail.

Nous vous exprimons ici notre admiration et notre reconnaissance.

A NOS MAITRES ET JUGES

Monsieur, Le Docteur **RAKOTOMANGA JEAN DE DIEU MARIE**
-Professeur titulaire de Chaire de Santé Publique à la Faculté de Médecine
d'Antananarivo.

Monsieur, Le Docteur **RANDRIARIMANGA R. H. BLAISE.**
- Professeur Emérite de Traumatologie et d'Anatomie à la Faculté de
Médecine d'Antananarivo.
- Ancien Chef de service au Chirurgie III Centre Hospitalier Universitaire
Ampefiloha Antananarivo.

*Ils nous font l'honneur de juger ce modeste travail. Qu'il nous soit permis de
leur exprimer notre gratitude et notre haute estime.*

A NOTRE RAPPORTEUR DE THESE

Monsieur ,Le Docteur **ANDRIAMANARIVO MAMY LALATIANA**

Chef de Clinique en Chirurgie Pédiatrique au Centre Hospitalier Universitaire
Ampefiloha Antananarivo.

*Vous nous faites le grand bonheur d'être le rapporteur de cette thèse. Veuillez
trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance et nos sincères
remerciements.*

A NOTRE MAITRE ET DOYEN de la Faculté de Médecine
d'Antananarivo Professeur RAJAONARIVELO Paul.

Tous nos respects

A tous nos maîtres et Enseignants de la Faculté de Médecine
d'Antananarivo.

Qu'ils acceptent notre humble hommage

A tous ceux qui de près ou de loin, ont contribué à l'élaboration de
Travail

Nos vifs remerciements

LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CCVF : Contraception Chirurgicale Volontaire Féminine

DIU : Dispositif Intra-Utérin

LST : Ligature Section des Trompes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

FNUAP : Fond des Nations Unies pour les Activités de la Population

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

COC : Contraceptifs Oraux Combinés

COP : Contraceptifs Oraux Progestatifs

CI : Contraceptifs Injectables

CO : Contraceptifs Oraux

AG : Anesthésie Générale

AL : Anesthésie Locale

EV : Enfants Vivants

MAMA : Méthode d'Allaitement Maternel et Aménorrhée

LISTES DES TABLEAUX

Tableau N°	Pages
1-Nouvelles utilisatrices de planification familiale	54
2-CCVF par mini laparotomie sous-anesthésie locale 55	
3-Bilan annuel des CCVF en post-partum	55
4-Bilan trimestriel des CCVF en post-partum 55	
5-Répartition mensuelle des volontaires en post-partum	56
6-Nos observations	57
7-Répartition selon l'âge 59	
8-Répartition selon la gestité	60
9-Répartition selon la parité	61
10-Répartition selon le niveau intellectuel	62
11-Répartition selon le nombre d'enfants vivants	63
12-Répartition selon la contraception antérieure	64
13-Répartition selon les suites opératoires	65

LISTES DES SCHEMAS

NUMEROS_	PAGES
1-Organes génitaux externes féminins	3
2-Appareil génital interne féminin	5
3-Coupe sagittale du bassin féminin	6
4-Anatomie de la trompe utérine	9
5-Système artériel de la trompe et de l'ovaire	11
6-Les situations de l'utérus après l'accouchement	14
7-Méthode par le Fallope ring de YOON	35
8-Méthode de MADLENER	36
9-Méthode de ROUCHY ANGERS	37
10-Méthode de OXFORD STALL WORTHY	38
11-Méthode d'IRVING	39
12-Méthode de POMEROY	40
13-Technique de POMEROY modifié	41
14-Fimbriectomie de KROENER	42
15-Procédé de KIRKCHCHOFF	43
16-Technique d'UCHIDA	44
17-Les types d'incisions de mini laparotomie	46

LISTES DES FIGURES

<u>NUMEROS</u>	<u>PAGES</u>
1-Répartition mensuelle des volontaires en post-partum	56
2-Age des opérées	
	59
3-Gestité des opérées	
	60
4-Parité des opérées	
	61
5-Niveau intellectuel des opérées	62
6-Nombre d'enfants vivants des opérées	63
7-Contraception antérieure des opérées	64
8-Suites opératoires	
	65

SOMMAIRE

	Pages
Introduction	1
Première partie	
1– Rappels anatomiques de l'organe de reproduction féminine	3
1.1- Organes génitaux externes de la féminine	3
1.2- Organes génitaux internes de la femme	4
2-La Planification familiale	15
2.1- Définition	15
2.2- Les bienfaits de la planification familiale	16
2.3- Les différents types de méthodes contraceptives	17
2-3-1- Méthodes barrières	17
a) Les préservatifs	17
b) Diaphragmes	17
c) Les capes cervicales	18
d) Les spermicides	18
e) L'éponge vaginale contraceptive	18
2-3-2- Les méthodes dites naturelles	18
2-3-2-1- Abstinence périodique	19
a) Méthode de la courbe thermique	19
b) Méthode de la glaire cervicale	19
c) Méthode sympto-thermique	20
d) Méthode du calendrier ou des rythmes	20
2-3-2-2- Coït interrompu	20
2-3-3- Méthodes médicales	20
2-3-3- 1- Contraception hormonale	20
a) les contraceptifs oraux	20
b) Les contraceptifs injectables	21
c) Les implants sous-cutanés	21

d) La contraception d'urgence post-coitale	21
2-3-3- 2- Méthode mécanique : DIU	22
2-3-3- 3- Méthodes chirurgicales	22
a) Vasectomie	22
b) Stérilisation féminine	22
2-3-4- Méthodes traditionnelles	22
2-3-4-1- MAMA	23
2-3-4-2- Les décoctions et infusions	23
3-La contraception chirurgicale volontaire féminine	24
3-1- Définition	24
3-2 Les avantages et les inconvénients	24
3-2-1- Les avantages	24
3-2-2- Les inconvénients	24
3-3- Les critères de qualité	25
3-3-3- L'efficacité	26
3-3-2- La sécurité	26
3-3-3- La tolérance	26
3-3-4- L'acceptabilité	26
3-3-5- La réversibilité	26
3-3-6- Le coût	27
3-4- Les contre- indications	27
3-4-1- Les contre-indications absolues temporaires	27
3-4-2- Contre-indications spécifiques à la CCV du post-partum	29
3-4-3- Les contre-indications particulières à chaque technique	29
3-5- Les indications	30
3-5-1- Convenances personnelles	30
3-5-2- Indications médicales	30
3-5-2-1- Indications pour une pathologie médicale	30
3-5-2-2- Indications pour la fragilité utérine	31

3-5-2-3- Indication pour éviter le récurrence d'un prolapsus opéré	31
3-5-2-4- Autre	31
3-5-3- Indications démographiques	31
3-6- Les différentes techniques	31
3-6-1- Les voies d'abord	31
a) Voies abdominales	32
b) Voies vaginales	32
3-6-2- Les procédés d'occlusion tubaire	33
a) Procédés de tubo-ligature	33
b) Procédés de tubo-oblitération	33
c) Procédés de tubo-section	33
d) Procédés de tubo-resection	33
e) Procédés de tubo-exclusion	34
f) Procédés d'ovaro-exclusion	34
3-6-3- Autres méthodes de stérilisation	34
a) Techniques coelioscopiques	34
b) Méthodes culdoscopiques	35
c) Méthodes hystéroscopiques	35
d) Méthodes trans-utérines aveugles	35
3-6-4- La technique opératoire des différents procédés	36
a) Procédés de MADLENER	36
b) Procédés de PURANDARE de BOMBAY	37
c) Procédé d'EVANS	37
d) Clip en plastique de BLEIER	36
e) Procédé de ROUCHY D'ANGERS	37
f) Procédé d'OXFORD ou de STALL WORTHY	38
g) Procédé d'IRVING	39

h) Technique de POMEROY	40
i) Opération de POMEROY modifié	41
j) Fimbriectomie de KROENER	42
k) Procédé de KIRKCHOFF – LABARHDT- MERZ	43
l) Procédé d'UCHIDA	44
m) Procédé d'ALDRIDGE	45
n) Procédé de WOODS	45
o) Procédé de MAGHOUB	45
p) Procédé d' ALIPIO AUGUSTO CAMELO	45
3-7- La mini-laparatomie du post-partum	46
3-7-1- Modes d'anesthésie	46
3-7-2- La voie d'abord	46
3-7-3- Les gestes tubaires	47
3-7-4- Les suites opératoires	47
3-7-5- Les conséquences de la stérilisation	48

Deuxième partie

1 – Objectifs	49
2 - Cadre de l'étude	49
2-1- Présentation	49
2-1 –1- Unité technique	50
2-1 –2- Unité de physiologie obstétricale	50
2-1 –3- Unité de pathologie obstétricale	50
2-1 –4- Unité de gynécologie et de réanimation	50
2-1 –5- Unité de soins externes	51
2-1 –6- Unité de néonatalogie	51
2-1 –7- Centre de Santé de la reproduction	51

2-2- Personnels techniques et administratifs	52
3 - Méthodologie	52
3-1- Méthode d'Etude	52
3-1-1- Evaluation préopératoire de la patiente	52
A- Evaluation psychosociale	52
B- Evaluation médicale	52
3-1-2- Accord en vue d'une stérilisation volontaire féminine	53
3-2- Matériels d'Etudes	53
3-2-1- Fiches individuelles de consultation	53
3-2-2- Le cahier de registre des CCV F aux blocs opératoires	53
4 - Résultats	54
4-1- Fréquence	54
4-2- Aspects épidémiologiques	59
a) Age	59
b) Gestité	60
c) Parité	61
d) Niveau intellectuel	62
e) Nombre d'enfants vivants	63
f) Antécédents	64
g) Suites opératoires	65
	<u>Troisième partie</u>
1 – Commentaires	66
1.1- Habitudes du service	66
1.2- Aspects épidémio-cliniques	68
1-2-1- Fréquence de la CCVF	68
a) Age	69
b) Gestité	69

c) Parité	70
d) Niveau intellectuel	70
e) Nombre d'enfants vivants	71
f) Antécédents	71
g) Suites opératoires	72
h) La situation matrimoniale	72
SUGGESTIONS	72
CONCLUSION	76
BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

La stérilisation féminine, connue également sous le nom de contraception chirurgicale volontaire féminine (CCVF), est un acte chirurgical qui consiste à interrompre volontairement et définitivement la fonction de reproduction chez la femme.

C'est une intervention simple et sans danger, on peut en général la faire sous simple anesthésie locale associée à une légère sédation. C'est un moyen sûr pour ne plus avoir d'enfant, usant une technique qui se pratique couramment en milieu obstétrical notamment dans les pays en développement.

On l'utilise dans le cas des femmes dont la vie pourrait être en danger si elles attrapent une nouvelle grossesse en raison de leur état de santé.

On a également recours à cette méthode dans les pays en voie de développement qui pratiquent une politique de planification familiale.

La stérilisation féminine est la méthode de planification familiale la plus répandue dans le monde et c'est aussi l'une des plus efficace, 95 millions de couples se servent de cette procédure pour maîtriser leur fécondité de façon permanente et efficace. (1)

Durant la dernière décade, l'intérêt à l'égard de la stérilisation chirurgicale volontaire a évolué rapidement, essentiellement du fait du développement de la laparoscopie et de la mini laparotomie. (2)

Notre étude concernant la contraception chirurgicale volontaire féminine du post-partum par mini laparotomie sous-ombilicale au Centre Hospitalier Universitaire de Befelatanana en l'an 2001, s'appuie sur des objectifs qui, seront précisés au début de notre travail.

Pour faciliter la compréhension, nous avons adopté le plan suivant :

- Une première partie qui comprend la revue de littérature, avec quelques définitions et rappel sur l'anatomie de l'appareil de reproduction féminine, sur la planification familiale et sur la contraception chirurgicale volontaire féminine.

- Une deuxième partie qui comporte notre étude proprement dite.

- Une troisième partie consacrée aux commentaires, discussions et suggestions.

Nous terminons notre ouvrage par une conclusion générale.

1- Rappels anatomiques de l'appareil de reproduction féminine.

1-1- Les organes génitaux externes (3)(4)

On désigne sous le nom de vulve l'ensemble des organes génitaux externes de la femme.

La vulve est occupée à sa partie moyenne par une dépression médiane, au fond de laquelle s'ouvrent l'urètre et le vagin. Cette dépression est appelée vestibule. Elle est limitée de chaque côté par la grande lèvre en dehors, et la petite lèvre au-dedans.

Enfin, deux glandes sont annexées à la vulve, elles sont connues sous le nom de glandes de Bartholin ou de glandes vestibulaires.

L'hymen forme la limite entre les organes externes et internes chez une petite fille vierge.

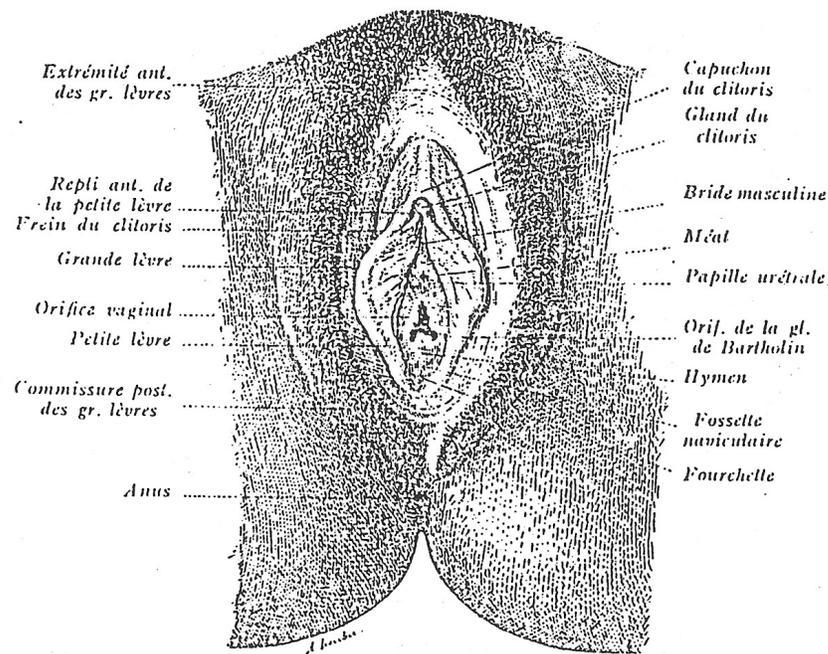


Schéma n°1 : organes génitaux externes d'une vierge, vus après écartement des grandes lèvres et petites lèvres (5)

1-2- Les organes génitaux internes de la femme(6)(7)

❖ Le vagin

C'est un conduit musculo-membraneux, qui s'étend du col utérin à la vulve, mesure en moyenne 8- 10 cm de long, médian, souple, élastique et contractile, solidement fixé au plancher du releveur.

Il représente un véritable moyen de soutien pour les organes génito-urinaires qui le surplombent.

Le vagin est l'organe de copulation normale.

❖ L'utérus

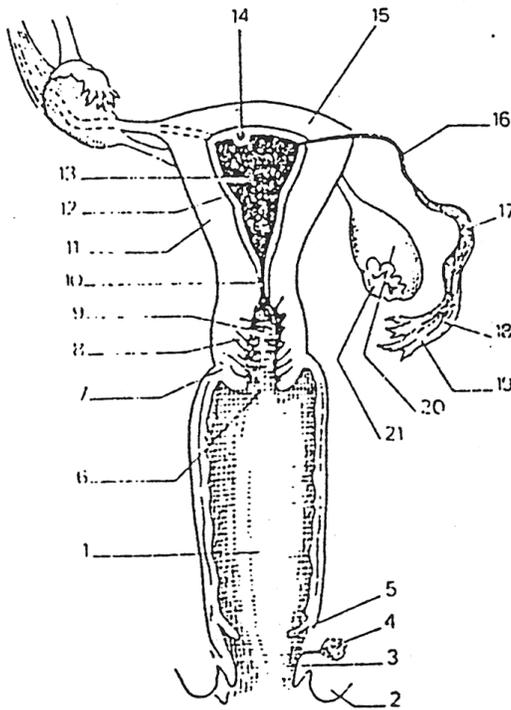
C'est l'organe destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son évolution et à expulser quand il est arrivé à son complet développement.

C'est un organe médian situé dans le bassin entre:

- en avant, la vessie
- en arrière, le rectum
- en haut, l'intestin grêle et le colon pelvien
- en bas, le vagin

L'utérus a grossièrement la forme d'un tronc de cône à sommet inférieur auquel on distingue de haut en bas :

- le corps
- l'isthme
- le col



1 : cavité vaginale ; 2 : grande lèvre ; 3 : petite lèvre ; 4 : glande de Bartholine ; 5 : hymen ; 6 : orifice cervical ; 7 : insertion du vagin sur le col utérin ; 8 : glandes du col ; 9 : cavité cervicale ; 10 : isthme utérin ; 11 : myomètre ; 12 : endomètre ; 13 : cavité utérine (virtuelle) ; 14 : œuf récemment nidé ; 15 : corne utérine ; 16 : portion isthmique de la trompe ; 17 : ampoule tubaire ; 18 : lieu habituel de la fécondation ; 19 : pavillon tubaire ; 20 : ovaire ; 21 : corps jaune.

Schéma n°2 appareil génital interne de la femme. Coupe frontale montrant la cavité et la texture.(8)

Schéma n°3: coupe sagittale para médian du bassin féminin.(9)

❖ Les ovaires

Ils sont au nombre de deux, droit et gauche, à la fois glandes génitales reproductives des ovules et glandes endocrines.

Ils ont la forme et la taille d'une amande verte, de couleur nacré à surface chagrinée, vestige d'un phénomène d'ovulation chez l'adulte.

Ce sont des organes extrêmement mobiles, non enveloppés par du péritoine viscéral, donc libre dans la grande cavité abdominale.

❖ Les trompes utérines ou de Fallope(4)(10)(11)

Ce sont deux conduits musculo-membraneux, situé dans l'aileron supérieur du ligament large.

Leur longueur est de 10 à 14 cm.

Leur diamètre extérieur, mesurant environ 3 mm à l'angle de l'utérus, augmente progressivement du dedans au dehors et atteint à son extrémité externe 7 à 8 mm.

On distingue à chaque trompe, quatre parties qui sont de dedans en dehors:

•La portion interstitielle

Elle est située dans l'épaisseur de la paroi utérine. Longue de 1cm, son diamètre intérieur est de 0.5millimètre ;

Elle commence par un étroit orifice, l'ostium uterinum, au sommet de l'angle supéro-externe de la cavité utérine, traverse la paroi de l'utérus et continue au sommet de l'angle de l'utérus avec l'isthme de la trompe.

•L'isthme tubaire

il fait suite à la portion interstitielle de la trompe et se détache du sommet de l'angle de l'utérus.

- longueur 3 à 6 cm
- diamètre externe 3 à 4 mm
- diamètre interne 2 à 3 mm

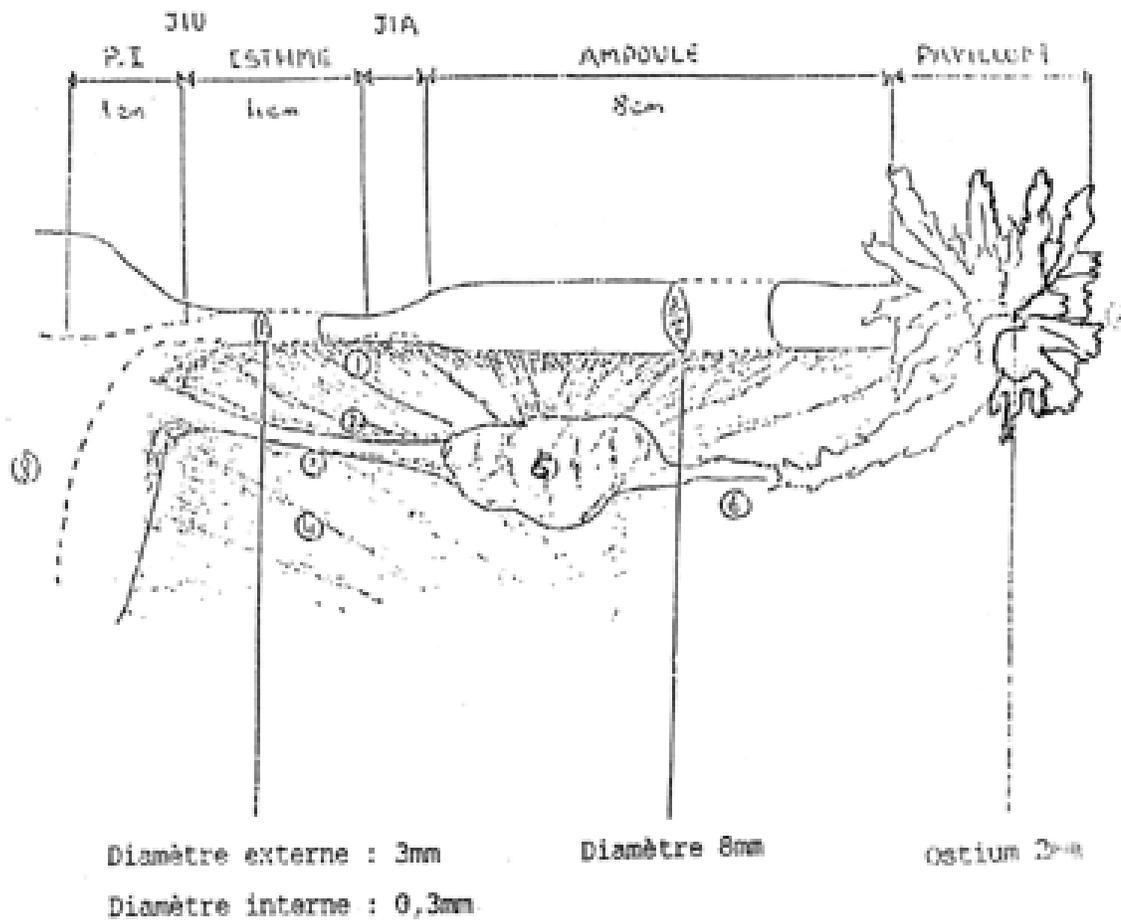
- aspect rectiligne
- paroi épaisse et ferme

•**L'ampoule tubaire**

- constitue la portion la plus longue et la plus volumineuse de la trompe (7 à 8 cm) et la plus large (8 à 9 mm de diamètre)
- est de consistance molle
- a un aspect sinueux et un peu aplati

•**Le pavillon**

- termine la trompe
- est la portion la plus mobile
- Présente une forme d'entonnoir dont l'orifice étroit (2 à 3 mm de diamètre) fait communiquer l'ampoule avec la cavité péritonéale.
- Il aborde 12 à 15 franges dont l'une, la plus longue s'insère sur le ligament tubo-ovarien, en direction du pôle supérieur de l'ovaire, et constitue la frange de RICHARD.



1. Méso-salpinx
2. Méso-ovarien
3. Ligament utéro-ovarien
4. Face postérieure du ligament large
5. Ovaire
6. Ligament tubo-ovarien
7. Frange de Richard
8. Utérus

Signification des abreviations

- PI : Portion Interstitielle
 J.I.U. : Jonction Isthmo-Utérine
 J.I.A. : Jonction Isthmo-Ampulaire

Schéma n°4 : anatomie de la trompe utérine(10)

Vascularisation et innervation de la trompe utérine(10)(11)

▪ Vascularisation de la trompe utérine

L'arcade artérielle sous-tubaire qui chemine à 2-3mm du bord mésosalpingien de la trompe est issue de l'anastomose de branches provenant de l'artère utérine (artère tubaire interne et moyenne) et de l'artère ovarienne (artère tubaire externe).

Elle donne naissance tous les 2-3mm à une trentaine d'artéioles qui pénètrent la paroi tubaire, où elles s'anastomosent et subdivisent.

Le réseau lymphatique, issu du réseau chorial, est surtout riche dans l'ampoule et constitue des gaines peri-vasculaires.

Il se draine dans les troncs efférents descendant le mesosalpinx, pour s'unir aux lymphatiques du corps utérin et de l'ovaire, et gagner les ganglions para-aortiques.

▪ Innervation

La trompe est innervée par deux sortes de fibres :

- les fibres sympathiques
- les fibres parasympathiques

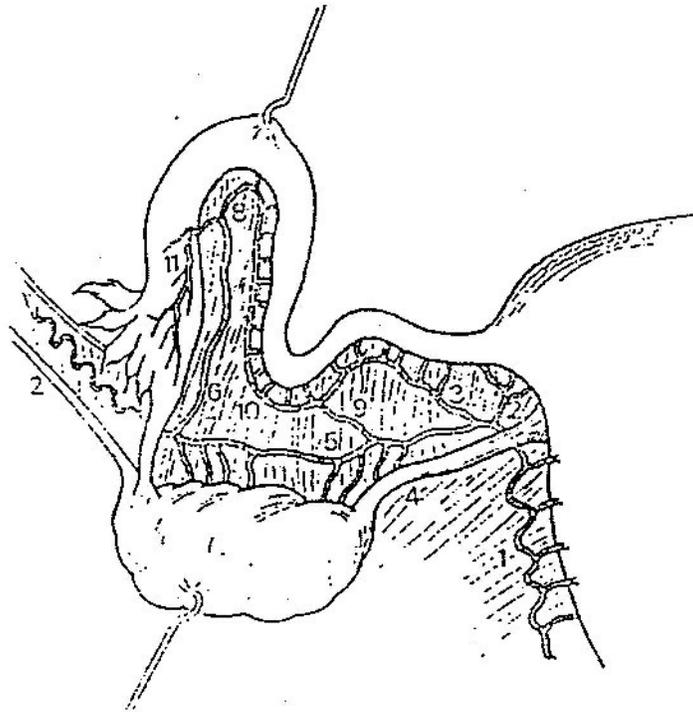
L'isthme et la portion proximale de l'ampoule reçoivent les fibres du plexus utéro-vaginal après relais dans le ganglion mésentérique inférieur. Le pavillon et la portion externe de l'ampoule sont sous la dépendance du plexus ovarien après relais dans les ganglions semi-lunaire et aortique. Les terminaisons adrénérgiques sont principalement attachées à la couche musculaire circulaire de la trompe. Leur nombre est proportionnel à l'épaisseur de la couche musculaire.

Dans l'ampoule, les fibres sympathiques sont rares, n'ayant que des terminaisons péri-vasculaires.

Au contraire, l'épaisse couche musculaire de l'isthme est richement pourvue en terminaisons adrénérgiques.

Les fibres parasympathiques destinées à la portion isthmique proviennent des ganglions pré-vertébraux de S2 à S4 et font relais dans le plexus pelvien. Les fibres destinées aux autres

segment de trompe en provenance du nerf font relais dans le plexus ovarien. Les connexions postsynaptiques forment un réseau se terminant dans la sous-muqueuse.



1. Artère utérine
2. Artère ovarienne
3. Artère tubaire interné
4. Artères du pôle interne de l'ovaire
5. Arcade anastomotique sous-ovarienne
6. Artère tubaire externe
7. Artères du pôle externe de l'ovaire
8. Anastomose de l'artère tubaire externe et de l'arcade sous-tubaire
9. Artère tubaire moyenne
10. Arcade sous-tubaire
11. Branche pavillonnaire de la tubaire externe

Schéma n°5. la trompe de Fallope. système artériel de la trompe et de l'ovaire.(11)

Utérus et annexes dans le post-partum immédiat (12)

La situation de l'utérus et de ses annexes immédiatement dans les suites de couche conditionne l'abord des trompes plus aisément.

Grâce à une musculature spécialement adaptée à des conditions puissantes et efficaces, l'utérus peut occuper l'espace pelvien et la grande cavité abdominale jusqu'au diaphragme dans la grossesse à terme.

Au cours de la période puerpérale, presque toutes les modifications survenues dans l'organisme de la nouvelle accouchée sous l'effet de la grossesse et de l'accouchement disparaissent progressivement.

Les trompes pendant de chaque côté de l'utérus avec une direction de plus en plus verticale, sont congestives, hypertrophiées.

L'utérus qui est hypertrophié, hyper vascularisé, ramolli, devient après la délivrance, globuleux, prenant l'aspect classique du globe de sécurité avec une consistance dure.

Dans les suites de couche, le volume de l'utérus diminue progressivement par contractions des muscles (tranchées utérines). On peut juger le degré de réduction de l'utérus par la hauteur de son fond.

Pendant les 10 à 12 premiers jours après l'accouchement, le fond utérin s'abaisse d'environ un travers de doigt par jour.

- 24 à 48 heures après l'accouchement le fond utérin se trouve au niveau de l'ombilic (quand la vessie est vide)

- le troisième jour il est à 1 à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

- le 4^e jour, 2 à 3 doigts plus bas que l'ombilic

- le 5^e jour à la mi-distance entre l'ombilic et le fond supérieur du pubis

- le 6^e jour il s'abaisse sous ce niveau d'un doigt environ

- le 7^e jour, il est à trois travers de doigt au-dessus du pubis

- au 10^e-12^e jour le fond utérin est ordinairement rétro-pubien

Cette involution utérine est rapide les deux premières semaines, puis lente pour être totale après deux mois environ :

Cependant, elle peut être influencée par certains facteurs :

- l'état général de la femme
- l'âge de la femme
- le caractère de l'accouchement
- l'allaitement au sein

Elle est ralentie :

- chez les femmes fatiguées
- chez les grandes multipares
- chez les primipares âgées
- après un accouchement difficile.

Elle est rapide chez les nourrices que chez les femmes qui n'allaitent pas

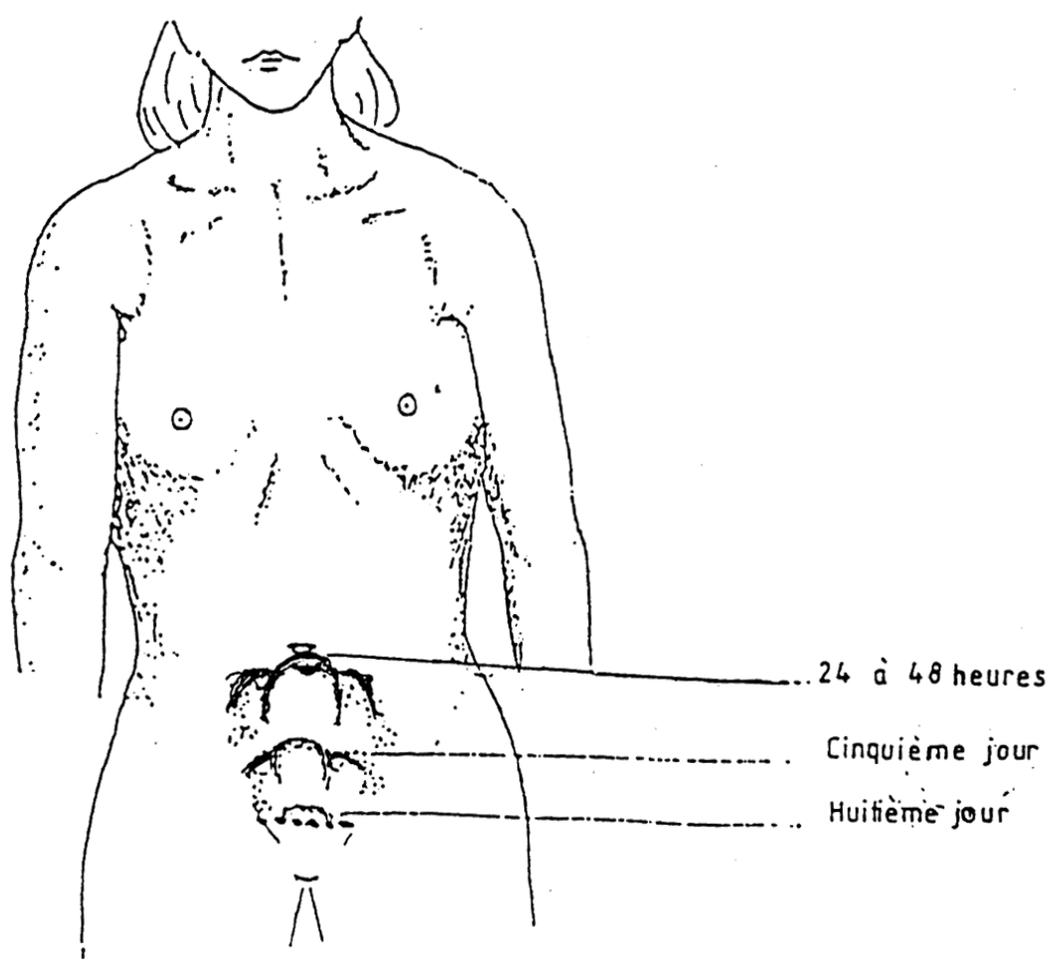


Schéma n°6: les différentes situations du fond utérin après l'accouchement.(12)

2 - La planification familiale

L'enfant qui vient grossir une famille déjà nombreuse ne fait qu'amenuiser les parts réservées à ses frères et sœurs en nourriture, effets vestimentaires, et aggrave ainsi la situation car il est souvent très sensible à toutes formes d'infection.

2-1- Définition

C'est une pratique permettant de choisir consciemment le moment d'avoir des enfants, leur nombre, la fréquence des grossesses et l'arrêt de la reproduction en fonction des paramètres socio-économiques qui conditionnent la vie du couple.

L'O.M.S la définit comme étant «une manière de penser et de vivre que des individus et des couples adoptent de leur libre volonté en se basant sur des connaissances précises, des attitudes et de décision réfléchie afin d'améliorer l'état de santé et le bien-être du groupe familial et, par conséquent, de contribuer efficacement au développement social du pays ».(13)

Pour sa part, la FNUAP conçoit la planification familiale comme l'ensemble des mesures techniques et sociales permettant (14)

- d'éviter les grossesses à risque ou non désiré ;
- de régler l'intervalle entre les naissances pour assurer un espacement convenable ;
- de réduire la morbidité ainsi que la mortalité maternelle et infantile ;
- de lutter contre la stérilité conjugale ;
- de programmer les naissances au meilleur moment conformément à l'âge de la mère de manière à éviter les grossesses avant 20 ans et après 35 ans, à décider le nombre d'enfants dans une famille et à garantir l'épanouissement de la vie sexuelle par une éducation appropriée.

Suivant l'orientation de la politique nationale de population « la planification familiale constitue un accès à la maîtrise de la fonction de reproduction et le droit de tout individu à avoir le nombre d'enfants qu'il juge idéal »

2-2- Les bienfaits de la planification familiale (14)(15)(16)

La planification familiale aide tout le monde. En particulier :

- **Les femmes :** la planification familiale aide les femmes à se protéger contre des grossesses non souhaitées. Depuis les années 1960, les programmes de planification familiale ont aidé des femmes du monde entier à éviter 400 millions de grossesses non souhaitées. On a donc épargné à de nombreuses femmes les dangers de grossesses à hauts risques ou d'avortements pratiqués dans des mauvaises conditions, si toutes les femmes pouvaient éviter les grossesses à hauts risques le nombre de morts maternelles pourrait diminuer d'un quart. En outre, beaucoup de méthodes de planning familial offrent d'autres avantages pour la santé. Par exemple, certaines méthodes hormonales aident à empêcher certains cancers, et les préservatifs aident à empêcher les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA.

- **Les enfants :** La planification familiale sauve les vies d'enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Entre 13 et 15 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans meurent chaque année. Si tous les enfants naissent à intervalle d'au moins 2 ans, 3 à 4 millions de ces morts seraient évitées.

- **Les hommes :** la planification familiale aide les hommes – et les femmes – à prendre soin de leur famille. Dans le monde entier, les hommes disent que la planification de leur famille les aide à leur assurer une meilleure existence.

- **Les familles :** la planification familiale améliore le bien-être familial. Les couples qui ont moins d'enfants sont mieux en mesure de donner suffisamment de nourriture et de vêtements, de leur assurer un logement et les scolariser.

- **Les nations :** la planification familiale aide les nations à se développer. Dans les pays où les femmes ont beaucoup moins d'enfants que leur propre mère, la population voit s'améliorer sa situation économique plus rapidement qu'ailleurs.
- **La planète :** Si les couples ont moins d'enfants à l'avenir, on évitera de voir doubler en moins de 50 ans la population mondiale, qui se chiffrent actuellement à 6000 millions d'habitants. Les ressources naturelles, telles que l'eau et les sols fertiles, seront mieux sollicitées. Tout le monde aura plus de possibilités d'avoir une bonne existence.

2-3-Les différents types de méthodes contraceptives

2-3-1 - Méthodes barrières (14)(17)

Comprennent :

- les préservatifs ;
- les diaphragmes ;
- les capes cervicales ;
- les spermicides ;

2-3-3-1- Les préservatifs(18)

Appelé aussi condom, est une gaine protectrice destinée à recouvrir le pénis en érection. Il recueille le sperme lors de l'éjaculation et constitue une barrière à la pénétration des spermatozoïdes dans le vagin. Le préservatif se présente roulé sur le rebord et sous emballage individuel et se déroule sur le pénis en érection juste avant l'intromission.

2-3-1-2- Diaphragmes(19)

Le diaphragme consiste en une coupe en caoutchouc en forme de dôme, comportant une couronne souple. Quand il est inséré correctement dans le vagin avant les rapports sexuels, le dôme couvre le col de l'utérus. Avant son insertion, on applique une crème ou un gel spermicide à l'intérieur du dôme. L'effet contraceptif du diaphragme repose d'une part sur

sa fonction de barrière entre les spermatozoïdes et le col, et d'autre part sur sa fonction de récepteur du spermicide.

2-3-1-3- Les capes cervicales(20)

La cape cervicale a la forme d'un dé à coudre ou d'une cloche et s'appuie directement sur le col de l'utérus en l'emboîtant ; Elle est maintenue en place par l'effet de succion du bord. Quand elle est mise en place correctement, la cape cervicale agit comme une barrière contre le sperme. Du spermicide appliqué à l'intérieur de la cape donne une protection supplémentaire contre tout sperme qui pourrait traverser la barrière.

2-3-1-4 - Les spermicides.(21)

Les spermicides sont des produits chimiques qui désactivent et tuent les spermatozoïdes. Dans une certaine mesure, ils agissent comme une barrière pour le col de l'utérus. Les principaux agents spermicides agissant comme surfactants sont de nonoxynol-9, l'octoxynol-9 et le mefengol.

2-3-1-4 - L'éponge vaginale contraceptive(16)

L'éponge vaginale contraceptive est une éponge jetable en mousse de polyuréthane, creusée en son milieu pour s'emboîter sur le col de l'utérus. Son action contraceptive est due au spermicide(nonoxynol-9) qu'elle contient. Elle s'enlève facilement grâce à sa boucle de nylon.

2-3-2- Les méthodes dites naturelles(22)(23)

- Abstinence périodique
- Coït interrompu

2-3-2-1 - Abstinence périodique

C'est une méthode de contraception reposant sur la barrière temporelle que dresse entre les spermatozoïdes et l'ovocyte l'absence de rapports sexuels pendant la phase fertile du cycle menstruel. Cette méthode dépend donc de la capacité du couple à identifier la phase fertile au cours de chaque cycle menstruel, de sa motivation, de sa discipline à pratiquer l'abstinence lorsque c'est nécessaire. Elle comprend plusieurs techniques qui sont :

- la méthode de la courbe thermique ;
- la méthode de la glaire cervicale ou de l'ovulation ;
- la méthode du calendrier (Ogino et Knauss ou méthode des rythmes) ;
- la méthode sympto-thermique ;

a) Méthode de la courbe thermique

Repose sur l'augmentation de la température corporelle associée à la sécrétion de progestérone par le corps jaune ayant lieu après l'ovulation. Après l'ovulation, la température corporelle augmente de 0.2° C à 0.4°C, et reste élevé jusqu'à la prochaine menstruation. On conseille au couple d'éviter les rapports sexuels entre le premier jour des règles et le troisième jour consécutif de température élevée.

b) Méthode de la glaire cervicale (14)(24)

Elle se base sur l'observation et l'interprétation des changements cycliques de la glaire cervicale se produisant sous l'influence des variations du niveau d'œstrogène.

Au cours du cycle menstruel, la femme peut ressentir diverses sensations à l'entrée du vagin et observer des modifications de la consistance de la glaire cervicale. Les couples pratiquant cette technique peuvent avoir des rapports sexuels pendant les phases pré- et post- ovulatoires puisqu'il est possible d'identifier la phase infertile dans les deux parties du cycle en observant les changements de la glaire cervicale. Sécrétion d'une glaire cervicale filante et transparente dès avant l'ovulation et jusqu'à celle-ci, changement d'aspect en dehors de la période d'ovulation où la glaire est plus épaisse, moins abondante et moins transparente.

c) Méthode sympto-thermique (24)

La méthode sympto-thermique combine diverse techniques particulièrement celle de la modification de la glaire cervicale, la méthode du calendrier et celle de la courbe thermique.

d) Méthode du calendrier ou des rythmes (25)

Ce serait la méthode la plus employée de toutes les techniques d'abstinence périodique. L'utilisation correcte implique des calculs reposant sur les cycles menstruels précédents afin d'estimer la période fertile.

2-3-2-2- Le coït interrompu (25)

C'est le retrait du pénis juste avant l'éjaculation.

2-3-3 - Méthodes médicales

- Hormonale ;
- Mécanique ;
- Chirurgicale ;

2-3-3-1- Contraception hormonale

Elle comprend les :

- contraceptifs oraux ;
- les injectables ;
- les implants ;

a) Les contraceptifs oraux (26)(27)

Appelés pilules anticonceptionnelles ils sont généralement des dragées, prises par voie orale, contenant des hormones (un œstrogène et un progestatif ou progestatif seul) en proportion variable qui empêchent la survenue d'une grossesse.

•**Contraceptifs oraux combinés (COC) :** Ce sont des préparations d'œstrogènes et de progestatifs, synthétiques, extrêmement efficace pour empêcher les grossesses.

•**Contraceptifs oraux progestatifs :** la pilule aux progestatifs seuls est un contraceptif hormonal oral ne contenant que des progestatifs, en dose plus faible que pour la pilule combinée.

b) Les contraceptifs injectables (28)

Ce sont des produits contenant un progestatif, administrés par voie intra-musculaire qui diffuse la suspension lentement dans le sang. Une seule injection suffit à fournir une contraception sûre et efficace pour un minimum de deux mois.

c) Les implants sous-cutanés ou NORPLANT (29)

L'implant sous-dermique est une méthode de contraception de longue durée utilisant un progestatif diffusé lentement à travers un ou des bâtonnet(s) placé(s) sous la peau du bras de l'utilisatrice.

d) La contraception d'urgence post-coitale (30)

Comme son nom l'indique c'est une méthode contraceptive particulière à utiliser en urgence ,pour éviter une grossesse après un rapport sexuel non protégé ou mal protégé ,possiblement fertile .C'est une méthode qui n'est ni aussi efficace ni aussi bien toléré que la contraception classique .Pour ces raisons ,elle doit rester une méthode d'exception et non une méthode contraceptive de routine .Elle a pour objectifs d'éviter des grossesses non désirées qui se terminent souvent par des interruptions volontaires de grossesses, dont la mortalité est faible mais dont les complications physiques et psychologiques ne peuvent être négligées .

Deux circonstances principales représentent les indications de ce type de contraception :

- la survenue d'un rapport sexuel dans une période dite à risque chez une femme ne prenant pas de contraception .
- 2^{ème} situation est constituée par le viol

2-3-3-2- Méthode mécanique : les dispositifs intra-utérins DIU (31) (32) (33)

Le dispositif intra-utérin ou stérilet, constitue une méthode de contraception efficace, réversible et sûre. Il s'agit de petit dispositif flexible de composition métallique et ou plastique, que l'on insère dans l'utérus de la femme afin de prévenir la grossesse.

2-3-3-3- Méthodes chirurgicales

La contraception chirurgicale regroupe des méthodes permanentes et considérées comme irréversibles de prévention de grossesse. Au cours du procédé de stérilisation on bloque soit les canaux déférents (vasa deferentia) vasectomie chez l'homme, soit les trompes de Fallope(trompes utérines) chez la femme, afin d'empêcher la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule.

a) Vasectomie(34) (35)

Elle consiste à interrompre la capacité reproductive de l'homme et donc de mettre fin de façon permanente à sa fertilité. Elle s'accomplit par un geste opératoire simple, sûr, peu coûteux et bien accepté qui peut être effectué à titre externe. Le canal déférent de chaque coté est obstrué ou sectionné de façon à arrêter la libération des spermatozoïdes dans l'éjaculat.

b) Stérilisation féminine(36)

La stérilisation féminine consiste à interrompre la capacité reproductive de la femme et donc de mettre fin de façon permanente à sa fertilité. Elle s'accomplit par l'occlusion bilatérale ou la résection des trompes de Fallope .L'occlusion des trompes est une procédure sans danger et bien acceptée qui s'accomplit par la ligature parfois avec résection ou mécaniquement par anneaux ou des pinces.

2-3-4 - Méthodes traditionnelles

- MAMA ;
- Les décoctions ;

2-3-4-1 - MAMA : Méthode d'allaitement maternel et aménorrhée.

C'est une méthode contraceptive qui repose sur l'exploitation de la période d'infécondité entraînée par l'allaitement maternel intensif.

2-3-4-2- Les décoctions et infusions (12)

Plutôt à visée abortive que contraceptive, les plantes dites « tambavy » des guérisseurs et des matrones ont leur réputation dans la société malgache.

Parmi les plantes à réputation contraceptive, on peut citer :

- les graines d'aloès : avaler 4 graines en une prise, avant et après 4 jours après le rapport sexuel fécondant ;
- le thym : utilisé sous forme de potion pendant 8 jours, avant la date prévue des prochaines règles à raison d'une tasse par jour ;
- le « ahibalala » ou Hely Chrysus Faradifani Scott Ellicot, utilisé également sous forme de potion ;
- le « rotra gasy » ou Eugénia utilisé sous forme de décoction.

Parmi les plantes à réputation abortive, citons :

- les feuilles et l'écorce d'avocatier : utilisées sous forme de potion, très toxiques, provoquant une hémorragie abondante ;
- le « tangongo » ou *Cyanthula Uncinulta* : utilisé en décoction, ayant une propriété ocytocique ;
- le « vatolalaka » ou *Coesalpinia Bondrecella* : à graines ocytociques abortives ;
- le « nifin' akanga » ou *Comolenila Madagascaria* : utilisé pour dilater le col de l'utérus et entraînant une hémorragie souvent mortelle.
- le « hazo tokana » doit être infusée pendant quelques minutes et les femmes la boivent au 14^{ème} jour du cycle si elles ne veulent pas être enceintes après un rapport sexuel.
- le jus de citron sec introduit dans le vagin après chaque rapport sexuel utilisé comme genre de spermicide.

3- La contraception chirurgicale volontaire féminine

3-1 - Définition (1) (37)

C'est un acte chirurgical qui consiste à obturer les trompes qui sont le lieu de passage des ovules vers l'utérus rendant la fécondation impossible. Et selon PALMER, elle se définit comme étant « la suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions sexuelles ou endocrines »

3-2 - Les avantages et les inconvénients (16)(38)(39)

3-2-1 - Les avantages

- Très efficace ;
- Permanente. Une seule intervention permet, durant toute la vie, de pratiquer sans danger un planification familiale très efficace ;
- Ne gêne en rien les rapports sexuels. N'affecte en rien la possibilité qu'a une femme d'avoir des rapports sexuels ;
- Rien à se rappeler, pas besoin de produit, et pas nécessaire de revenir au dispensaire ;
- Accroissement du plaisir car pas besoin de s'inquiéter d'une grossesse ;
- Aucun effet sur l'allaitement ;
- On ne connaît aucun effet secondaire à long terme ou risque pour la santé ;
- Intervention sans danger et peut se faire sous anesthésie locale
- Aide à protéger contre le cancer de l'ovaire ;

3-2-2 - Les inconvénients :

- D'ordinaire, douloureuse au début, mais la douleur commence à s'atténuer après un jour ou deux ;
- Possibilités de retombées psycho-sexuelles ;
- Les complications peu fréquentes de l'opération :
 - infection ou saignement au site d'incision ;

- infection ou saignement interne ;
- lésions d'organes internes ;
- risques de l'anesthésie :
 - avec l'anesthésie locale, risque rare de réaction allergique ou de dose trop forte.
 - avec l'anesthésie générale, parfois retard de réanimation et effets secondaires. Les complications sont plus graves qu'avec l'anesthésie locale. Risque de forte dose.
- L'existence d'une ou deux petites cicatrices sur le ventre ;
- Très rarement, mort imputable à une dose trop forte d'anesthésique ou à d'autres complications ;
- Dans les rares cas où se produit une grossesse, elle risque d'être plus ectopique que chez la femme qui n'a pas pratiqué la contraception ;
- Exige un examen physique et une petite chirurgie exécutée par un agent spécialement formé ;
- Aucune protection contre les maladies sexuellement transmissibles ;
- La non-conformité aux conceptions religieuses de certaines ethnies ;
- L'intervention de rétablissement de la fécondité est difficile, coûteuse et non réalisable dans la plupart des endroits. On ne peut pas garantir le rétablissement de la fécondité. Les femmes qui pourraient vouloir un enfant plus tard doivent choisir une autre méthode.
- Par rapport à la vasectomie, la stérilisation féminine est :
 - légèrement plus dangereuse ;
 - souvent plus coûteuse, si elle n'est pas gratuite ;

3-3 - Les critères de qualité (14)(39)

- Dont :
- l'efficacité
 - la sécurité
 - la tolérance
 - l'acceptabilité

- la réversibilité
- le coût

3-3-1 - l'efficacité

Très efficace et permanente, mais dépend en partie de la façon dont les trompes sont bloquées, mais le taux de grossesse est toujours bas.

3-3-2 - la sécurité

Sûre quand elle n'entraîne pas d'effets secondaires défavorables ou dangereux. Une sécurité excellente. Les complications sont rares et concernent essentiellement l'anesthésie et la technique.

3-3-3- la tolérance

La tolérance à une méthode de contraception est directement liée à la rareté des effets secondaires inconfortables quoique non dangereux pour la santé de l'utilisatrice. Dépend à la fois de l'utilisatrice et de la méthode.

La tolérance est excellente si les précautions (risque de regret) ont été prises.

3-3-4- l'acceptabilité

Elle se définit comme le rapport de personnes qui désirant débiter la contraception et après avoir été informées sur une méthode, décident de l'utiliser.

Elle est modérée. Les facteurs influençant cette acceptabilité sont les suivants :

- l'existence ou non d'une cicatrice visible ;
- le caractère douloureux ou non des suites immédiates à l'intervention ;
- l'importance des autres troubles post-opératoires
- la reprise tardive des rapports sexuels ;

3-3-5 - La réversibilité

Rapidité du retour à une fécondité normale à l'arrêt de la méthode.

Elle est difficile. Les techniques de réimpermeabilisation des trompes sont longues, délicates, coûteuses et incertaines. La CCV est normalement irréversible et doit être considérée définitive.

3-3-6 - Le coût

L'intervention coûte assez cher, mais par rapport à la durée d'action le coût est modique.

3-4- Les contre- indications (16)(40)

3-4-1 - Les contre- indications absolues temporaires

Selon les termes de l'OMS « il n'y a pas de contre-indications absolues permanentes à la stérilisation volontaire s'il existe une possibilité que la femme puisse se trouver enceinte. Les considérations médicales consistent à mesurer les risques liés à la stérilisation à ceux liés à une grossesse non désirée »

Aucune pathologie médicale n'empêche une femme de se faire stériliser, certaines pathologies ou circonstances justifient cependant un retard, un recours, ou de la prudence.

Retard signifie qu'on attend pour effectuer la stérilisation. Ces pathologies doivent être soignées et guéries avant qu'on puisse procéder à la stérilisation et il faut alors fournir des méthodes temporaires :

- cardiopathie grave et imputable(un blocage d'artère) ;
- thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire ;
- hépatite virale active ;
- anémie ferriprive profonde(<7g/dl) ;
- maladie pulmonaire grave(bronchite ou pneumonie) ;
- maladie systémique ou gastro-entérite importante ;
- infection cutanée sur l'abdomen ;
- chirurgie abdominale réalisée en urgence ou infection au moment choisi de la stérilisation, ou importante intervention chirurgicale avec immobilisation prolongée ;
- maladie en cours liée au SIDA.

- une grossesse confirmée ou suspectée jusqu'à la fin de la grossesse ou jusqu'à ce que l'on ait l'assurance que la femme n'est pas enceinte ;
- une maladie inflammatoire aiguë du pelvis ou une péritonite ;
- maladie trophoblastique maligne ;
- salpingite durant les trois derniers mois ;
- MST active ;
- saignement vaginal inexplicable qui laisse supposer un état grave ;
- une obésité marquée.

Recours signifie qu'on envoie la cliente à un centre où un chirurgien et un personnel compétents peuvent effectuer l'opération dans un cadre doté de matériel d'anesthésie générale et d'autres installations d'appoint. Il faut alors fournir des méthodes temporaires :

- utérus fixé imputable à une intervention chirurgicale ou une infection antérieure ;
- une endométriose ;
- hernie(ombilicale ou de la paroi abdominale)
- rupture ou perforation de l'utérus ou perforation de l'utérus après un avortement ;
- tension artérielle modérément et fortement élevée(160/100mm ou plus) ;
- maladie vasculaire, y compris liée au diabète ;
- valvulopathie compliquée ;
- cirrhose grave du foie ;
- diabète depuis plus de vingt ans ;
- hyperthyroïdie ;
- coagulation sanguine anormale (le sang ne coagule pas) ;
- maladie pulmonaire chronique ;
- tuberculose pelvienne ;
- schistosomiase avec fibrose grave du foie ;

Prudence signifie que l'intervention peut se faire dans un cadre ordinaire mais avec des préparatifs et des précautions supplémentaires, en fonction de la situation.

Si la femme présente l'une des pathologies suivantes, user de prudence :

- épilepsie ou administration de médicaments pour les convulsions(phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone)
- administration d'antibiotiques (rifampicine ou griséofulvine) ;
- diabète sans maladie vasculaire ;
- hypothyroïdie ;
- cirrhose légère du foie, tumeurs du foie, ou schistosomiase avec fibrose hépatique (est-ce qu'elle a les yeux ou la peau anormalement jaunes ?) ;
- anémie ferriprive modérée ;
- drépanocytose ;
- maladies des reins ;
- hernie du diaphragme ;
- carence nutritionnelle grave (est-elle extrêmement mince ?) ;
- obésité(a-t-elle un poids fort exagéré ?)
- chirurgie abdominale électorive au moment où elle souhaite se faire stériliser ;
- jeune âge.

3-4-2 – Les contre-indications spécifiques à la CCV du post-partum :

- hernie ombilicale ;
- fièvre intra-partum ou post-partum ;
- rupture prolongée des membranes(>24heures) ;
- état hypertendu y compris pre-éclampsie et éclampsie ;
- hémorragie anté-partum et post-partum ;
- traumatisme du tractus génital ;
- antécédent de psychose du post-partum ;

3-4-3 - Les contre-indications particulières à chaque technique

- la stérilisation par anneau de YOON est contre indiquée lorsque les trompes sont grosses et congestives ;

- la cœlioscopie est contre-indiquée en cas d'hernie hiatale importante ;
- la stérilisation par mini laparotomie est contre-indiquée en cas d'utérus retroversé fixé par des adhérences.

3-5 - Les indications (38)(41)(42)

La stérilisation chirurgicale volontaire est indiquée généralement pour l'une des trois grandes raisons suivantes :

- convenance personnelle ;
- indication médicale ;
- indication démographique ;

3-5-1 - Convenances personnelles

La CCVF doit être fournie à toute femme qui en fait la demande librement et en toute connaissance de cause après avoir été dûment conseillé et qui ne présente aucune contre indication.

Il s'agit de couples qui ont atteint ou disent avoir atteint le nombre d'enfants désirés, des deux sexes et n'acceptent plus les autres méthodes contraceptives pour diverses raisons, essentiellement des échecs répétés obligeant à l'interruption volontaire de grossesse ou l'apparition de contre-indication aux méthodes contraceptives.

3-5-2 - Indications médicales

3-5-2-1 - indications pour une pathologie médicale qui constitue un risque maternel en cas de survenue de grossesse ou à l'utilisation des autres méthodes de planification familiale.

Citons en exemple :

- une cardiopathie décompensée ;
- une affection broncho-pulmonaire grave et incurable ;
- une hypertension artérielle sévère ;

- un cancer gynécologique ou mammaire ;
- incompatibilité fœto-maternelle ;

3-5-2-2 - Indication pour la fragilité utérine suite à des césariennes itératives, une rupture ou une perforation utérine.

3-5-2-3 - Indication pour éviter la récurrence d'un prolapsus opéré.

3-5-2-4 - Autre

Eugéniques.

3-5-3 - Indications démographiques

Ces indications sont celles qui conduisent dans les pays où il y a une véritable explosion démographique à proposer aux couples qui ont 2 à 3 enfants, une stérilisation.

Des programmes nationaux sont élaborés dans les pays en développement et les frais sont pris en charge par le gouvernement.

Généralement, ces indications démographiques respectent les principes que cite le programme d'action de la Conférence Mondiale de la Santé qui dit que « tout couple et tout individu a le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement des naissances », il s'agit donc d'un choix et non d'obligation.

3-6 - Les différentes techniques (2)(44)

3-6-1 - Les voies d'abord.

On peut utiliser :

- la voie abdominale ;
- la voie vaginale ;

a - voies abdominales :

- laparotomie

C'est en raison d'un autre geste chirurgical qu'elle est utilisée-en :

- opération césarienne ;
- cure de prolapsus par voie abdominale ;
- toute autre affection gynécologique ;

La ligature n'est qu'un temps complémentaire.

Des variantes à la laparotomie médiane sous ombilicale ou à l'incision de Pfannenstel peuvent être utilisées.

- Mini laparotomie

La mini laparotomie est indiquée lorsque le geste est isolé ou chez une femme mince en post-partum.

Elle nécessite un utérus facilement mobilisable, une femme mince et une relative dextérité chirurgicale.

- mini laparotomie sus-pubienne verticale médiane de PALMER : indiquée chez une femme mince ayant un utérus intra-pelvien ;
- mini laparotomie sus-pubienne transversale de VITOON indiquée chez une femme ayant un utérus intra-pelvien ;
- mini laparotomie para-ombilicale de ODENT pour la stérilisation du post-partum ;
- mini laparotomie centrale d'UCHIDA faite à mi-distance de l'ombilic et du pubis, utilisée à l'occasion d'une interruption volontaire de la grossesse.

b-Voies vaginales

De longue date, la voie vaginale a été utilisée pour pratiquer une stérilisation tubaire au cours de la cure chirurgicale d'un prolapsus opéré par voie basse. Il y a différentes techniques pour la réalisation de la stérilisation par voie vaginale, ce sont :

- la culdotomie ou colpptomie postérieure ;
- la colpptomie antérieure ;

- la culdoscopie ;

Cette méthode est indiquée en cas de contre indication à la cœlioscopie, en cas d'insuffisance respiratoire. Elle est contre indiquée en cas de pathologie utérine ou annexielle.

3-6-2 - Les procédés d'occlusion tubaire (40)

a- procédés de tubo-ligature :

- procédé de MADLENER : utilisé au cours des opérations césariennes.
- procédé de PURANDARE –de BOMBAY.

b - Procédés de tubo-oblitération :

- Méthode d'EVANS en 1955 ;
- clips en plastique de BLEIER ;
- clips de HULKA-CLEMENS.
- stérilisation laparoscopique avec anneaux de YOON.
- Electrocoagulation ou thermocoagulation à utiliser pendant une laparotomie ou colotomie ;

c - Procédés de tubo-section ;

- procédé de ROUCHY D'ANGERS
- procédé d'OXFORD ou de STALL WORTHY.
- Procédé d'IRVING.

d -Procédés de tubo-resection :

-C'est la salpingectomie sub-totale : elle ne doit être utilisée que si la trompe est de qualité douteuse ou s'il est absolument certain que le problème d'une restauration ne sera jamais posé ;

- résection segmentaire trans-séreuse :

- procédé de POMEROY

- procédé de POMEROY modifié.
- fimbriectomie distale de KROENER
- procédé de KIRKCHOFF-LABAHRDT repris par MERZ
- procédé de UCHIDA

e - Procédés de tubo-exclusion :

Ces procédés ont pour but d'assurer au mieux la récupération fonctionnelle en cas de regrets

- procédé d'ALDRIDGE
- procédé de LITTAUER :le déplace à travers le méso du ligament rond
- procédé d'ASSUEID :l'enveloppe dans une gaine d'epiploon
- procédé de DAVADAR :l'enveloppe dans un capuchon de plastique, lui-même enfoui dans le ligament large.

f- Procédés d'ovaro-exclusion :

- procédé de WOODS
- procédé de VANDEVELDE(1921)
- procédé de PMAGHOUB(1978)
- procédé d'ALIPIO-AUGUSTO CAMELO

3-6-3 - Autres méthodes de stérilisation

a - techniques coelioscopiques :

- Technique électrique :

- électrocoagulation simple
- électrocoagulation section des isthmes tubaires
- électrocoagulation bipolaire biactive

- thermocoagulation

- Procédés mécaniques :

- agrafes de HULKA-CLEMENS

- la méthode par le « Fallope Ring »de YOON

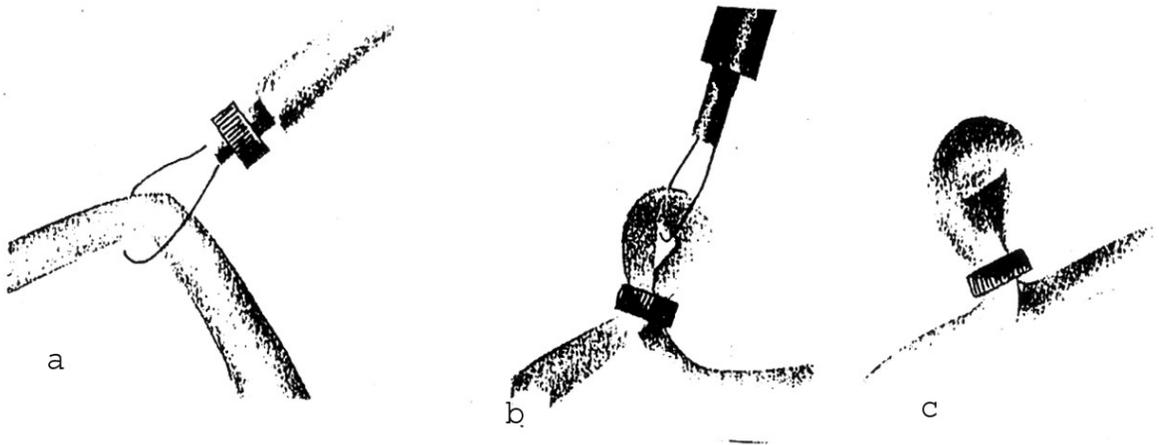


Schéma n°7 : méthode par le «fallope ring»de YOON(43)

b - Méthodes culdoscopiques

c - Méthodes hystéroscopiques

d - Méthodes trans-utérines aveugles

3-6-4 La technique opératoire des différents procédés :

a - Procédé de MADLENER :

Il consiste à saisir l'ampoule tubaire dans son 1/3 moyen et la soulever pour créer une boucle, que l'on écrase à sa base avec une grosse pince, et que l'on lie dans la zone écrasée avec un fil non résorbable.

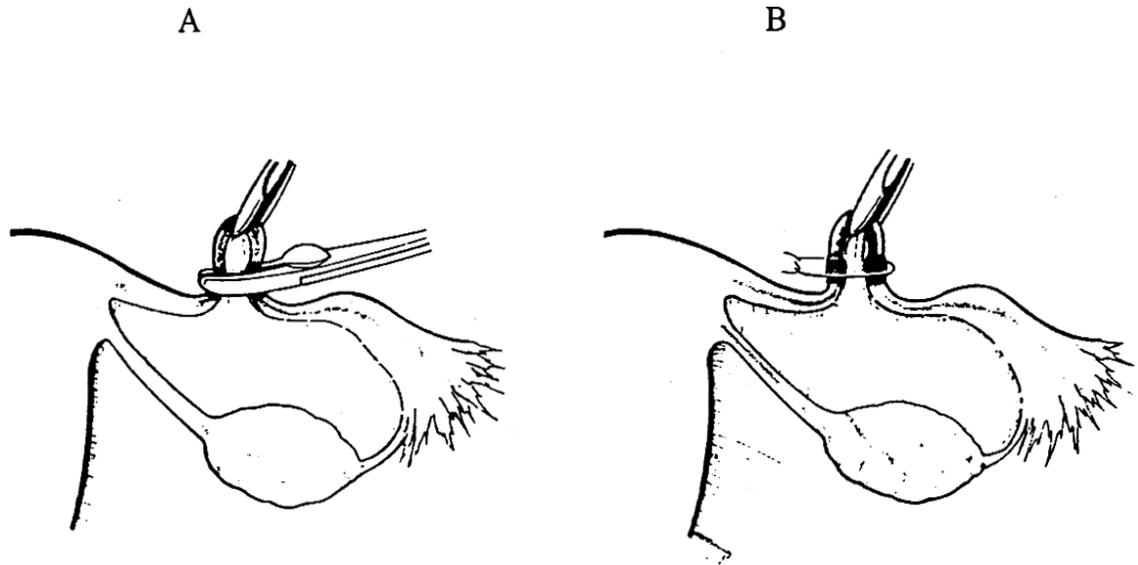


Schéma n°8 : Procédé de MADLENER (43)

b - Procédé de PURANDARE de BOMBAY

La ligature n'enserme qu'un court segment de l'ampoule, sans intéresser le meso-salpinx

c - Procédé d'EVANS

Obturer la trompe avec des hemoclips en tantale.

Le serrer à fond avec la pince spéciale de Samuels et placer 2 à 1cm l'un de l'autre.

d - Clip en plastique de BLEIER

Clip en poly-acetyl-resine long de 10 mm, large de 4mm

A la tête du clip, il y a un mécanisme de blocage, et à l'autre bout, un ressort plat permet la mobilisation des branches lors de l'application.

e - Procédé de ROUCHY D'ANGERS

Sectionner l'isthme à sa partie moyenne entre les deux ligatures au nylon, prenant l'arcade sous tubaire, les deux bouts de l'isthme sectionné sont adossés sur une longueur de 15mm environ, et fixés dans cette portion en passant les fils de ligature à travers le meso.

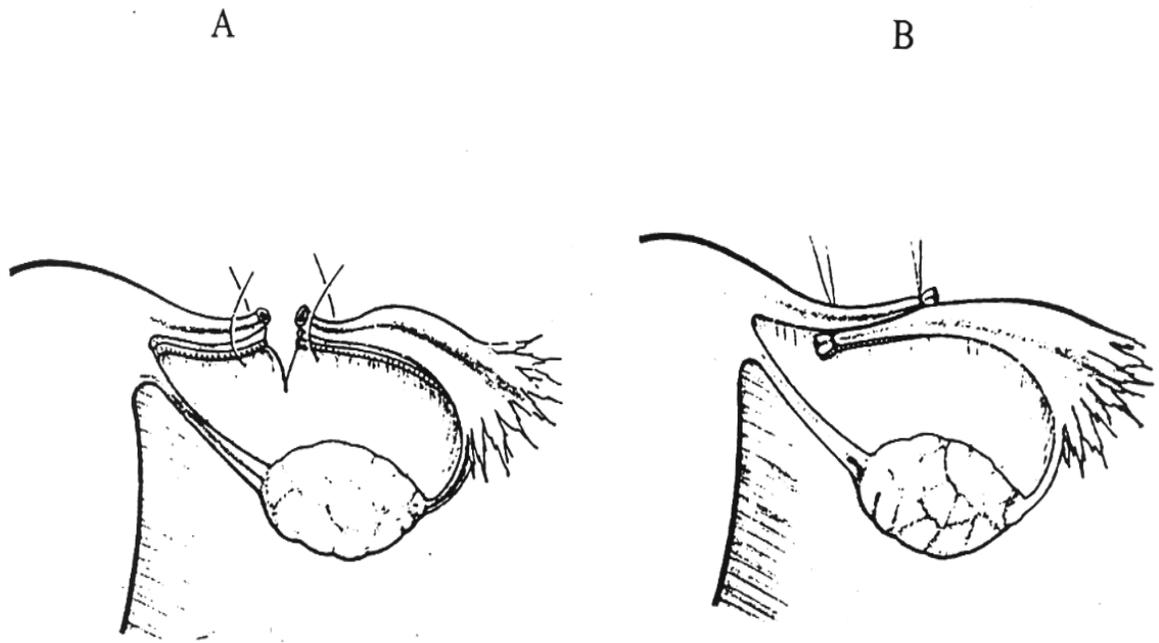


Schéma n°9 : Procédé de ROUCHY D'ANGERS(43)

f - Procédé d'OXFORD ou de STALL WORTHY

- Sectionner l'isthme à la partie moyenne entre les deux ligatures
- Attirer le bout distal à travers une boutonnière du meso du ligament rond, le fixer à ce niveau à l'aide du fil de ligature, avec un point d'appui au niveau de la boutonnière.

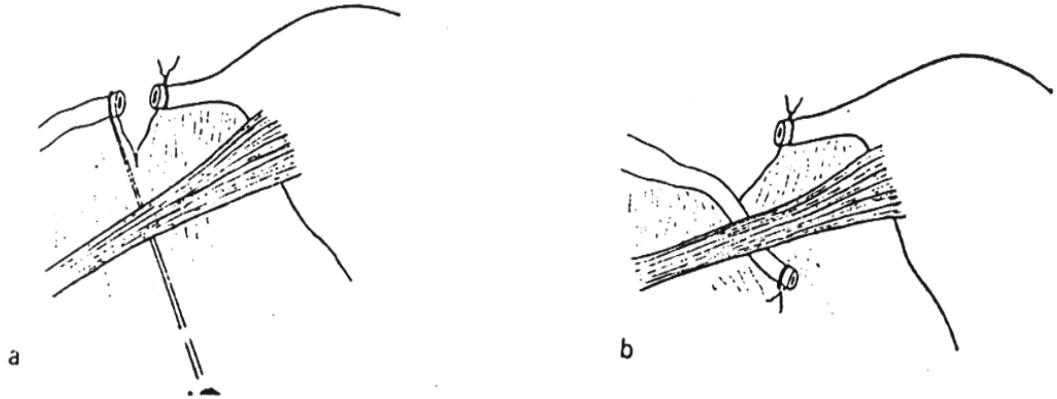
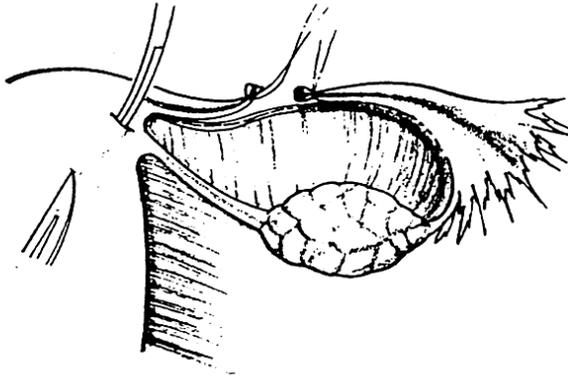


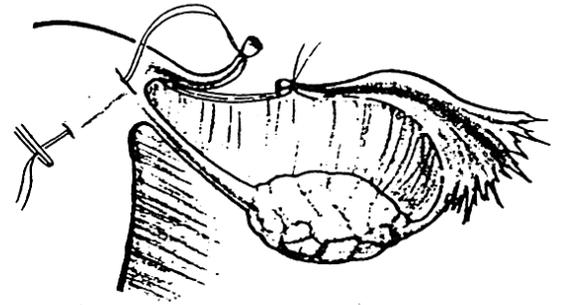
Schéma n°10: Procédé de STALL WORTHY(43)

g - Procédé d'IRVING

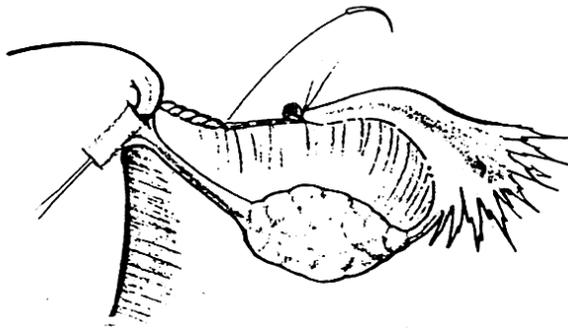
L'isthme a été sectionné en son milieu, et le bout interne est replié en dedans et fixé dans une fente du myomètre.



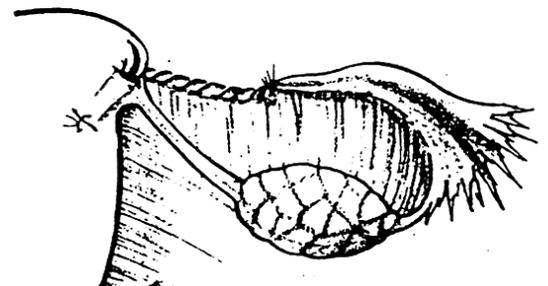
A



B



C



D

Schéma n°11 : Procédé d'IRVING(43)

h - Technique de POMEROY

Soulever une boucle tubaire de 2cm environ sur la partie moyenne de l'ampoule, la lier à sa base avec un catgut résorbable et couper l'anse tubaire au ras de la ligature /Lier séparément chacun des deux bouts, à l'aide d'une boucle de catgut passée à travers le méso.

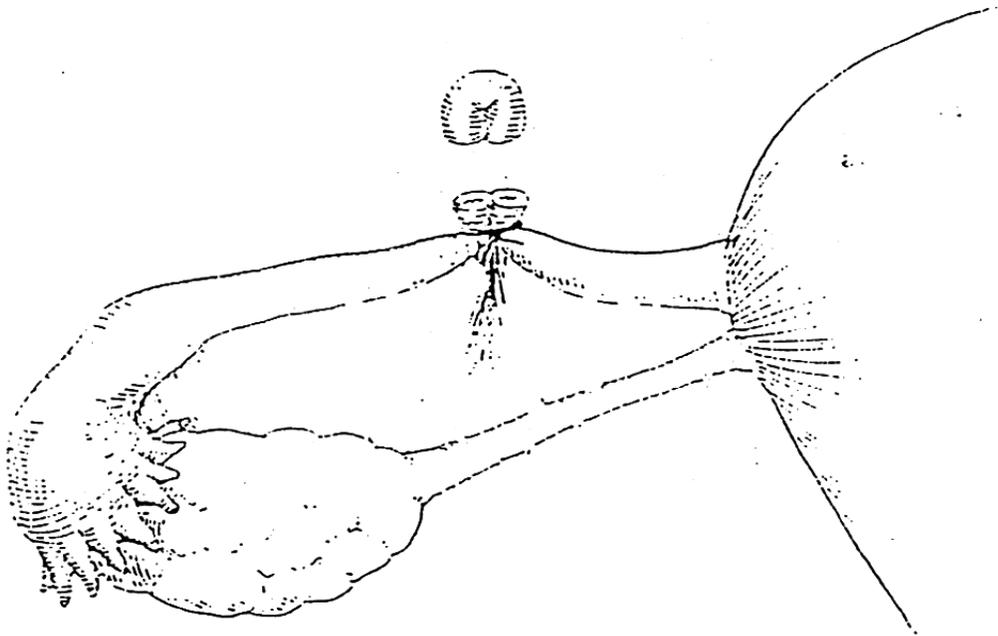
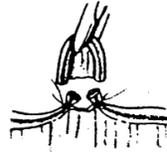


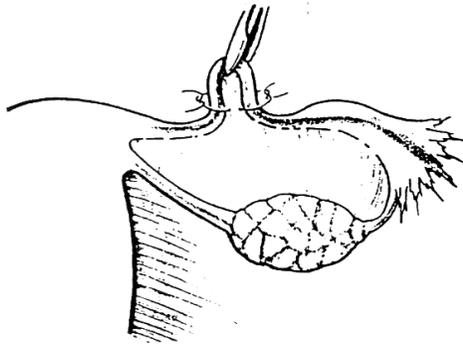
Schéma n°12 : Technique de POMEROY(43)

i - Opération de POMEROY modifié

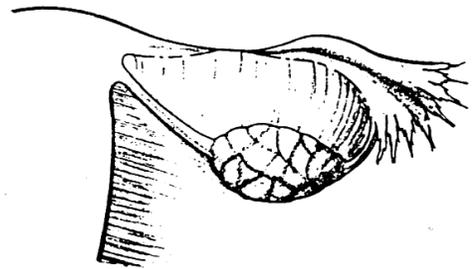
La résection porte sur la partie moyenne de l'isthme : les bouts sont noués séparément, ce qui facilite leur éloignement secondaire.



B



A



C

Schéma n°13: Technique de POMEROY modifié(43)

j - Fimbriectomie de KROENER

Réséquer le pavillon tubaire et la partie voisine de l'ampoule tubaire, après double ligature au lin

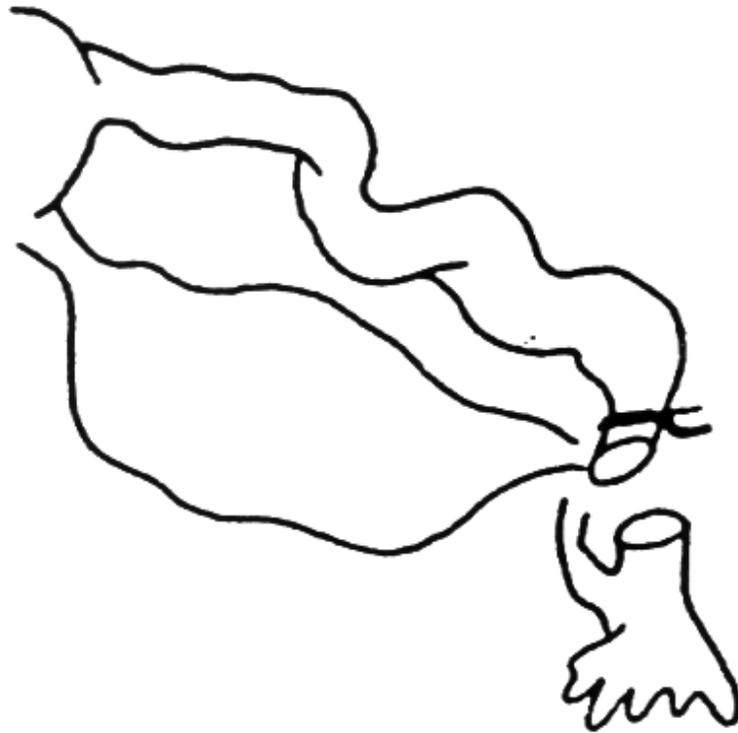


Schéma n°14 : Fimbriectomie de KROENER(43)

k - Procédé de KIRKCHOFF-LABARHDT-MERZ

Incision dorsale du péritoine de l'isthme et son dégagement sur 3 ou 4cm

Résection de ce segment entre deux ligatures

Enfouissement du lit tubaire par un surjet péritonéal

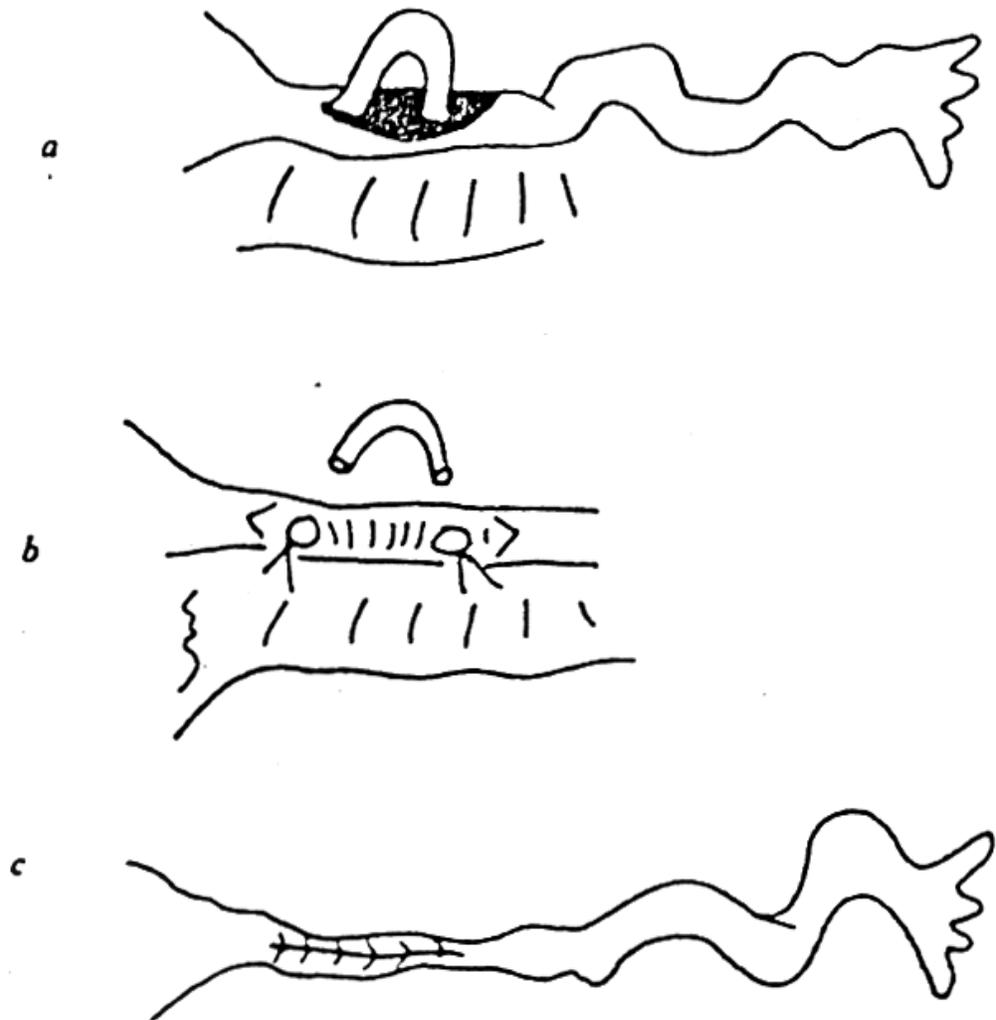


Schéma n°15 : Procédé de KIRKCHOFF-LABHARDT-MERZ(43)

1 - Procédé d'UCHIDA

- Infiltrer la paroi tubaire avec 2ml de xylo-adréaliné à la partie moyenne de l'ampoule
- puis faire une brèche transversale sur cette gaine
- isoler le tube muqueux qu'on sectionne entre deux pinces
- le bout interne de tube musculo-muqueux est décollé de la gaine sur 4cm environ, puis lié et coupé
- le moignon se rétracte dans la profondeur
- l'autre bout est lié, mais la brèche est suturée au-dessous de cette ligature

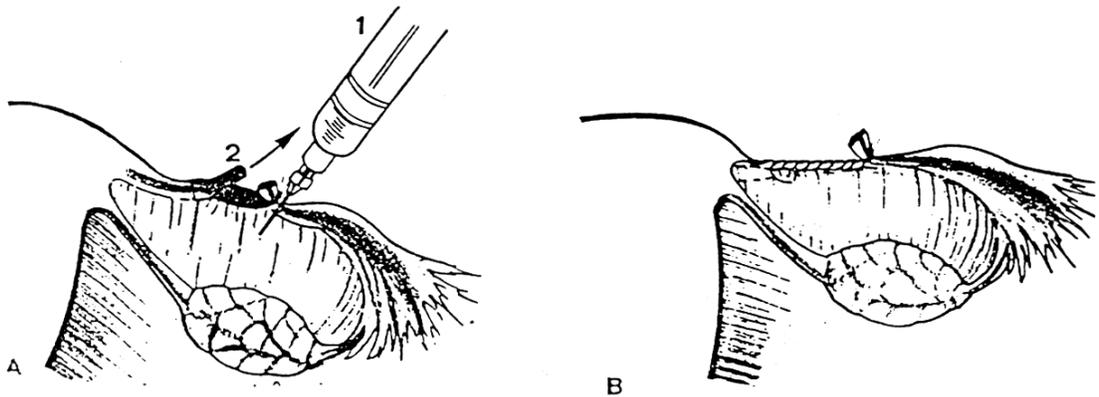


Schéma n°16 : Procédé d'UCHIDA(43)

m - procédé d'ALDRIDGE

- enfouir le pavillon dans une brèche du meso-salpinx
- couper le ligament tubo-ovarien
- le pavillon est tiré dans la brèche, dont l'orifice est solidarisé avec la trompe

n - Procédé de WOODS

Enfermer l'ovaire dans un sac de sil astic, et celui-ci dans une poche, sous le feuillet postérieur du ligament large.

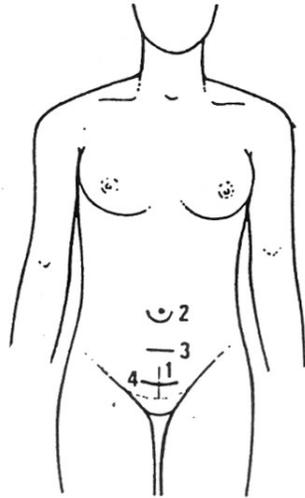
o - Procédé de MAGHOUB (37)

Une paire de ciseaux est enfoncée et fermée dans la zone avasculaire du ligament large, d'avant en arrière, sous le ligament rond pour ressortir sous l'ovaire. En l'ouvrant, on crée une boutonnière de 25mm à travers laquelle on attire l'ovaire en avant, un point de soie noire vient rétrécir l'angle externe de la boutonnière

p - Procédé d'ALIPIO AUGUSTO CAMELO(43)

- enfermer l'ovaire dans une fossette créée dans le feuillet postérieur du ligament large,
- sectionner le ligament tubo-ovarien
- le feuillet postérieur du ligament large est incisé immédiatement au-dessous de l'ovaire
- créer une loge par dissection mousse
 - l'ovaire est basculé et enfermé dans cette loge par une série de points au catgut chromé n°2/0 très proches les uns des autres.

3-7 – La mini laparotomie du post-partum (45)(46)



1. La minilaparotomie sus-pubienne verticale médiane de PALMER.
2. La fenêtre transombilicale.
3. La minilaparotomie centrale d'Uchida.
4. La minilaparotomie transversale sus-pubienne

Source : La stérilisation volontaire en France et dans le monde. Paris, Masson, 1981 (2).

Schéma n° 17 : Les types d'incisions de mini laparotomie

3-7-1 - Modes d'anesthésie

Généralement, c'est l'anesthésie locale qui est utilisée pour la stérilisation du post-partum. Elle peut être complétée par une analgésie pour que la cliente soit en état de veille et capable de réagir.

L'anesthésie générale ou régionale n'est utilisée que lorsque la femme est obèse ou anxieuse et ceci dans le but d'avoir un silence abdominal et un relâchement complet.

3-7-2 - La voie d'abord

C'est la voie abdominale par la mini laparotomie de ODENT. On pratique dans la zone anesthésiée une petite incision de 2.5mm environ, transversale, au niveau de la région sous-ombilicale, 1à2cm au-dessous de la hauteur utérine.

3-7-3 - Les gestes tubaires (16)

A partir de la mini laparotomie visualisation et libération de la trompe ;

- rechercher la trompe avec un crochet tubaire, la saisir avec une pince atraumatique de BABCOOK à l'endroit le plus éloigné de la corne utérine au niveau de l'isthme, pendant qu'on infiltre de la xylocaïne et pendant qu'on fait la ligature, sur la partie moyenne au niveau d'une zone avasculaire de, l'isthme tubaire à l'aide d'un fil résorbable.
- Tamponner le bout avec une compresse imbibée de betadine ;
- Remettre en douce la trompe dans l'abdomen ;
- Effectuer la même manœuvre de l'autre côté et nettoyer l'abdomen ;
- Refermer l'incision plan par plan avec des points de suture une fois l'hémostase assurée et la recouvrir par des bandes adhésives après un pansement de la plaie abdominale avec de la betadine.

3-7-4 - Les suites opératoires (45)

Elles sont en général bonnes, à part les quelques rares complications.

La femme peut se lever dès que cesse l'effet de la sédation ;

Le premier pansement se fait au 4^{ème} jour, c'est à dire avant que la femme sorte de l'hôpital après sa maternité ;

Ablation du fil au 10^{ème} –11^{ème} jour à titre externe.

Les quelques rares complications rencontrées sont :

- infection au niveau de la plaie ;
- complications liées à l'anesthésie en cas surdosage ;
- complications liées au traumatisme chirurgical telles :
 - traumatisme de la vessie ;
 - traumatisme des trompes de Fallope ;
 - traumatisme de l'intestin ;
 - traumatisme des vaisseaux épigastriques ;
 - traumatisme des vaisseaux du mésosalpinx ;
 - perforation utérine ;

Ces complications peuvent être évitées avec un opérateur bien formé, en respectant la posologie d'anesthésie utilisée, et en faisant bien attention aux règles d'asepsie.

3-7-5 - Les conséquences de la stérilisation (46)

- La femme est devenue infertile et ne peut plus avoir d'enfant.

- Les conséquences physiques :

- le syndrome « post-stérilisation » regroupe des signes divers : troubles menstruels, ménorragies, dysménorrhée, douleur pelvienne, dyspareunie. Ce syndrome doit être interprété avec beaucoup de prudence car son évaluation est subjective et peut être secondaire à une pathologie organique méconnue.

- des troubles hormonaux avec des modifications de la vascularisation tubo-ovarienne ont été évoqués ;

- les conséquences psycho-sexuelles : la stérilisation a des conséquences psycho-sexuelles plutôt favorables, la disparition de la hantise personnelle et une meilleure qualité des relations conjugales. Les quelques réactions négatives consistent en des sentiments de regret voire de culpabilité ou des problèmes conjugaux. Elles concernent volontiers des femmes ayant un terrain psychologique particulier ou une décision médicale « à chaud » c'est à dire hâtive surtout en post-partum.

1-Objectifs :

- montrer l'efficacité et la simplicité de l'acte opératoire ;
- montrer que le post-partum est une période privilégiée pour pratiquer la stérilisation tant sur le plan médical que social ;
- faire connaître la fréquence et l'acceptabilité de la contraception chirurgicale volontaire dans le post-partum ;
- faire une évaluation du profil épidémiologique des femmes pour la contraception chirurgicale.

2 - Cadre de l'étude

2-1 - Présentation

Notre étude a été effectuée au centre hospitalier universitaire Maternité de Befelatanana.

Il s'agit d'un bâtiment construit en 1957, avec un rez de chaussé et quatre étages. La Maternité de Befelatanana est reconnue comme l'une des plus grandes Maternités d'Afrique. Elle reçoit aussi les évacuations sanitaires venant des services de santé de district périphériques et des autres provinces. C'est un centre de référence recours en matière de gynécologie-obstétrique, de planification familiale, et de centre de promotion de l'allaitement maternel exclusif.

Depuis 1998, sept(07) unités ont été créées au CHU Maternité de Befelatanana à savoir :

2-1-1 - Unité technique

Qui comprend :

- 2 salles d'accouchements
- 2 blocs opératoires
- une salle d'exploration fonctionnelle située au rez de chaussée

Dans cette unité on peut voir :

- l'utilisation de l'échographie et l'insufflation tubaire ;
- les accouchements eutociques et dystociques nécessitant l'extraction fœtale par vacuum extractor, forceps, spatule de Thierry ou césarienne ;
- les interventions chirurgicales, gynécologiques et obstétricales :coelioscopie, laparotomie, curetage.

2-1-2 - Unité de physiologie obstétricale

Elle possède 2 salles d'hospitalisation aux 1^{ère} et 2^{ème} étages.

Elle s'occupe des femmes nécessitant une préparation particulière avant l'accouchement.

Elle surveille également les suites de couches et naissances physiologiques ou normales.

2-1-3 - Unité de pathologie obstétricale

Elle se trouve aux 3^{ème} et 4^{ème} avec 2 étages.

Elle traite les maladies propres ou associées à la grossesse comme les maladies infectieuses, la néphropathie gravidique. Elle reçoit les suites de couches et de naissances dites pathologiques, par exemple l'accouchement prématuré, le retard de la croissance intra-utérine, l'hypotrophie fœtale. Les opérées de césarienne avec leurs nouveau-nés sont dirigés vers ces deux unités après leur séjour en salle de réanimation.

2-1-4 - Unité de gynécologie et de réanimation

Dont l'hospitalisation se trouve au rez-de-chaussée et la salle de réanimation au 3^{ème} étage, commune avec le service SOP (salle des opérées).

Elle s'occupe des femmes ayant des problèmes gynécologiques(médical ou chirurgical) comme les menaces de fausses couches sans contexte infectieux avant le 6^{ème} mois ou le cas de stérilité.

Par ailleurs, le service de réanimation reçoit les opérées dès leur sortie du bloc opératoire ainsi que tout état de choc gynéco-obstétrical nécessitant surveillance et réanimation.

2-1-5 - Unité des soins externes

Elle comprend :

- les salles de consultation pre- et post-natal, chargées de la surveillance de la grossesse, du suivi post-natal et de la vaccination
- la salle de triage, qui a pour rôle d'effectuer les examens des parturientes ou des malades avant l'admission et la répartition dans les différents services de la Maternité
- la pharmacie, la buanderie et la lingerie

Cette unité se trouve au rez-de-chaussé

2-1-6 - Unité de néonatalogie

C'est une nouvelle section intégrée au service de la maternité dans l'optique de « la santé de l'enfant, avenir du monde »

2-1-7 - Centre de Santé de la reproduction :

C'est un service nouvellement créé en septembre 1997.

Il assure la CCC chez les femmes sorties de la maternité, accouchées, opérées et malades. Et oriente le choix des méthodes contraceptives des sortantes de la Maternité de Befelatanana.

Ces différents services fonctionnent indépendamment avec un chef de service à la tête de chacun.

2-2 - Personnels techniques et administratifs

La maternité de Befelatanana compte 187 travailleurs permanents sous la supervision d'un Médecin-chef dont :

- 18 médecins
- 99 sage-femmes
- 54 employés de services

- 16 personnels administratifs

3 - Méthodologie

3-1 - Méthode d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective des cas de CCV du post-partum par minilaparotomie, menée au CHU Maternité de Befelatanana du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2001. Nous avons procédé à un dépouillement de dossiers, en respectant la chronologie des dates d'admission des volontaires à la maternité de Befelatanana. La plus jeune de nos patientes avait 27 ans et la plus âgée 46 ans, la moyenne d'âge des femmes volontaires pour la CCVF est de 33.73, les autres paramètres seront détaillés ultérieurement dans l'étude de l'aspect épidémiologique des volontaires pour la CCVVF en période du post-partum.

3-1-1 - Evaluation préopératoire des patientes

A - Evaluation psychosociale

Ce sont en général des femmes motivées à pratiquer comme méthode de planification familiale, la CCVF, qui par leur âge et ou leur état de santé, présentent une intolérance ou un grand risque à l'utilisation des autres procédés anticonceptionnels.

La crainte d'une nouvelle grossesse après un accouchement antérieur difficile ou des avortements spontanés ou provoqués habituels incite souvent le couple à se faire stériliser.

La multiparité à l'âge avancé et la multiparité à l'âge jeune constituent aussi un grand facteur dans la décision du couple.

B - Evaluation médicale

L'évaluation médicale préopératoire vérifie le bon fonctionnement des différents appareils pour dépister une pathologie pouvant imposer une prise en charge particulière ou retarder l'intervention

Elle est effective pour les femmes ayant déjà subi des opérations césariennes itératives.

3-1-2 - Accord en vue d'une stérilisation volontaire féminine

A toutes les femmes qui veulent être stérilisées, et dans la mesure du possible aux couples, on les informe d'abord sur les différentes méthodes contraceptives modernes, en soulignant leur efficacité, leurs avantages et inconvénients.

La CCVF pourra être indiquée d'emblée si le couple décide de ne plus procréer.

Ainsi, les intéressés sont invités à remettre leur demande écrite marquant un accord relatif à leur choix.

3-2 - Matériels d'étude

Les données sur les volontaires à travers la présente étude ont été prélevées à partir :

- des fiches individuelles de consultation ;
- du cahier de registre des CCVF aux blocs opératoires ;

3-2-1 - Fiches individuelles de consultation

Ces fiches renferment les renseignements relatifs :

- à l'identification de l'utilisatrice tels que l'âge, le domicile, le niveau d'instruction de la cliente ainsi que celui de son conjoint, l'état matrimonial, le nombre d'enfants vivants, elles donnent aussi des informations sur l'âge de l'enfant dernier-né, celui de l'avant dernier-né et peuvent informer sur les motifs exacts d'adhésion à la planification familiale et à la source d'information sur la planification familiale.
- aux contraceptifs antérieurement utilisés
- à la méthode contraceptive prescrite, renseignant sur l'état clinique de l'utilisatrice
- au suivi mettant en relief l'évolution clinique de l'utilisatrice, en poids, la tension artérielle, et dépistant les effets secondaires éventuels, les changements de méthode ainsi que la date du prochain rendez-vous.

3-2-2 - Le cahier de registre des CCVF aux blocs opératoires

On peut voir d'un seul coup :

- l'identité de la femme ;
- le nombre de gestité, de parité, d'avortement antérieur ;

- le protocole opératoire, de la prémédication jusqu'au levée de la table d'opération ;
- la durée de l'opération ;

4-Resultats

4-1-Fréquence

- Effectif total des nouvelles utilisatrices des méthodes contraceptives durant l'année 2001

Tableau n°1 : Nouvelles utilisatrices de planification familiale

METHODES	Ier trimestre	IIème trimestre	IIIème trimestre	IVème trimestre	TOTAL
CO	30	23	55	54	162
CI	98	64	15	68	245
DIU	2	2	2	NEANT	6
PRESERVATIF	1	NEANT	NEANT	1	2
CONCEPTROL	1	NEANT	NEANT	NEANT	1
NORPLANT	8	3	3	1	15
VASECTOMIE	0	1	NEANT	NEANT	1
MINILAP	67	38	30	36	171
PFN	NEANT	NEANT	NEANT	1	1
TOTAL	207	131	105	161	604

-Effectif total des volontaires de contraception chirurgicale volontaire par la mini laparotomie sous-anesthésie locale en 2001

Tableau n°2 : CCVF par mini laparotomie sous-anesthésie locale

PERIODE	Ier trimestre	IIème trimestre	IIIème trimestre	IV ème trimestre
POST-PARTUM	21	18	11	13
INTERVALLE	13	6	6	6
TOTAL	34	24	17	19

-Tableau n°3 : Bilan annuel des CCVF en post-partum

PERIODE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Ier trimestre	21	33.33
IIème trimestre	18	28.12
IIIème trimestre	11	17.46
IVème trimestre	13	20.63
TOTAL	63	100

-Tableau n°4 : Bilan trimestriel des CCVF du post-partum par rapport aux CCVF par mini laparotomie sous-anesthésie locale

PERIODE	CCVF sous-AL	Post-partum	Pourcentage
Ier trimestre	34	21	61.76
IIème trimestre	24	18	75
IIIème trimestre	17	11	64
IVème trimestre	18	13	72

Fréquence mensuelle en l'an 2001

Tableau n°5 : Répartition mensuelle des volontaires en post-partum

MOIS	EFFECTIF	TAUX
Janvier	3	4.76
Février	13	20.63
Mars	5	7.9
Avril	6	9.52
Mai	7	11.11
Juin	5	7.9
Juillet	4	6.3
Août	4	6.3
Septembre	3	4.76
Octobre	6	9.52
Novembre	4	6.3
Décembre	3	4.76
TOTAL	63	100

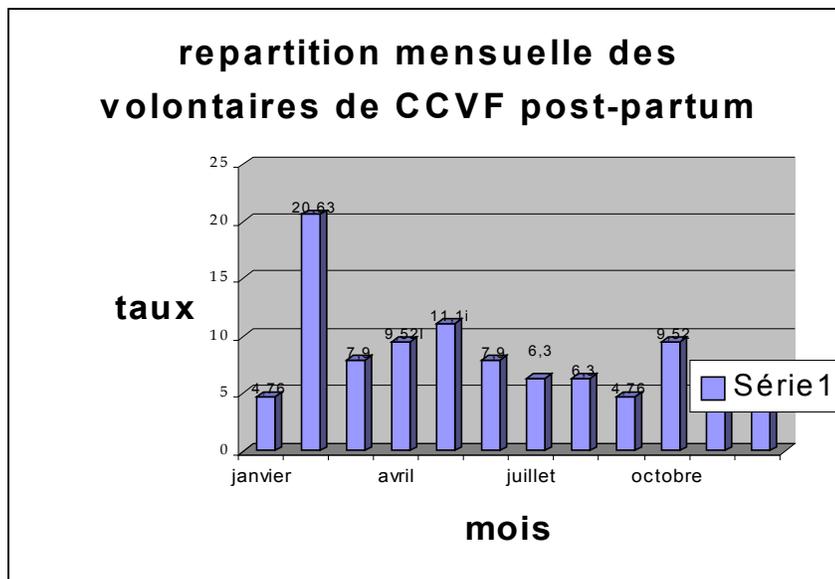


Figure n°1 : Répartition mensuelle des opérées

Tableau n°6 : Nos observations

N°	NOM	AGE	GESTITE	PARITE	Nombre enfants vivants	Contraception antérieure	Niveau intellectuel
01	RAS	36	6	6	6	Néant	Primaire
02	RAZ	43	12	13	13(géme llaire)	Néant	Primaire
03	RAV	35	5	4	4	CI	secondaire
04	RAH	35	5	5	4	Néant	secondaire
05	RAF	41	6	6	6	DIU	Primaire
06	RAZ	40	6	6	6	Néant	Primaire
07	SAR	43	4	4	4	Néant	Primaire
08	MEV	38	8	7	7	Néant	Primaire
09	FAR	46	6	6	5	COC	Secondaire
10	RAS	28	5	4	4	Néant	Secondaire
11	RAB	40	7	7	6	Néant	Secondaire
12	RAD	40	8	7	5	Néant	Secondaire
13	RAH	38	6	6	6	Néant	Primaire
14	RAM	42	8	8	5	Néant	Secondaire
15	RAN	32	6	4	4	COC	Primaire
16	RAZ	37	9	8	5	CI	Secondaire
17	RAZ	38	7	6	6	COC	Secondaire
18	TAT	28	5	4	6	Néant	Primaire
19	MAD	34	3	2	5	COC	Secondaire
20	RAL	30	3	4	4	CI	Primaire
21	RAF	30	4	4	4	Néant	Universitaire
22	RAH	34	4	5	5	Néant	Secondaire
23	RAN	32	5	4	4	DIU	Primaire
24	RAM	34	6	5	5	CI	Primaire
25	HER	34	8	8	8	Néant	Primaire
26	FAR	38	10	8	7	Néant	Primaire
27	RAZ	32	8	7	7	Néant	Primaire
28	RAZ	45	8	8	7	Néant	Primaire
29	RAS	33	4	4	4	CI	Secondaire

30	RAD	39	8	8	7	Néant	Primaire
31	REL	28	5	5	5	Néant	Primaire
32	RAH	38	9	8	8	Néant	Primaire
33	HAS	27	3	3	3	Néant	Primaire
34	MAN	28	4	4	4	Néant	Primaire
35	NAD	42	6	6	6	Néant	Primaire
36	RAS	37	9	8	3 et 4dc	COC	Primaire
37	RAK	44	5	5	4	Néant	Primaire
38	RAB	36	4	4	4	Néant	Primaire
39	RAD	30	7	7	7	Néant	Primaire
40	RAV	26	4	4	4	Néant	Primaire
41	TEN	31	4	4	4	Néant	Primaire
42	LAL	38	5	5	5	CI	Secondaire
43	RAB	28	4	4	4	Néant	Primaire
44	RAK	41	12	10	10	Néant	Primaire
45	RAS	41	10	10	10	Néant	Primaire
46	RAK	42	12	11	11	Néant	Primaire
47	RAM	31	5	5	5	Néant	Secondaire
48	RAN	36	8	8	7	Néant	Primaire
49	FEN	44	9	7	6	Néant	Primaire
50	KOL	30	5	4	4	Préservatif	Secondaire
51	BAK	37	5	4	4	CI	Secondaire
52	HAR	36	6	6	6	COC	Secondaire
53	RAZ	47	4	3	3	Néant	Secondaire
54	RAS	33	8	7	5	Néant	Primaire
55	RAZ	31	6	6	6	Néant	Secondaire
56	RAH	38	5	5	6	CI	Universitaire
57	RAH	40	10	9	9	COC	Secondaire
58	RAV	41	8	8	8	DIU	Primaire
59	HAI	39	4	3	3	Néant	Secondaire
60	ASI	38	9	8	6	Néant	Primaire
61	RAS	44	11	11	6	Néant	Primaire
62	RAN	28	2	2	2	Néant	Secondaire
63	RAF	33	5	4	4	Néant	primaire

4-2-Aspects épidémiologiques

a) Age

Tableau n°7 : Répartition selon l'âge

Tranche d'âge(ans)	Effectif	Pourcentages
[25-30[8	12.70
[30-35[17	26.98
[35-40[19	30.15
[40-45[16	25.39
>45	3	4.76
TOTAL	63	100

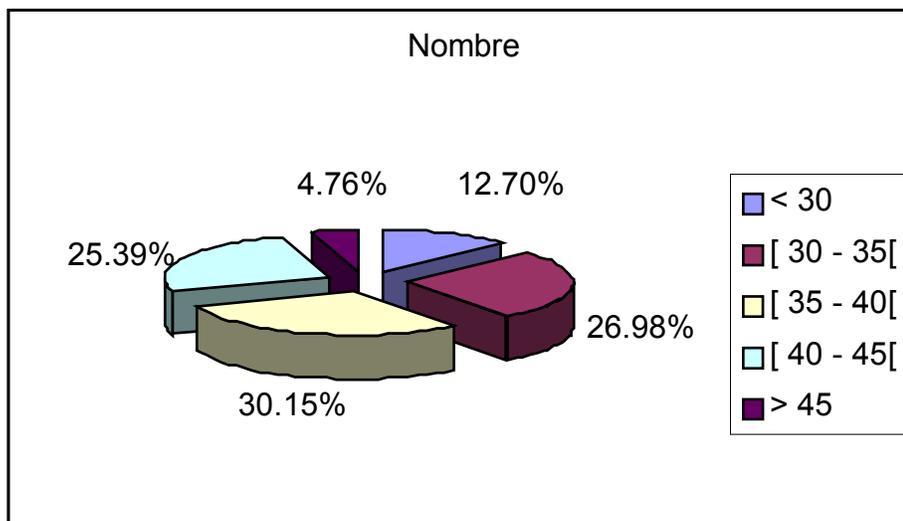


Figure n°2 – Age des opérées

b) Gestité

Tableau n°8 – Répartition selon la gestité

Gestité	effectif	Pourcentage
G2	1	1.59
G3-G4	14	22.22
G5-G6	23	36.51
G7-G8	13	20.63
G8 et plus	12	19.5
TOTAL	63	100

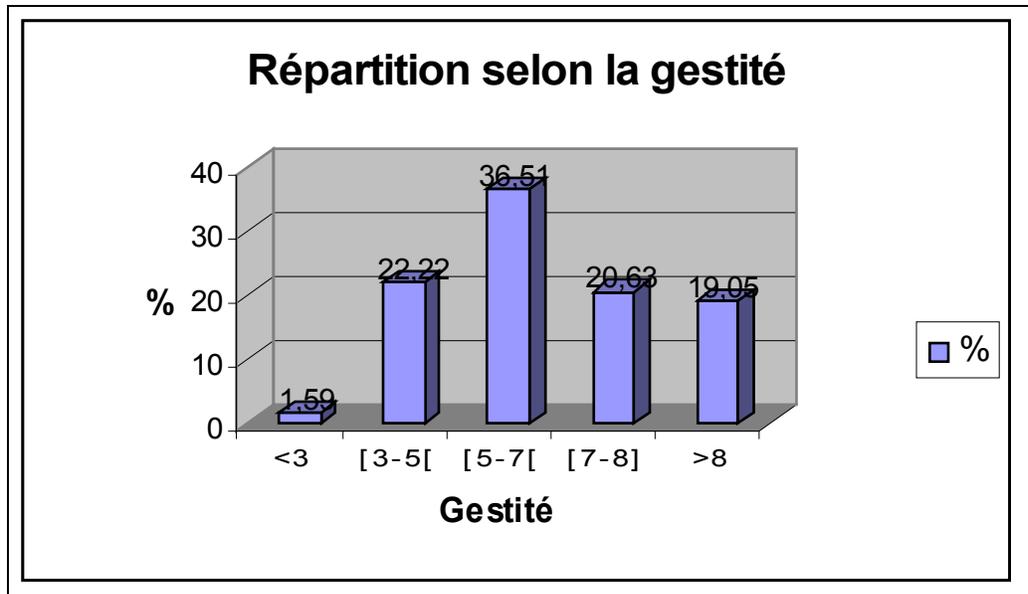


Figure n°3 - Gestité des opérées

c) Parité

Tableau n°9 - Répartition selon la parité

Parité	effectif	Taux
2à3	5	7,93
4à5	25	39,68
6à7	16	25,39
>7	17	26,98
total	63	100

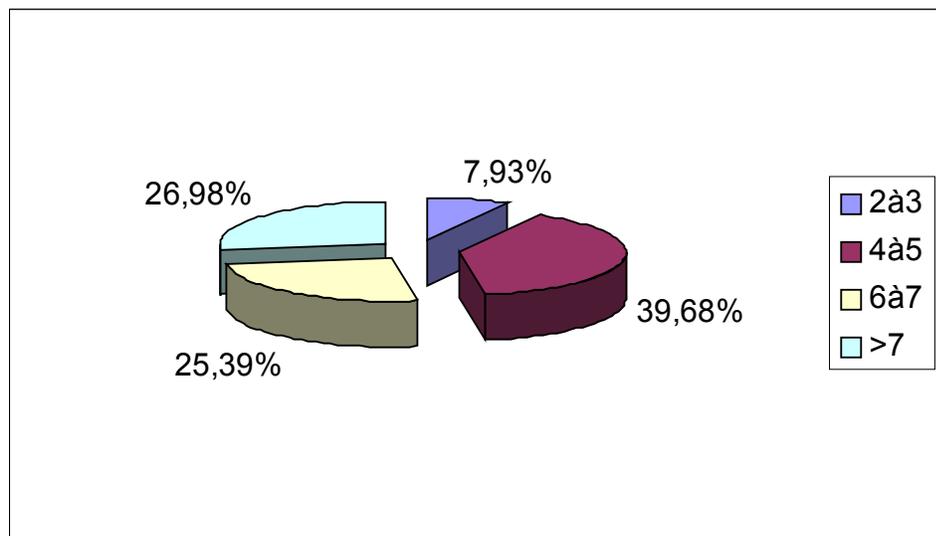


Figure n°4_- Parité des opérées

d) Niveau intellectuel

Tableau n°10: Répartition selon le niveau intellectuel

Niveau intellectuel	effectif	Taux
Primaire	37	58.73
Secondaire	24	38.09
universitaire	2	3.17
Total	63	100

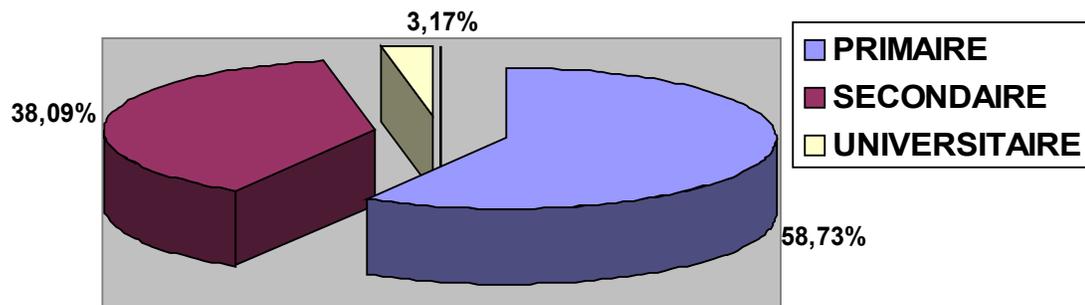


Figure n°5 - Niveau intellectuel des opérées

e) Nombre d'enfants vivants

Tableau n°11-Répartition selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectif	Taux
<3	1	1.58
3à4	23	36.50
5à6	24	38.08
7à8	10	15.87
>8	5	7.93
Total	63	100

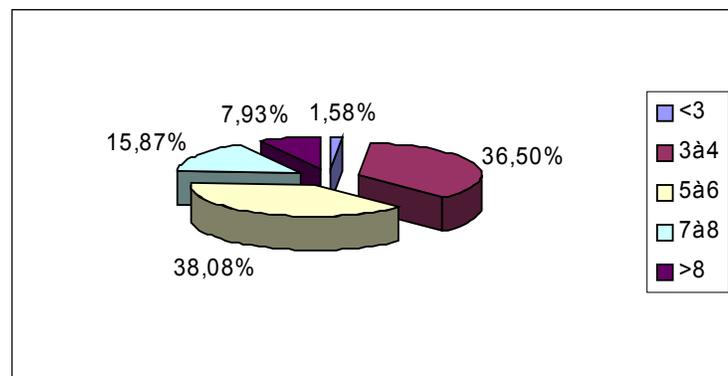


Figure n°6 - Nombre d'enfants vivants des opérées

f) Antécédents

Tableau n°12-Répartition selon la contraception antérieure

TYPES	EFFECTIF	TAUX
CI	8	12.69
COC	7	11.11
DIU	3	4.76
PRESERVATIF	1	1.58
NEANT	44	69.84

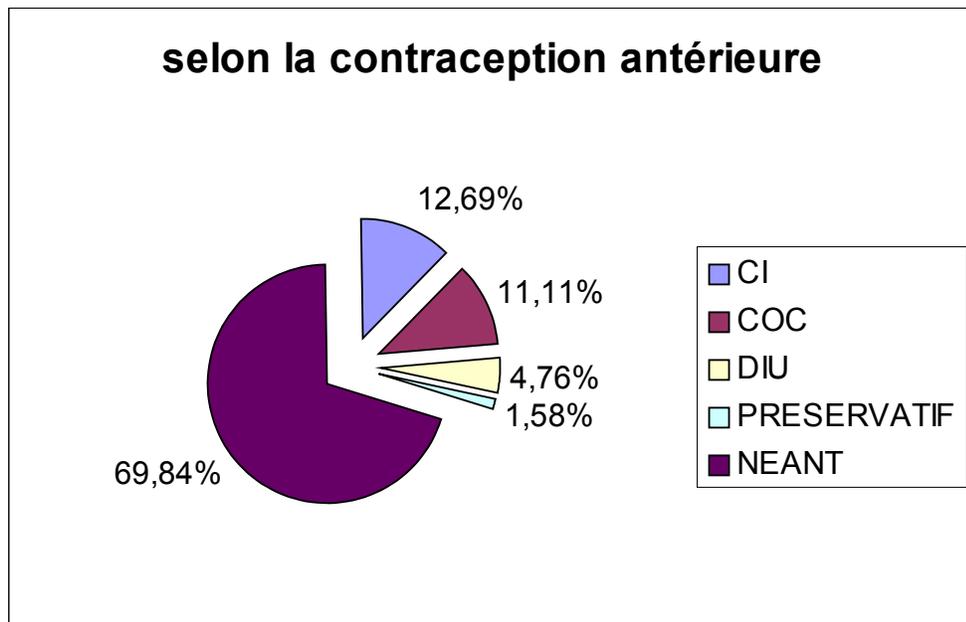


Figure n° 7 - Contraception antérieure des opérées

g) Suites opératoires

Tableau n°13- Répartition selon les suites opératoires

Suite opératoire	Effectif	Pourcentage
------------------	----------	-------------

Suite simple	63	100
Complications	NEANT	0
TOTAL	63	100

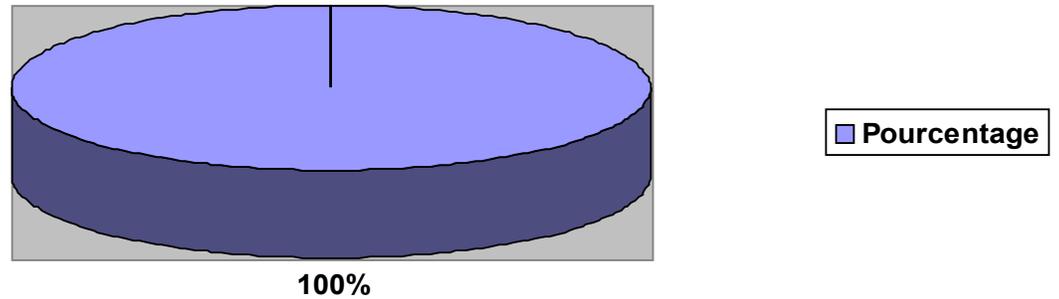


Figure n°8 : - Suites opératoires

1 - Commentaires

1-1 - Habitudes du service

Quatre vingt dix neuf pour cent (99%) des volontaires sont stérilisées par la mini laparotomie et selon le procédé de POMEROY, ceci indique la simplicité de l'acte du fait de l'accessibilité facile aux trompes, grâce au fond utérin qui est encore sous-ombilical

dans le post-partum, les médecins spécialement formés sont habitués à la technique et l'opération dure en moyenne 15minutes.

L'anesthésie locale est la plus utilisée pour la mini laparotomie du post-partum à la maternité de Befelatanana, sauf en cas de complication au moment de l'intervention comme le cas de la patiente N° 7 chez qui au cours de l'opération on a découvert des adhérences suites à une appendicectomie antérieure.

Avant de pratiquer l'acte, l'opérateur interroge la femme si elle a bien compris ce qu'on va faire et cela pour savoir si la femme est bien informée concernant la contraception chirurgicale.

Au cours de l'intervention l'opérateur ainsi que son aide continuent encore d'expliquer à la femme le déroulement de l'opération ceci dans le but de distraire la femme pour qu'elle ne ressente pas beaucoup de douleurs et pour tester l'état de veille de la femme.

Lors de la séance de counseling, la femme est informée de l'existence d'autres méthodes de contraception disponibles dans le service ainsi que les avantages et les inconvénients, le personnel soignant qui prend en charge la femme dans la salle d'accouchement et dans les salles obstétriques aide la femme à prendre une bonne décision concernant le cas de chaque femme.

Lors des entretiens individuels, la sage-femme responsable encourage les clientes à s'exprimer en leur donnant l'occasion de poser toutes les questions qu'elles souhaitent et à formuler leurs craintes, à ces conditions tout malentendu ou information erronée sont écartés.

Comme tout autre centre de planification familiale, la maternité de Befelatanana suit la règle de 120 du collège Américain des obstétriciens et gynécologues pour l'accord de la CCVF :

Pour un résultat supérieur à 120, la CCVF est acceptée.

Pour un résultat inférieur à 120, le cas est à discuter.

Cette règle est appliquée à la maternité comme suit :

28 à 29ans = 5 enfants vivants

30 à 34ans = 3 enfants vivants dont le dernier-né doit avoir plus de 3 ans

35 à 46 ans = 2 enfants vivants dont le dernier-né doit avoir plus de 3 ans

>46 ans = 2 enfants vivants

Mais comme la décision de se faire stériliser vient du couple ou de la femme elle-même, on lui accorde la CCVF si telle est sa volonté après qu'elle ait déposée sa demande bien remplie et signée, même si ces conditions ne sont pas remplies car tout individu est libre de choisir le nombre d'enfants voulus.

La CCVF du post-partum à la maternité de Befelatanana, se pratique dans les 48 heures suivant l'accouchement où la veille de l'opération la sage-femme responsable recommande à la femme de prendre le dernier repas à 9 heures du soir et de rester à jeun jusqu'à la fin de l'acte, mais parfois au cours de l'opération on peut donner à la femme un bonbon à sucer pour éviter une éventuelle hypoglycémie.

Les médicaments utilisés lors de l'opération sont des médicaments faciles à trouver (Atropine pour la sédation et de la xylocaïne comme anesthésique), et si nécessaire on prescrit des antibiotiques en post-opératoire.

Le premier pansement se fait au 4^{ème} jour, c'est à dire avant la sortie de la femme de la maternité, comme ça la femme n'a plus besoin d'une autre hospitalisation ou dépenser encore des frais de transport pour aller à l'hôpital, et le deuxième pansement et ablation des fils au 11^{ème} jour à titre externe où le médecin ou la sage-femme responsable peut voir l'évolution de la plaie qui est en général bonne.

Comme la plupart de nos clientes sont de niveau primaire voire même illettrées, la sage-femme responsable l'aide à remplir la demande écrite (consentement éclairé) et les deux époux doivent mettre leurs empreintes en guise de signatures.

1-2 - Aspects épidémiocliniques

1-2-1 - Fréquence de la CCVF

En dehors des méthodes contraceptives habituellement utilisées (CO et CI), la mini laparotomie se situe au 1^{er} rang par rapport aux autres méthodes de planification familiale modernes, comme le DIU, le NORPLANT, la vasectomie.

Lors du dépouillement des dossiers nous avons trouvé 171 volontaires pour la CCVF dont 93 par la mini laparotomie sous-anesthésie locale et 78 sous-anesthésie générale et associées à une autre intervention chirurgicale abdominale où la LST n'est qu'un complément, parmi les 93 sous-anesthésie locale, 63 en post-partum et 30 en intervalle. Par rapport aux CCVF intervalle, le taux des femmes qui subissent la LST en post-partum a doublé au cours du 1^{er} et 3^{ème} trimestre, ce taux est même triplé durant les 2^{ème} et 4^{ème} trimestre.

Les mois de décembre et janvier, les femmes préparent les fêtes familiales de fin d'année et de nouvel an d'où le faible taux à 4.76%

Le mois de septembre, c'est la rentrée scolaire, le budget familial bascule vers les fournitures scolaires des enfants.

Le mois de février semble le plus fréquenté avec un taux de 20.63% car les femmes ne se soucient plus des fêtes.

Au troisième trimestre l'effectif total des CCVF diminue avec un taux de 17.46%, une part considérable du budget familial est utilisée pour les us et coutumes tels : l'exhumation (famadihana) et la circoncision.

a) L'âge de la femme

Des femmes avec un âge inférieur à 30ans, 12.70% de nos volontaires ont opté pour la CCVF comme méthode de limitation de naissance pour des raisons médicales et de

convenances personnelles, car il y a des femmes qui ont déjà plus de cinq enfants vivants malgré leur jeune âge du fait du mariage précoce chez les jeunes filles malgaches. Il y a aussi des cas où la femme ne tolère pas les autres contraceptifs pour une raison de santé, mais parfois elles ont tendance à regretter car elles pourraient encore avoir besoin d'autres enfants, en cas de décès du conjoint ou un remariage ultérieur.

La majorité des opérées se trouvent dans la tranche d'âge située entre trente et quarante cinq ans avec un maximum (30.15%) entre l'âge de trente cinq à quarante ans qui est la tranche d'âge idéale pour subir la CCVF, la plupart de ces femmes qui sont encore loin de la ménopause ont plus de quatre enfants d'où indication de la CCVF et en plus leur mari ne veut pas subir à leur place la contraception chirurgicale.

Trois cas sont observés pour les femmes âgées de plus de quarante cinq ans (N°5-N°10-N°26) où la multiparité à l'âge avancé incite la femme à se faire stériliser.

Dans une population nord-américaine, d'après une enquête rétrospective sur plus de 11000 patientes ayant subi une stérilisation tubaire, le taux de regret (dans les 14 années suivant la stérilisation), s'élevait à 20.3% chez les femmes stérilisées avant 30 ans, atteignait 5.9% chez celles stérilisées au-delà 30 ans.

b) Gestité

Les femmes dont le nombre de gestité est de 5 à 6 prédominent avec un taux de 36.51%. Pas de nulligeste dans notre étude, donc les femmes malgaches respectent les règles de la CCVF qui contre-indiquent la stérilisation féminine chez les nulligestes et les nullipares.

c) La parité

La parité est le nombre d'accouchements

Nous avons classé nos patientes en quatre sous groupes :

Primipare : femme n'ayant qu'un enfant

Paucipare : femme ayant deux ou trois enfants

Multipare : femme ayant quatre ou cinq enfants

Grande multipare : femme ayant six enfants et plus

Il n'y avait pas de primipare dans notre étude ;

Les paucipares avec un taux de 7.93%(N°19-N°33-N°53-N°59-N°62) où la raison médicale est en premier dans le choix de l'intéressée ;

Les multipares(39.68%) et les grandes multipares(52.37%) occupent une grande place parmi les volontaires de la CCVF du post-partum, ainsi la multiparité est un principal facteur d'indication de la CCVF à la maternité de Befelatanana. Les grandes multipares sont artisanes de la CCVF.

d) Niveau intellectuel

37 primaires(58.73%) ;

24secondaires(38.09%) ;

02 universitaires(3.17%) ;

Plus de la moitié des volontaires pour la CCVF du post-partum ont un niveau intellectuel primaire, ceci est en rapport avec les problèmes socio-économiques qui prédominent dans beaucoup de familles malgaches où les parents acceptent comme normal si une petite fille doit quitter l'école dès qu'elle sait lire ou écrire.

Les femmes de niveau intellectuel primaire optent pour la CCVF, car elles ne veulent plus être dérangées avec les autres méthodes vues que la CCVF est définitive et permanente.

Les femmes de niveau universitaire ne constituent que 3.17% des volontaires, cela nous indique que les intellectuelles optent pour d'autres méthodes modernes, car elles savent utiliser ces autres méthodes.

Ces chiffres nous indiquent aussi que plus le niveau intellectuel s'élève plus le nombre des volontaires diminue car plus la femme a un certain niveau plus elle utilise d'autre méthode.

e) Le nombre d'enfants vivants

Un virgule cinquante huit pour cent (1.58%)des volontaires ont un nombre d'enfants vivants inférieur à trois avec deux enfants vivants, le cas de la patiente N°62 qui est épileptique et au cours du travail avait présenté une crise d'éclampsie, sa décision est purement d'ordre médical.

Des femmes qui ont accouché des triplets (femme N°19) avec cinq enfants vivants ou de gémellaire (femmes N°18 ; N°56 ; N°02), avec respectivement comme nombre d'enfants vivants six pour les deux premières et treize pour la dernière, font partie des volontaires pour la CCVF post-partum : le fait d'avoir deux ou trois bébés à la fois est décisif pour certains de recourir à la CCVF.

La majorité des femmes volontaires ont cinq à six enfants vivants et constituent les 38.08% de nos cas étudiés, les 3 à 4 enfants vivants avec un pourcentage de 36.50% sont au deuxième rang, actuellement les familles malgaches qui ont accès à la planification familiale limitent leur nombre d'enfants en moyenne entre trois et six. Mais cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de femmes qui ont plus de sept à huit enfants vivants, il y a une femme qui a treize enfants vivants.

Les familles malgaches commencent à être conscientes des problèmes posés par la présence d'enfant trop nombreux, elles préfèrent donner une bonne éducation et une bonne santé pour les enfants, d'où leurs décisions de se faire stériliser juste après l'accouchement.

f) La contraception antérieure :

Parmi les 63 volontaires de CCVF post-partum, seules 19 femmes ont pratiqué la planification familiale dont :

- 01 pour préservatif (1.58%) ;
- 03 pour DIU (4.76%) ;
- 07 pour COC (11.11%) ;

- 08 pour les contraceptifs injectables (12.69%)

Et les femmes qui n'ont jamais utilisé une méthode contraceptive constituent la majorité des volontaires avec un effectif de 44 (69.84%).

Ces chiffres nous montrent le faible taux d'utilisation de la planification familiale, or dans le monde on estime que les utilisatrices de la contraception sont plus de trois cents millions de couples.

La contraception de longue durée comme le DIU n'est pas encore bien acceptée par les femmes malgaches à cause des fausses rumeurs.

La préférence des utilisatrices est la contraception injectable où elles ne font pas souvent de déplacement vers les centres de planification familiale comme ça les frais de déplacement sont réduits et la méthode reste inconnue pour l'entourage.

Parmi nos patientes on n'a pas trouvé une qui utilise le NORPLANT.

g) Suites opératoires

Les suites opératoires sont excellentes, sans complications à 100%

h) La situation matrimoniale

Les femmes mariées, sont encouragées par leurs maris à subir volontairement la stérilisation tubaire à cause des difficultés économiques et le nombre d'enfant estimé suffisant.

SUGGESTIONS

D'après les résultats sus-cités, les principaux problèmes qui ressortent de la présente étude peuvent être résumés comme suit :

- les femmes de niveau intellectuel primaire prédominent chez les volontaires en matière de CCVF, et rares sont celles qui sont de niveau universitaire ;
- les grandes multipares et de niveau intellectuel primaire qui viennent des couches défavorisées sont majoritaires ;
- les femmes mariées subissent la contraception chirurgicale après encouragement de leurs maris ;
- la planification familiale n'est pas encore bien acceptée dans les familles malgaches ;

A partir de ces constats, les suggestions proposées en vue de résoudre les problèmes relevés peuvent être les suivantes :

- Une nouvelle grossesse survenue dans la période du post-partum est fréquemment à l'origine d'une interruption volontaire de grossesse, donc il est indispensable ,pour diminuer ces interruptions volontaires de grossesse du post-partum ,d'informer les patientes

du risque de grossesse et de la nécessité d'initier la contraception avant la reprise des rapports sexuels

- Cibler la population la plus concernée(les grandes multipares /les hommes /les femmes à risque...).

- Lutter contre l'analphabétisation, en encourageant les parents à scolariser leurs enfants jusqu'au niveau le plus loin possible qu'ils puissent atteindre car le prolongement des études retarde la procréation, et le mariage précoce .et pour les femmes illettrées organiser dans chaque village des séances d'apprentissage de lecture et d'écriture car c'est plus facile d'éduquer des gens qui savent lire et écrire.

- Pour un coût minime, les frais pour la planification familiale n'entrent pas encore dans le budget familial des familles malgaches et la femme pour pouvoir suivre une méthode contraceptive quelconque avec les frais nécessaires, doit la plupart du temps faire appel à l'assistance de sa propre famille (les parents) à cet effet il faut créer une caisse sociale pour alléger les frais de l'intervention, qui n'est pas encore abordable pour les familles démunies avec beaucoup de charge familial ;

- Inclure dans le programme scolaire les notions de planification familiale à tous les niveaux, vu que la plupart de nos clientes sont de niveau intellectuel primaire.

- Comme la CCVF permet de limiter les naissances et de maîtriser la croissance de la population il faut donc :

- Multiplier la formation des formateurs, en vue d'améliorer cette technique ;

- Vulgariser la CCVF.
 - Former les personnels médicaux, paramédicaux et les aides sanitaires pour faire la CCC ;
 - Améliorer la prestation de services.
 - Elargir le site de planification familiale surtout en milieu rural.
 - Octroyer aux prestataires des indemnités ou primes de performance
- Vulgariser la contraception chirurgicale volontaire masculine car le mari peut contribuer directement à la limitation de naissances à la place de la femme. D'un point de vue économique, ils auront moins d'enfants en charge et une épouse en meilleure santé.
- Renforcer les programmes de CCC pour combattre les mauvaises rumeurs surtout auprès de la population cible :
- Moyens préventifs pour combattre les rumeurs :
 - donner des informations claires, précises, complètes et exactes. Expliquer que la stérilisation n'affecte pas la libido, ni l'orgasme mais au contraire améliore la relation conjugale car il n'y a plus crainte d'une nouvelle grossesse et insister sur les avantages de la planification familiale sur la santé maternelle et la situation économique de la famille et de notre pays
 - renforcer les campagnes d'information de mass média, employer des aides visuelles (boîte à image ; brochures ; vidéo ; affiches..)
 - dire la vérité, et insister sur les complications dues aux avortements clandestins et à la répétition de la grossesse.
 - Moyens curatifs pour combattre les rumeurs :
 - identifier la source.
 - renforcer les informations exactes, précises, complètes.
 - collaborer avec les leaders d'opinion.
 - utiliser les témoignages des clients satisfaits, envisager un programme de formation pour les utilisatrices de la méthode contraceptive afin qu'elles

puissent sensibiliser les membres de leur famille, ami(e)s, voisin(e)s, proches...

•L'éducation sur la planification familiale doit être obligatoire dans les informations sanitaires :

- éducation des campagnards en matières de problèmes liés à la sexualité, à la procréation et à la responsabilité des parents devant leurs enfants.
- éducation des futurs parents, sur leurs rôles et leurs responsabilités ultérieures.
- expliquer aux chrétiens que la planification familiale n'est pas un péché.

•L'église joue un rôle important dans l'éducation pour l'harmonisation de la vie familiale .Les responsables spirituels devraient éduquer ses adeptes ,de conseiller la pratique de planification familiale pour limiter ou espacer les naissances afin d'avoir le nombre d'enfants voulus et d'éviter les interruptions volontaires de grossesses.

•La distribution des journaux de planification familiale sera un atout majeur.

CONCLUSION

La stérilisation tubaire représente une méthode simple, sûre, efficace, sans danger et peu coûteuse pour limiter les naissances.

Notre travail est une étude rétrospective des cas de contraception chirurgicale volontaire féminine par mini laparotomie du post-partum au CHU maternité de Befelatanana du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2001.

La voie abdominale par la mini laparotomie sous anesthésie locale et comme procédé celui de POMEROY sont les techniques utilisées pour la stérilisation tubaire à la maternité de Befelatanana.

- Le nombre des femmes stérilisées est de 63.
- Le mois le plus fréquenté est le mois de février avec un taux de 20,63%
- En dehors des méthodes contraceptives habituellement utilisées (CO et CI), la LST se situe au premier rang par rapport aux autres méthodes de planification familiale modernes.
- Trente virgule quinze pour cent (30.15%) des opérées se trouvent dans la tranche d'âge de 35 à 40 ans, selon la revue de littérature c'est la tranche d'âge idéale pour la CCVF
- Les soixante-neuf virgule quatre-vingt-quatre pour cent (69,84%) des femmes stérilisées n'ont jamais utilisé des méthodes contraceptives antérieurement.
- Les femmes ayant 5 à 6 enfants vivants (38,08%) et ayant un nombre de gestité de 5 à 6 (36,51%) prédominent.
- La majorité de nos patientes ont un niveau intellectuel primaire (58,73%) et les femmes de niveau universitaire sont très rares (03,17%)
- Il n'y a pas de primipare dans notre sélection, la majorité de nos patientes ont comme parité quatre ou cinq (39,68%)
- Les suites opératoires sont excellentes, sans complications à 100%.

La période du post-partum peut constituer un moment privilégié de la vie génitale d'une femme pour recevoir une information complète en matière de contraception.

Les quarante huit heures suivant l'accouchement représentent la période la plus favorable pour effectuer la stérilisation tubaire.

Les raisons qui amènent les femmes à se faire stériliser sont les suivantes :

- la crainte d'une nouvelle grossesse après un accouchement antérieur difficile ou des avortements spontanés ou provoqués habituels.
- le nombre d'enfants suffisant pour le couple.
- les problèmes socio-économiques dans la famille.
- la multiparité à l'âge avancé.
- la multiparité à jeune âge.

Comme suggestions, nous proposons :

- D'intégrer la planification familiale dans le programme scolaire.
- De renforcer les CCC sur la planification familiale surtout en matière de CCVF.
- La création d'une caisse sociale pour alléger les frais de l'intervention encore trop chers pour les familles démunies.
- D'octroyer aux prestataires des indemnités ou primes de performance

BIBLIOGRAPHIE

1. PALMER A, DOURLEIN AM, AUBERT A, GERAUD R, La stérilisation volontaire en France et dans le monde, Paris, Masson, 3^e édition , 1981 : 3-5
2. H CHIELLI., La stérilisation féminine. Ellipses AUPELF / UREF . Gynécologie obs. Paris , 3^e édition, 2000 : 5 17 – 529
3. P. KAMINA . Anatomie de l'appareil génital féminin, Encycl . Med . Chir Gynécologie, Elsevier, Paris,1997 ;1 ;10-A-10 :10
4. BODIGINA V , Anatomie et Physiologie des organes génitaux féminins. Mir. Précis obstétrique. Paris,1986 : 10 – 12
5. J. ROBERT MC CLINTIC. External genitalic of human female. Musby. Human anatomy, London , 1983 : 477
6. DELMAS A , ROUVIERE H. Anatomie humaine . Paris , Masson, 12^e Edition , 1992 : 602 – 605
7. KENT M, VAN de GRAFF, Anatomie et physiologie humaine. Masson , 1989 : 303, 308, 309.
8. L. PERLEMUTER., J WALIGORA, Petit Bassin , cahier d'anatomie , 3^e édition , Masson ,1986 ; II ; 5 :2.
9. C KINESI, Coupe sagittale paramédiane du petit bassin de la femme. Atlas d'anatomie clinique. Paris, Masson , 1981 : 167
10. ASMER E , MADELENAT P. Physiologie de la trompe .Encycl . Med . Chir Gynécologie, Elsevier, Paris, 1989 ; 1 ;13-A 10 : 3.
11. VINATIER D et Coll., Physiologie des trompes. Encycl . Med . Chir., Gynécologie Elsevier, Paris,1996 ; 31-A 10 :10 .
12. RAMASIARIVELO. LST du post- partum par voie trans-ombilicale à propos de 53 cas observés à la maternité de Befelatanana du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 1998 , Thèse Med Antananarivo, 1999 ;5043 :23.

13. OMS , Méthodes naturelles de planification familiale , ce que les agents de santé doivent savoir, OMS , Genève, 1993 : 7-17.

14. FNUAP, G. LEGRAIN, P DELVOY, J.R RANJALAHY . La santé de la reproduction pratique et opérationnelle, FNUAP , 2001 : 157.

15. OMS, Choix des méthodes contraceptives. Guide théorique et pratique, OMS, Brazzaville,1988 : 21 – 30.

16. A. HATCHER, RINCHART W, BLACK BURN, GELLER J.S SHETOR D. La stérilisation féminine. Eléments de la technologie de la contraception. Programme d'Information sur la population, Université Johns Hopkins, Baltimore, 2000 ; 9 : 2-23.

17. APPROP/PF, Guide de session, Méthodes barrières, Planification familiale intégrée, 1997 ;8 : 22.

18. MUNDIGO A. Le préservatif en promotion , Méthode de contraception ou de protection contre VIH, Bulletin Médical de l'IPPF, 1989 ; 23 ; 6.

19. FEMSHIELD, Un nouveau contraceptif barrière pour les femmes, Bulletin médical de l'IPPF, 1988 ;22 ;3.

20. KOPP Z. Les capes cervicales homologuées par l'USF DA, Bulletin médical de l'IPPF,1989 ; 23 ;1.

21. OMS, Contraception mécanique et spermicide leur rôle en planification familiale, OMS, Genève, 1987 : 1

22. KLAUS H., Natural family Planning , Review Panorama , obstetrical and gynaecological survey, 1982; 37: 2.

23. COLLIER F et Letombe B. Contraception naturelle et chimique chez la femme. Encycl . Med . Chir, Gynécologie, Elsevier, Paris, 1998 ;738 – A – 11 : 4.

24. RAKOTONDRAPARANY D. Les méthodes naturelles de P.F, Thèse méd Antananarivo , 2001 ; 5347 : 14 – 15.

25. OMS, Fertility Awaneress, Method. Rapport d'un atelier de l'OMS, Pologne, 1986 : 13
26. BRICAIRE C et PLU BUREAU G, Contraception hormonale. Encycl . Med . Chir , Gynécologie, Elsevier, Paris, 2000 ; 738 – A – 10 :13.
27. OMS, Les contraceptifs oraux. :aspects techniques et considération de sécurité, OMS , Genève, 1987 : 50 – 53.
28. OMS, Les contraceptif injectables , leur rôle en planification familiale, OMS, Genève, 1990 : 2-14.
29. OMS, Implants contraceptifs sous-cutanés NORPLANTS. Directives concernant les aspects techniques et gestionnaires, OMS, Genève, 1990 : 3.
30. BRICAIRE C. La contraception d'urgence post-coitale, La lettre du gynécologue, Courrier du spécialiste, 1998 ; 233 ; 34 : 16 – 21.
31. OMS, Dispositif intra utérin. Considération de sécurité, information pharmaceutique, OMS, Brazzaville, 1988 : 2, 4, 224.
32. A François, G Philippe. Le dispositif intra-utérin . Ellipses. AUPELF/UREF. .Essentiel médicales de poche, Paris, 3° Edition ,1995 : 173.
33. BOUDINEAU M, MULTON U et LOPES P. Contraception par dispositif intra-utérin Encycl . Med . Chir, Gynécologie, Elsevier, Paris, 2001 ; 738 – A – 09 :7.
34. VOLOLOMBOANGY H. Contribution de l'homme à la limitation des naissances par vasectomie à propos de 350 cas au FISA Antsirabe, Thèse Med Antananarivo,1998 ; 5090 : 10-15.
35. WAGNER L et COSTA P . Contraception masculine, Encycl . Med . Chir , Gynécologie, Elsevier, Paris,1998 ; 738 – A – 12 :6.
36. RINCHART W.La stérilisation féminine volontaire. Population reports , Baltimore,1990 ; C ; 10.

37. DUBUISSON JB , AUBRIOT FX , BARBOT J, DENDRINOS S. La stérilisation chez la femme. Encycl . Med . Chir, Gynécologie, Elsevier, Paris, 1984 ; 800 – A – 10.
 38. FNUAP, AUBRIOT F. CC V sans risque, FNUAP, Fédération mondiale des agents de santé pour la promotion de la CCV, New York,1998 : 21.
 39. CATHLEEN Chir MHS. La stérilisation féminine volontaire en tête de liste. Population reports, New York, 1996 ; C ; 10 : 1 – 22.
 40. RATAHINARISOA, CCVF à intervalle par voie sus-pubienne au CHV Maternité de Befelatanana durant l'année 1999, Thèse Med Antananarivo, 2000 ; 5543 : 2 – 5.
 41. FOULOT H LECURU F. Les autres indications de la stérilisation tubaire, procréation médicalement assistée. Revue du praticien, 1991 ; 41 : 2567 – 2569.
 42. RALAHIMIHOATRA N. CCV de la femme vue dans le service de chir II de l'HOMI en 1992 .Thèse Med Antananarivo, 1993 ; 3075 : 38.
 43. MONROZIES X , PERINEAU M et AYOUBI J. Stérilisation tubaire Encycl . Med . Chir, Gynécologie, Elsevier, Paris, 1995 ; 738 – A – 20 : 10 .
 44. FNUAP, PHILIPPE G. Mini laparotomie sous- anesthésie locale. Un programme d'études pour médecins et infirmiers , FNUAP, Manuel des formateurs. Association for voluntary surgical contraception, New York ,1994 : 210
 45. MURSON AK et SCOTT J.R . Post- partum sterilization under local anesthesia, Review Obstet and gyneco surv,1972 ; 756: 39.
- HENDRIX N.W , SHAUBAN S.P MORRISSON J. C . Sterilisation and its consequences , Review Obstet and gynecol surv, Paris, 1999; 766: 54-77.

VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-mianatra 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 zavamiseho ao ny masoko,ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy havelako hatao fitaovana hanotontosana zavatra mamofady na hanamorana famitan-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 ho rabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.»

PERMIS D' IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur **KAPISY JULES FLAUBERT**

VU ET PERMIS D' IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé :Professeur **RAJAONARIVELO PAUL**

Name and First names: RAMORASATA Haingomalala

Title of the thesis: "The feminine voluntary surgical contraception of the post-partum to the Motherhood of Befelatanana in 2001"

Category: Health Public

Number of pages: 77

Number pictures: 13

Number of faces: 08

Number diagrams :16

Numbers annex: 00

Number of bibliographic references: 46

SUMMARY

It is about a retrospective survey carrying on the feminine voluntary surgical contraception of the post-partum by the mini laparotomy under umbilical in the CHU Antananarivo Befelatanana during the year 2001

Our survey has for goal to show the epidemio-clinical aspect of the volunteers for the CCVF in period of the post-partum.

- The strength of the women sterilized in post-partum is of 63.
- All our volunteers have been sterilized by the method of POMEROY.
- 69.84% among them never used early a contraceptive method.
- The big multiparous are majority.
- In relation to the number of CCVF in interval numbers it of women who undergo the CCVF in post-partum doubled.

As suggestions we proposed of: .

- To school all children and to insert the family planning in the school program.
- To popularize the family planning particularly the CCV feminine and masculine.
- To bestow to the beneficiaries of the indemnities or early of encouragement to the staff of the Health Service loaded to make the CCC favorable to the acceptance of CCVF of the post-partum.

Keywords: Planning familial- CCVF- post-partum -POMEROY- Bonuses

Director of thesis: Professor **KAPISY JULES FLAUBERT**

Reporter: Doctor **ANDRIAMANARIVO MAMY LALATIANA**

Address of the author: LOT I V W 55 AK Anosizato-Est

Nom et Prénoms: RAMORASATA Haingomalala

Titre de la thèse : « La contraception chirurgicale volontaire féminine du post-partum à la Maternité de Befelatanana en 2001 »

Rubrique : Santé Publique **Nombre de pages :** 77 **Nombre de tableaux :** 13

Nombre de figures : 08 **Nombre de schémas :** 16 **Nombre d'annexe :** 00

Nombre de références bibliographiques : 46

RESUME

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur la contraception chirurgicale volontaire féminine du post-partum par la minilaparotomie sous-ombilicale au CHU Antananarivo Befelatanana durant l'année 2001.

Notre étude a pour but de montrer l'aspect épidémiologique des volontaires pour la CCVF en période du post-partum.

- L'effectif des femmes stérilisées est de 63
- Toutes nos volontaires ont été stérilisées par la méthode de POMEROY
- 69.84% d'entre elles n'ont jamais utilisé une méthode contraceptive antérieurement
- Les grandes multipares sont majoritaires.
- Par rapport au nombre de CCVF en intervalle le nombre de femmes qui subissent la CCVF en post-partum a doublé.

Comme suggestions nous avons proposé de :

- Scolariser tous les enfants et d'insérer la planification familiale dans le programme scolaire.
- Vulgariser la planification familiale particulièrement les CCV féminine et masculine.
- Octroyer des indemnités ou primes d'encouragement au personnel du service de santé chargé de faire la CCC favorable à l'acceptation de CCVF du post-partum.

Mots-clés : Planification familiale- CCVF- Post-partum- POMEROY- Primes

Directeur de thèse : Professeur **KAPISY JULES FLAUBERT**

Rapporteur : Docteur **ANDRIAMANARIVO MAMY LALATIANA**

Adresse de l'auteur : LOT IVW 55AK Anosizato-Est