

SOMMAIRE

Remerciements

INTRODUCTION GENERALE

PREMIERE PARTIE : CADRE GENERAL DE L'ETUDE

CHAPITRE I : Généralités sur la Planification Familiale

CHAPITRE II : Théories de la communication

CHAPITRE III : Planification Familiale dans le contexte Malgache

DEUXIEME PARTIE : LA QUETE METHODOLOGIQUE

CHAPITRE IV : Activités du terrain

TROISIME PARTIE : RESULTATS, COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

CHAPITRE V : Résultats

CHAPITRE VI : Commentaires et suggestions

CONCLUSION GENERALE

Bibliographie

Tables des matières

Liste des acronymes

Listes des figures et tableaux

Annexes

Curriculum Vitae

INTRODUCTION GENERALE

1- Généralités

« Dieu les bénit » et Dieu leur dit « soyez féconds, multipliez-vous, remplissez la terre. En d'autres termes, Dieu encouragerait la procréation multiple et non maîtrisée. Mais actuellement, la croissance naturelle non maîtrisée fait partie du facteur principal de l'appauvrissement d'un pays. Elle a causé beaucoup de difficultés dans les domaines de l'emploi, de l'éducation, du logement et des transports. La population mondiale est passée de 250 millions d'hommes au début de l'ère chrétienne à plus de 6 milliards au XX^{ème} siècle. Cela illustre bien l'augmentation exponentielle de la population mondiale qui continue d'augmenter dangereusement au rythme de 1,17% par an. En 2002, la population est estimée à 7,1 milliards. A Madagascar, pour la population totale d'environ 20 millions, 85,1% vivent en dessous du seuil de pauvreté, c'est-à-dire gagnent moins de 1USD par jour. Selon l'ONU, la pauvreté se définit comme l'état d'une personne qui ne dispose pas de ressources matérielles suffisantes (par exemple le manque d'argent) et vit dans des conditions qui ne lui permettent pas d'exister dignement selon les droits légitimes et vitaux de la personne humaine et qui la condamnent à survivre péniblement au jour le jour. Selon les analyses démographiques des Nations Unies, Madagascar a un taux moyen de croissance annuelle avoisinant de 2,5% à 3,4% par an et le nombre d'enfants par femme est de 6. Ce taux de croissance a une grande répercussion sur le développement économique et social du pays. Le non équilibre entre l'accroissement naturel et la croissance économique constitue une des causes de cette pauvreté. Selon Malthus, la croissance démographique est beaucoup plus rapide que la croissance de la production alimentaire, ce qui nécessite une limitation de la natalité pour éviter les famines dues à la surpopulation. Ainsi il a expliqué, dans son *Essai sur le principe de population*, que la progression géométrique (2, 4, 8, 16...) de celle-ci causerait sa perte puisque les ressources alimentaires suivaient, elles, une progression arithmétique (2, 4, 6, 8...).

Des grossesses trop nombreuses et trop rapprochées peuvent entraîner chez la mère une déplétion en nutriments et une interruption de la lactation et avoir de ce fait des conséquences défavorables sur la santé et la stabilité de la famille.

La planification familiale (PF), un ensemble de méthodes contraceptives, permet d'espacer et de limiter les naissances. L'accès et l'utilisation de la PF contribuent à la réduction de la mortalité maternelle et infantile et peuvent aider à réduire les coûts des cinq Objectifs du Millénaire pour le

Développement (OMD) suivants : l'éducation pour tous, la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle, l'environnement durable ainsi que la lutte contre le VIH/SIDA et d'autres maladies. Les enquêtes démographiques et de santé mondiales ont estimé que 43% de la baisse de la fécondité mondiale entre les années 1965 et 1990 serait due à l'influence des programmes de planification familiale. La PF est parmi les facteurs clés du développement car elle permet une meilleure maîtrise de la croissance démographique en favorisant la baisse de la fécondité. La mise en œuvre de ce programme répond à divers objectifs du développement du ménage, de la communauté et du pays. La disponibilité de moyens de contraception a permis aux femmes de se risquer à poursuivre de nouveaux rôles et activités en dehors du foyer qui contribueront à long terme au développement économique et social d'un pays. Ainsi, la famille est le cadre fondamental du développement humain et l'unité de base de la société, dont l'amélioration de la santé devrait commencer au sein de la famille.

La planification familiale peut avoir un impact majeur sur le développement économique d'un pays. Elle réduit significativement les problèmes du ménage. Cependant, la communication pour l'adoption de comportement en faveur de la santé s'avère difficile à Madagascar surtout en milieu rural et constitue un problème majeur pour l'acceptation et la pratique de la PF. En plus, la population malgache à prédominance rurale s'attache fortement aux habitudes et traditions.

2- Choix du thème et du terrain

Le but de ce mémoire consiste à confirmer l'importance de mener un programme de planification familiale à Madagascar. La recherche s'intéresse à connaître la perception de la planification familiale dans la commune rurale de Behenjy, fokontany Fieferana. En fait, environ 80% de la population Malgache vivent en milieu rural où le taux de natalité est le plus fort. Selon James E. Rosen Shanti et R. Conly dans une étude comparative internationale, à Madagascar, la durée de déplacement nécessaire pour obtenir les services de PF pour les femmes qui utilisent les méthodes contraceptives modernes est de 30 minutes environ en milieu urbain et de 1 heure et plus en zones rurales.

3- Problématique

«Les femmes pratiquant la PF» ont été choisies comme population cible. La grossesse et l'accouchement touchent en premier lieu les femmes. Elles se soucient davantage que les hommes des questions relatives à la grossesse. De plus, l'impact direct de la PF revient surtout aux femmes.

Vu les difficultés de la vie actuelle, est-ce que les mères qui ont déjà un ou deux enfants vivants sont-elles soucieuses de leur avenir et celui de leur famille ? Est-ce qu'elles désirent une contraception pour espacer ou limiter les naissances. Pour les jeunes célibataires, il est utile à confirmer que l'abstinence jusqu'au mariage est recommandée.

L'hypothèse de cette étude est fondée sur la perception de la contribution de la PF sur l'amélioration du niveau socio-économique des ménages à femmes pratiquant la PF.

Les objectifs spécifiques ont été d' :

- Evaluer la connaissance de la planification familiale comme moyen d'amélioration du niveau de vie.
- Evaluer la pratique de la planification dans le terrain d'étude.
- Identifier le profil des femmes pratiquant la planification familiale.
- Comparer le niveau socio-économique du ménage des femmes pratiquant la planification familiale à celui des femmes qui ne la pratiquent pas.
- Déterminer les facteurs de blocage de la planification familiale dans le milieu d'étude.

Outre l'introduction et la conclusion, l'étude comprend trois parties :

- La première partie est axée sur le cadre général de l'étude
- La deuxième concerne les activités du terrain et la méthodologie
- La troisième partie, nous avons exposé quelques commentaires et suggestions

4- Méthodologie

La démarche méthodologique utilisée pour cette étude se déroule en trois phases :

- Une analyse et synthèse documentaire
- Une analyse et synthèse d'une série d'entretien auprès des ménages ; une enquête qualitative complémentaire au niveau des autorités religieuses et des personnels de santé
- Traitement, analyse et synthèse de l'ensemble des données.

Ainsi, à partir de cette réunion de travail, le thème a été identifié dans le but de confirmer l'importance de la planification familiale en milieu rural

.Méthode et outil

La méthode utilisée est la méthode probabiliste qui est une technique basée sur le tirage au hasard, l'intérêt de cette méthode c'est qu'elle préserve la neutralité de la recherche.

L'approche genre a été adoptée. Durant l'enquête, la technique vivante comme le questionnaire, entrevue, a été bien utile pour obtenir des informations.

1. Cadre de l'étude

2.1-Période et durée d'étude

La recherche et l'enquête ont été effectuées de janvier à mars 2009.

2.2-Sélection de site

Le fokontany Fieferana a été sélectionné pour les raisons suivantes : c'est un fokontany situé à 8km environ de Behenjy : donc c'est un variable qui pourrait évaluer la portée de la communication en PF, ensuite le fokontany ne disposant aucune infrastructure sanitaire, les habitants font quelques kilomètres de marche pour arriver au CSB qui se situe dans un autre fokontany. Les motivations des femmes à la PF pourraient être ainsi évaluées. Enfin, ce fokontany représente le caractère rural sur le plan de travail quotidien (agriculture et élevage).

2.3-Taille d'échantillon

L'étude n'a pas pu mesurer la perception de la planification familiale dans toute la commune. Elle tend à identifier le comportement des femmes dans un site bien déterminé face à la planification familiale. L'effectif de l'échantillon est de 40 femmes.

2.4-Population d'étude

Mères qui ont au moins un enfant.

2.5-Sélection des sujets

Critères d'inclusion

- Mères d'au moins 1 enfant dans le fokontany Fieferana
- Femmes quelque soit sa situation matrimoniale ayant au moins 1 enfant dans le fokontany
- Femmes quelque soit son niveau d'instruction ayant au moins 1 enfant dans le fokontany
- Femmes de toutes classes sociales ayant au moins 1 enfant dans le fokontany
- Femmes quelque soit sa religion ayant aux moins 1 enfant dans le fokontany

Critères d'exclusion

- Jeune fille célibataire dans le fokontany
- Femme n'ayant pas d'enfant ou encore enceinte dans le fokontany
- Femme ayant plus d'1 enfant mais n'habitant pas dans le fokontany

Ainsi, les femmes ayant au moins un enfant mais n'habitant pas dans le fokontany choisis ont été exclues. Et celles qui ne sont pas encore mères sont supposées n'avoir pas encore besoin de planifier les naissances pour le moment, de ce fait, elles ne sont pas encore considérées comme population cible.

Pour les jeunes filles célibataires, elles sont conseillées à adopter l'abstinence sexuelle jusqu'au mariage.

2. Plan de collecte

- Descente au niveau du fokontany

Nous avons mené des entrevues avec les mères cibles et des observations structurées dans leur vie quotidienne.

- Visite au CSB

Des questionnaires ont été posés au médecin à propos de la planification familiale dans la commune. Presque toutes les données sur la planification familiale de la commune ont été trouvées dans le service de santé.

Rapport-Gratuit.com

PREMIERE PARTIE
CADRE GENERAL DE L'ETUDE

Cette première partie qui consiste à cadrer l'étude développe les théories et définitions concernant le thème de l'étude. Quelques concepts sur la communication selon différents auteurs ont été mentionnés, vu l'importance de la celle-ci dans la planification familiale.

CHAPITRE 1 : GENERALITES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

Ce premier chapitre présente quelques définitions sur la planification familiale, la contraception et la limitation des naissances. Des repères chronologiques de la planification familiale à Madagascar depuis l'année 1967 ont été cités par la suite ainsi que les intérêts de celle-ci face au développement.

I- Définitions et historique

I-1) Définitions

La planification familiale

- La planification familiale est l'ensemble des moyens qui concourent au contrôle des naissances, dans le but de permettre aux femmes de choisir à quel moment elles auront un enfant.
- Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la planification familiale est l'ensemble des mesures et une méthode que les hommes et les femmes prennent ou utilisent pour : (i) éviter les grossesses non désirées, (ii) organiser la venue des enfants quand ils le désirent.
- On peut aussi définir la planification familiale comme étant l'ensemble des méthodes permettant aux parents de décider du nombre et de l'espacement des naissances, et en particulier des méthodes permettant d'éviter les grossesses, c'est également l'utilisation ou l'organisation de ces méthodes.
- Selon Professeur RAMAKAVELO et ses collaborateurs : la PF est l'ensemble des techniques médico-sociales d'une part, l'espacement et la régulation des naissances pour protéger la santé de la mère et de l'enfant d'autre part, pour offrir plus de chance d'un niveau décent à la vie familiale. Elle traite également la stérilité des couples. Elle permet d'avoir un épanouissement dans la vie sexuelle avec assurance et éducation appropriée.
- Selon la politique nationale en santé de la reproduction. La PF a pour objectif de réduire le nombre de grossesse non désirées et de diminuer la mortalité maternelle imputable aux avortements.

La contraception

C'est un ensemble de procédés utilisés pour éviter la fécondation de la femme. La contraception peut être réalisée, soit par les méthodes d'abstinence périodique, soit par



l'emploi des contraceptifs. Les méthodes de contraception sont des moyens ou des méthodes qui permettent d'éviter la grossesse pendant une période voulue, temporairement ou définitivement.

L'espacement des naissances

C'est l'échelonnement de la grossesse en utilisant une méthode contraceptive quelconque pour la promotion de la santé materno-infantile.

Limitation des naissances

C'est l'utilisation des moyens contraceptifs sur une grande échelle incluant l'avortement et la législation en vue de limiter le taux de croissance de la population.

I-2) Historique

Les repères chronologiques importants ci-après nous permettent d'avoir une vue d'ensemble de l'histoire de la planification familiale à Madagascar :

- 1967 : l'ONG FISA (Fianakaviana Sambatra) a commencé à dispenser des activités de planification familiale à Madagascar. L'implication du secteur public a commencé en 1987. Depuis, l'expansion des sites a été rapide car en 1998, 752 sites de PF ont été recensés, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé ou chez les ONG.
- En 1974 : année mondiale de la population, notre pays a pour slogan « zaza be aizana voakarakara, fahasambarana ho an'i Gasikara » les enfants dont les naissances sont bien espacées constituent un bonheur pour Madagascar.
- La politique nationale en santé de la reproduction avait comme objectif l'année 2003 : l'augmentation de 11 à 15% le taux de prévalence de la contraception ; et la réduction de 19 à 18% les grossesses chez les adolescentes de 15 à 19ans.
- 2000 (novembre) : Elaboration de politique nationale en santé de la reproduction dont la planification familiale est parmi les quatre grands domaines. Les objectifs intermédiaires en matière de planification familiale fixés sont l'accès des groupes cibles à la planification familiale et l'offre de services de qualité à ces mêmes groupes.
- 2007 : Madagascar a fait son plan d'action (MAP : Madagascar Action Plan) pour 2007-2012 et la planification familiale fait partie des huit (08) engagements qui y sont prévus.

En général, le gouvernement Malgache, à travers le « Fandrindrana Fiainampianakaviana » (FFP) s'engage pleinement au programme de PF dans l'intérêt de la santé

maternelle et infantile, au bien être de la famille et de la population afin d'avoir un développement économique parallèle à l'accroissement démographique. Dans ce cadre, il y a eu plusieurs projets financés par la Banque Mondiale et les Fonds Monétaires Internationaux comme le projet MAG 90/PO1 jusqu'à MAG 00/PO.

II- Les différentes méthodes de la planification familiale

Il existe quatre méthodes différentes :

- Méthode naturelle (exemples : méthode du calendrier, la méthode de la température, la méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée ou MAMA)
- Méthode locale ou barrière (exemple : le préservatif)



Le préservatif féminin



Le préservatif masculin

- Méthode hormonale (exemples : la pilule, l'injectable)



- Méthode définitive (exemples : ligature de trompe, vasectomie)

III- Les intérêts de la Planification familiale face au développement

La planification familiale est parmi les facteurs clés du développement à tous les niveaux.

Pour les jeunes filles : La prévention de la grossesse par le biais des informations et services de planification familiale leur permet avant tout d'être plus en bonne santé. Ainsi, elles pourront ajourner leur grossesse et éviter les complications d'une grossesse précoce comme la « fistule vésico-vaginale ». En effet, à Madagascar, cette maladie atteint surtout les jeunes filles se trouvant dans des zones enclavées et qui doivent donc garder la grossesse beaucoup longtemps que le temps nécessaires à cause de l'éloignement des centres de santé.

Aussi, cette bonne santé permettra-t-elle aux jeunes filles d'améliorer leurs perspectives en matière d'éducation et avoir de meilleur avenir tout en contribuant ainsi au développement de l'île. De plus, ceci empêche les abandons d'enfants non désirés après leur naissance soit auprès des centres d'accueil ou délibérément dans les rues, donc d'éviter l'accroissement des nombres des pauvres ou mendiants à cause de leurs moyens économiques limités voire même inexistants.

Enfin, ceci leur épargne de commettre des crimes comme l'infanticide ou l'avortement, qui auront toujours d'impact sur leur futur.

Pour le couple : La planification familiale permet au couple :

- D'avoir des enfants au moment où ils le décident.
- D'avoir juste le nombre d'enfant qu'ils désirent et quand ils peuvent prendre soin.
- D'espacer convenablement la naissance de leurs enfants en maintenant au minimum un écart de 2 ans entre la naissance de deux enfants.

Elle contribue ainsi

- Au bonheur familial
- A la santé de la mère et de l'enfant.

Pour les femmes : La prévention de la grossesse ou des grossesses trop fréquentes leur permettent d'être plus en plus en bonne santé et ainsi de corroborer à leur propre développement comme au développement de leur famille et celui de la communauté. De plus, elles auront plus d'énergie pour prendre soin de leurs familles en bonnes mères de famille et participer à la vie économique et sociale de la communauté.

Pour les familles : La PF présente des avantages psychologiques tels que le soulagement de savoir qu'il n'y aura pas de grossesse non planifiée. Avoir des enfants moins nombreux permet de mieux subvenir aux besoins et droits élémentaires en alimentation, santé, éducation de tous. Il y aurait ainsi plus de chance et de probabilité d'échapper à la pauvreté. Avec la baisse du nombre de leurs enfants, les femmes consacrent moins de temps aux tâches ménagères non rémunérées et davantage de temps aux activités rémunérées. Les familles ont plus d'argent disponible pour l'épargne ou l'investissement. Lorsque la femme travaille, les sources de revenus du ménage augmentent, ce qui signifie une élévation du niveau de vie de la famille.

Pour la communauté : D'une part, la continuité de l'accès des jeunes filles aux écoles engendre la hausse du taux de scolarisation du pays qui est également parmi les mesures de développement. D'autre part, le rôle qu'une femme ou mère de famille occupe dans la société, en tant qu'acteur de développement est universellement reconnu. Si les femmes s'associent ainsi à la planification de leurs familles, les familles auront plus de productivité. Ce développement se reflète par la suite sur la communauté entière par un meilleur accroissement économique.

Pour le pays : Tout être humain est supposé être un acteur de développement. En conséquence, chaque décès du fait de non utilisation de la planification familiale est une élimination d'un acteur de développement, d'où ralentissement de ce dernier.

La PF, en ralentissant la croissance de la population peut aider le pays à réduire notablement les coûts de cinq OMD :

- L'éducation pour tous : plus la proportion des enfants d'âge scolaire est élevée plus grande est la pression sur les écoles et les ressources publiques consacrées à l'éducation.
- Réduction de la mortalité infantile : au niveau des familles, la santé de l'enfant est compromise lorsque les naissances sont très rapprochées, lorsque la fratrie est élevée ou lorsque la mère est très jeune ou très âgée.
- Amélioration de la santé maternelle : le programme de PF peut réduire le nombre de décès liés aux accouchements. Réduire la fécondité aurait pour effet de réduire la mortalité maternelle. La PF permet aux femmes de différer les premières naissances et de réduire le nombre de grossesses non désirées susceptibles de se terminer par un avortement.
- Assurer un environnement durable : une baisse de fécondité peut aussi réduire la pression sur l'environnement. Elle accroît la marge de manœuvre des gouvernements en augmentant

- le temps de réponse pour résoudre les problèmes d'emploi et d'habitat ainsi que la demande pour tous les autres services publics.
- Combattre le VIH / SIDA et d'autres maladies. Certains contraceptifs tels que les préservatifs protègent contre les MST.

Une baisse de fécondité crée des conditions plus favorables au développement socioéconomique d'un pays. Aussi, de tout ce qui précède, la PF joue en faveur du développement humain durable.

Participation des femmes au développement et le genre

Dans les sociétés rurales, les femmes jouent un rôle très important sur le plan socioéconomique. Leurs activités économiques et productrices contribuent à l'alimentation familiale et assurent les besoins monétaires de la famille. Ces activités sont très diversifiées, sans compter les travaux domestiques et les engagements sociaux : agriculture, petit commerce, artisanat.

CHAPITRE 2 : LES THEORIES DE LA COMMUNICATION

I- Quelques modèles de communication

1. *Modèle de Shannon et Weaver*

Le modèle de Claude Shannon et Weaver désigne un modèle linéaire simple de la communication : cette dernière y est réduite à sa plus simple expression, la transmission d'un message. On peut résumer ce modèle en :

« Un émetteur, grâce à un codage, envoie un message à un récepteur qui effectue le décodage dans un contexte perturbé de bruit. »

Ce modèle, malgré son immense popularité (on le trouve cité souvent comme "le modèle canonique de la communication"), ne s'applique pas à toutes les situations de communication et présente de très nombreux défauts :

- et s'il y a plusieurs récepteurs ?
- et si le message prend du temps pour leur parvenir ?
- et si la réalité décrite n'existe pas ailleurs que chez le premier locuteur ?
- et s'il y a plusieurs messages (au besoin contradictoires) qui sont prononcés en même temps?
- et s'il y a un lapsus ?
- et si sont mis en jeu des moyens de séduction, de menace ou de coercition ?
- et si le message comporte des symboles nouveaux ou des jeux de mots ?

En sus de sa linéarité, le modèle de Shannon et Weaver considère que le récepteur est passif : toutes les recherches en Sciences de l'information et de la communication montrent que cela est simpliste, ou faux.

2. *Modèle de Lasswell*

Harold Dwight Lasswell, politologue et psychiatre américain, s'est fait un nom en modélisant la communication de masse. Pour lui, il s'agit de la décrire à travers les questions : « : Qui, dit quoi, par quel canal, à qui et avec quel effet ? ». C'est la stricte reprise des cinq questions que Quintilien adressait à tout apprenti rhéteur.

- Qui ? : correspond à l'étude sociologique du ou des milieux et organismes émetteurs.
- Dit quoi ? : se rapporte au contenu message, à l'analyse de ce contenu.
- Par quel média ou canal ? : C'est l'ensemble des techniques utilisées pour diffuser l'information à un instant donné dans une société donnée.
- A qui ? : vise l'auditoire, ou audience. C'est-à-dire les publics récepteurs avec des analyses selon des variables
- Avec quels effets ? : Il s'agit d'analyser et d'évaluer les influences du message sur l'audience.

Ce modèle conçoit la communication comme étant un processus d'influence et de persuasion, très proche de la publicité. Ce modèle dépasse la simple transmission du message (même s'il y reste centré) et envisage notamment les notions d'étapes de communication, la capacité de pluralité des émetteurs et des récepteurs et de finalité d'une communication (ses enjeux).

3. *Modèle de Jakobson*

Cet autre modèle, fondé sur la linguistique, est proposé par Roman Jakobson (1896-1982). Ce linguiste russe développe un point de vue centré non plus sur la transmission d'un message, mais sur le message lui-même, évitant ainsi les dangers d'instrumentalisation technique (voir sur ce point philosophie des réseaux).

Il est composé de six facteurs. À chacun de ces facteurs est liée une fonction du message, explicitée par Jakobson.

- Le destinataire, lié à la fonction expressive du message,
- Le message, lié à la fonction poétique du message,
- Le destinataire, lié à la fonction conative du message,
- Le contexte, l'ensemble des conditions (économiques, sociales et environnementales principalement) extérieures aux messages et qui influence sa compréhension, lié à la fonction référentielle du message,

- Le code, symbolisme utilisé pour la transmission du message, lié à la fonction métalinguistique du message,
- Le contact, liaison physique, psychologique et sociologique entre émetteur et récepteur, lié à la fonction phatique du message.

On notera l'apparition ou la réapparition des trois dernières notions (contexte, code, contact) qui complètent énormément la vision d'ensemble sur ce qu'est une communication.

4. *Modèle de Gerbner*

George Gerbner, sociologue des années 1950, avait l'ambition de formuler un modèle général de la communication. Il présente en 1956 un modèle beaucoup plus complexe que les précédents. Son modèle s'articule autour de deux propositions essentielles :

- Il lie le message au contexte, ainsi il permet de le renseigner sur la signification du message.
- Il décrit le processus de communication comme un ensemble à deux dimensions : une perceptive et une autre dimension pour le contrôle.

Le trait particulier de ce modèle est qu'on peut l'appliquer aux différentes formes de communication en fonction du contexte. Il convient à un acte de communication interpersonnelle entre deux personnes mais aussi au processus plus complexe de la communication de masse.

5. *Modèle de Newcomb*

Théodore M. Newcomb, 1953, présente le modèle ABX triangulaire et devient le premier à introduire le rôle de communication dans la relation sociale.

Newcomb relève dans les relations sociales deux dimensions. L'attitude, qui est la qualité du lien affectif, et l'union qui est la spécificité du lien. À travers ces deux grilles d'analyse, il va s'intéresser à l'équilibre ou le déséquilibre d'une relation sociale. Une relation est dite équilibrée lorsque les attitudes ont la même orientation. Son hypothèse est que nous sommes tous à la recherche d'un équilibre dans la situation de communication. S'il n'est pas atteint, nous souhaiterons alors soit réduire ce déséquilibre, soit rompre la relation. Newcomb s'intéresse donc à la notion de similarité, à leur possession, leur association ou à leur contraire.

Il nous fait également remarquer que les relations se nouent généralement autour d'un objet (thème de conversation, une personne, une passion commune...). Il exposera par la suite 8 schémas de relation, dont 4 modèles équilibrés et 4 modèles déséquilibrés.

Le modèle de Newcomb soulève donc des faits essentiels selon quoi toute situation de communication met en présence des individus caractérisés par des attitudes, des motivations et que toute situation de communication peut être un moyen de faire évoluer une relation. La communication est donc ici appréhendée comme un phénomène dynamique et complexe et non mécanique.

6. Modèle de Matilda et John Riley

Dans ce modèle est considérée en premier lieu l'appartenance des individus humains à des groupes. L'émetteur rebaptisé communicateur, et le récepteur sont donc distribués dans des groupes primaires (familles, communauté, petits groupes...) sociologiques.

Ces groupes influeraient la façon de voir, de penser et de juger de leurs membres. Et ces groupes évoluent dans un contexte social dont ils dépendent.

Ce modèle de Matilda White Riley et de John White Riley introduit de nouvelles notions, notamment celle de contexte et d'appartenance à un groupe, liées à la sociologie. De plus ce modèle est le premier à prendre en compte la notion d'une boucle de rétroaction, entre l'émetteur et le récepteur. Cela montre qu'il y a réciprocité et inter-influence entre les individus. Ce modèle est à l'origine des travaux sur la communication de groupe.

II- Communication pour le changement de comportement

« En matière de communication, l'important c'est l'autre ».

II.1. La communication

II.1.1 Définitions

C'est l'établissement d'un lien entre deux ou plusieurs personnes dans le but d'arriver à une compréhension mutuelle, dans le but d'arriver à un changement de comportement ou adoption du nouveau comportement.

C'est un processus pour lequel des personnes échangent des informations dans des buts variés en utilisant les canaux comme la parole, la geste ou des supports (publicité, affichages,...)

II.1.2 La communication inter personnelle

C'est un échange face à face verbal ou non verbal, échange d'informations entre individu ou en groupe incluant les processus suivants :

- Education : consiste à transmettre des informations et connaissances en vue de promouvoir des attitudes et des pratiques saines
- Motivation : cherche à encourager l'adoption d'une attitude en fournissant l'information qui potentiellement persuadera un individu des bénéfices de cette attitude.
- Conseil : c'est une interaction interpersonnelle durant laquelle le conseiller fournit une information adéquate rendant le consultant capable de faire un choix informé.

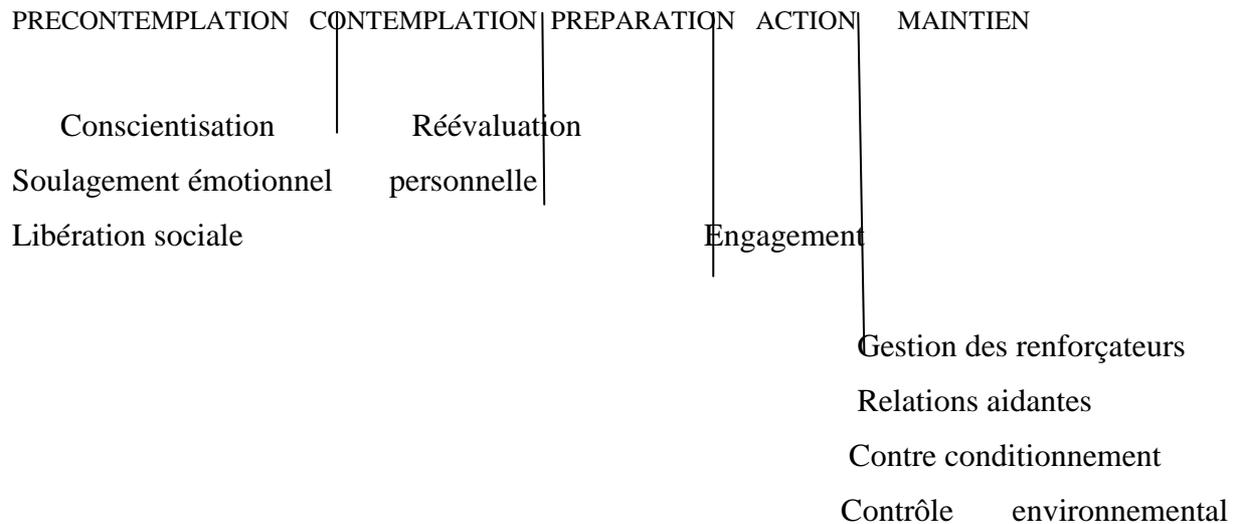
II.1.3 La communication de masse

Cette technique consiste à informer un grand nombre de personne à la fois, l'objectif est de mobiliser autour d'une idée ou d'un concept et cette communication de masse fait appel à des moyens tels que : la radio, la télévision, les affiches, ...

Tableau N°1 : Caractéristiques de la communication

Caractéristiques	Communication Interpersonnelle	Communication de Masse
Taille de communication	Restreinte	Importante
Contact visuel	Réciproque	Partiel ou absent
Rétroaction ou réponse	Immédiate	Différée ou inexistante
Canaux utilisés	La voix	Médias ou autres

III-Les étapes du changement de comportement de PROCHASKA



Source : PROCHASKA, Di Clemente et Norcross (1992)

La communication en matière de la Planification Familiale

Une connaissance fine de la demande en matière de contraception spécifique est nécessaire pour mettre en place des programmes efficaces de P.F.

Les messages

- Les informations devraient être complètes : ici, on pourra parler des avantages de la P.F, pour la mère, pour l'enfant, pour la famille, les différentes méthodes existantes avec son efficacité et ses inconvénients.
- Le message doit tenir compte de la personne ou groupe de personne à qui s'adresse le message (son niveau d'instruction, ses cultures, ...)

Il faut aussi tenir compte l'attitude et comportement à promouvoir

Le conseiller en Planning Familial

- Comprendre et respecter les droits du client
- Avoir la confiance des clients
- Comprendre les avantages et les inconvénients des méthodes de P.F.

- Comprendre les facteurs socioculturels susceptibles d'affecter le programme de P.F.
- Encourager les clients à poser les questions
- Utiliser une approche empathique
- Donner les informations objectivement et sans biais
- Ecouter attentivement le client ou la cliente
- Comprendre et utiliser la communication non verbale.

Il faut souligner ici l'importance de la communication. C'est à partir de cette communication que l'individu crée en lui-même ses normes de comportements.

Il y a enfin une perception dans laquelle une chose est perçue par sa seule essence ou par la connaissance de sa cause prochaine.

La communication et la planification familiale

Les résultats de l'EDSMD-III (enquête démographique et de santé à Madagascar) ont montré une nette amélioration de la connaissance des méthodes contraceptives quel que soit l'état matrimonial des femmes. Plus de huit femmes en union sur dix (84 pour cent) ont déclaré connaître au moins une méthode contraceptive moderne contre 69 pour cent en 1997. Les méthodes les plus connues généralement des femmes en union sont : les injectables (65 pour cent), la pilule (63 pour cent) et le condom (35 pour cent).

CHAPITRE 3: LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LE CONTEXTE MALGACHE

I- Planification familiale et valeur culturelle de l'enfant

La bénédiction des parents aux nouveaux mariés : « Miteraha fito lahy fito vavy », les différents dictons comme : « Ny hanambadian-kiterahana » c'est-à-dire que la finalité du mariage c'est d'avoir des enfants. « Ny zaza no voalohan-karena » l'enfant est la première richesse : reflètent la mentalité des malgaches et expliquent la famille nombreuse.

Et même autrefois, des hommes ont préféré avoir d'enfant avec une fille/femme avant de se marier avec elle pour s'assurer qu'elle n'est pas stérile.

« Tokan'anaka ka sarin'ny momba » textuellement : n'avoir qu'un seul enfant c'est presque être stérile. Ce qui traduit l'importance d'avoir plusieurs enfants dans la culture malgache.

Pour eux, les enfants constituent un symbole de prestige, de bonheur et une assurance pour leur avenir. Cette attitude a été encouragée par la politique pro nataliste de la première République, avec une certaine facilité de vivre qui régnait à cette époque.

II- Planification familiale et religions

A Madagascar, les méthodes modernes de PF sont apparues en 1962, ainsi au sein du collège Théologique protestant d'Antananarivo, l'épouse d'un missionnaire anglais et celle du directeur du collège en parlaient aux femmes des futurs pasteurs d'où la création de la Fianakaviana Sambatra (FISA).

Plus de la moitié de la population malgache sont chrétiennes dont les quatre principales religions sont l'église catholique romaine, l'église réformée protestante de Jésus Christ à Madagascar (FJKM), l'église luthérienne et l'église anglicane. Toutefois, la pratique de l'une ou l'autre de ces religions n'empêche pas les malgaches de respecter le culte des ancêtres ou religion traditionnelle et de croire aux prédictions des divins et autres voyants. Si d'une manière générale, la religion n'est pas un obstacle à la planification familiale ou à la contraception à Madagascar, une mention spéciale mérite d'être faite concernant la religion catholique vu le nombre important de population pratiquant cette religion – environ 30% de la population mais surtout la position un peu particulière de cette religion face à la planification familiale.

En fait, comme tous les catholiques dans le monde, ceux du pays n'échappent pas à la loi du Vatican. Ainsi, depuis la lettre encyclique « *Humanae Vitae* » du Pape Paul VI du 25 juillet 1968, la seule contraception admise par l'église catholique, lorsque le couple traverse « des circonstances graves » justifiant un espacement des naissances est « l'observation des rythmes naturels de la fertilité de la femme », c'est-à-dire l'abstinence en période féconde.

III- Planification familiale et fady (tabous)

Auparavant, la sexualité et corollairement la planification familiale sont des sujets tabous dans la société malgache. Toutefois, vu l'importance de ces éléments au niveau national et international et leurs implications dans la vie individuelle et celle de la société entière, la sensibilisation de tous les acteurs entre autres les parents, les jeunes, les dirigeants, les enseignants, les leaders aussi bien politiques que religieux n'a cessé de s'amplifier depuis plusieurs années et est devenue de plus en plus courante. Pourtant, les Malgaches connaissent les inconvénients des intervalles inter-génésiques très rapprochés, l'enfant devient maladif quand sa mère tombe de nouveau enceinte : « *tanin'aizana* », et le nouveau-né devient petit et malnutri et l'appelle « *zaza kely aizana* ». Malgré l'inexistence de la Planification familiale à ce moment, les parents ont déjà trouvé comme moyen de maîtriser les naissances à travers l'abstinence pendant quelques temps après l'accouchement ; il y a aussi les « *tambavy* » qu'ils ont utilisés comme contraceptif. De ce fait, le tabou y afférent a commencé à disparaître, surtout en milieu urbain et dans les zones non enclavées.

Ainsi, à titre d'illustration au niveau de certains lycées de la capitale, il existe des services de planification familiale dont les principales cibles sont les lycéens. Il existe aussi des clubs pour la santé reproductive des adolescents (SRA).

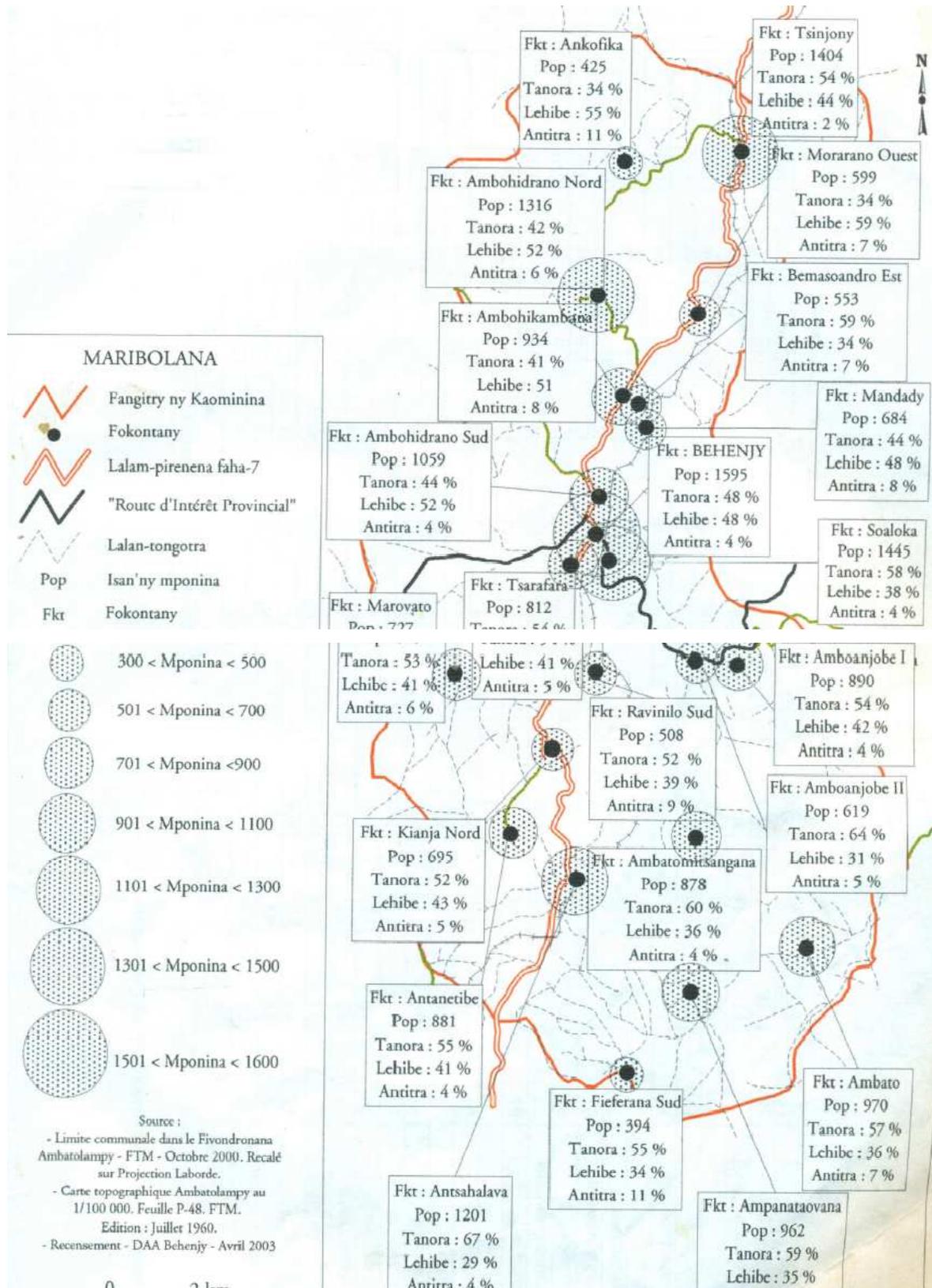
Dans certaines congrégations religieuses comme le SAF/FJKM ou la SALFA, les services de planification familiale sont des services de santé courants sans que le tabou n'y fasse obstacle. Seules les méthodes recommandées par chaque congrégation diffèrent selon l'entité.

Cette première partie a exposé théoriquement le domaine d'étude de la planification familiale. Des définitions selon les spécialistes, la méthode nécessaire pour sensibiliser à savoir la communication ainsi que la place de la planification familiale face au contexte malgache. La deuxième partie va parler globalement le terrain d'étude et les variables utilisés pour l'étude.

DEUXIEME PARTIE
LA QUETE METHODOLOGIQUE

CHAPITRE 4 : ACTIVITES DU TERRAIN

CARTE DEMOGRAPHIQUE DE LA COMMUNE



Il est important de bien connaître le milieu où l'étude va se dérouler. Voici quelques données générales en ce qui concerne le terrain d'étude. Ensuite, les variables à utiliser pour donner des résultats quantitatifs fiables.

I- Terrain d'étude

L'étude a eu lieu à 45km au Sud de la capitale et à 25km Nord de son district notamment : Ambatolampy, région VAKINANKARATRA. La commune de Behenjy est limitée au Nord par la commune Ambalavao (Antananarivo Atsimondrano), à l'Ouest : Miantsoarivo (Arivonimamo), au Sud Andriambilany (Ambatolampy) et à l'Est Andramasina.

1. Données économiques

L'activité principale de la commune se focalise sur l'agriculture et l'élevage

1.1 L'agriculture et l'élevage

L'agriculture est l'activité principale de la population à Behenjy. Il y existe 3 types de cultures :

- La riziculture
- La culture des patates, maïs, manioc,...
- La culture des légumes

L'élevage est une activité complémentaire de l'agriculture. Il y a aussi le petit élevage comme l'élevage de canards (dans le but de produire le foie gras).

L'association GANASOA selon le président produit environ 600 tonnes de foie gras par an.

1.2 Le commerce

Le marché communal se fait tous les mardis et les vendredis dans le fokontany Behenjy centre. Pour ces deux jours, tous les villageois y viennent pour s'approvisionner ou pour vendre des produits locaux. Jusqu'en 2003, le nombre de maisons de vente était 10 dont 4 se trouvent à Behenjy centre.

1.3 Les petites entreprises

La présence de l'électricité dans la commune accélère la création des petites entreprises comme :

- un atelier de soudure électrique et autogène, et une vulcanisation à Behenjy Nord et à Tsarafara
- quatre décortiqueries à Behenjy centre
- une scierie à Behenjy centre
- le groupe Mado GAMO, consiste à mettre en bouteille l'eau de source à Ambodirano, dans la montagne d'Iharanandriana
- un hôtel restaurant à Morarano au bord de la route nationale.

1.4 La route et le transport

La route de communication pour arriver à Behenjy est de deux types :

D'une, la route nationale (RN7)

De deux, la route ferroviaire qui relie Antsirabe et Antananarivo. La route ferroviaire depuis plusieurs années ne fonctionnait plus.

A part la route nationale, la commune possède d'autres routes d'environ 72,5 km qui relient les fokontany. Il existe deux routes d'intérêt provincial :

- La RIP 71 qui relie Behenjy centre et Miantsoarivo, et mesure 15 km et
- celle qui relie Behenjy centre et Andramasina, mesure 15 km

Le reste c'est-à-dire les 42,5 km sont des routes secondaires.

1.5 Les groupements et associations

Il existe de nombreux groupements dans la commune, la plupart de ces groupements pratiquent l'agriculture et l'élevage. Un seul groupement a rapport à la santé : la lutte contre le VIH/SIDA.

1. Variables d'études

3.1 Variables d'études et d'indicateurs

Tableau 2 : Variables d'études et d'indicateurs

VARIABLES	INDICATEUR	MODE DE CALCUL
Connaissance de la planification familiale proprement dite	Proportion des mères ayant au moins 1 enfant connaissant la définition la plus simple de la planification familiale	Nombre des mères Connaissant la définition Simple de la PF $\frac{\text{---}}{\text{Total des mères enquêtées}} \times 100$
Utilisation de la planification familiale	Proportion des mères ayant au moins 1 enfant utilisant les méthodes contraceptives modernes	Nombre des mères pratiquant la planification familiale $\frac{\text{---}}{\text{Total des mères enquêtées}} \times 100$
La méthode la plus utilisée	Proportion des mères utilisant les mêmes méthodes	Nombre des mères utilisant les mêmes méthodes $\frac{\text{---}}{\text{Total des mères utilisant laplanification familiale}} \times 100$
Espacement de naissances des femmes pratiquant la planification familiale et les non pratiquants	Age de deux enfants successifs	Différence d'âge entre deux enfants successifs
Disponibilité de la mère pratiquant la planification familiale sur d'autres activités.	Proportion des mères ayant au moins 1 enfant et faisant d'autres activités autre que les tâches ménagères	Nombre des mères ayant d'autres activités génératrices de revenus $\frac{\text{---}}{\text{Total des mères pratiquant laplanification familiale}} \times 100$

3.2 Autres variables

- *Accessibilité à la planification familiale*
 - Physique : l'éloignement du centre de santé, de service en PF
 - Financière : le coût des contraceptifs
 - Produits : le stock
- *Le niveau d'instruction* des femmes pratiquant la planification familiale et celles ne pratiquant pas
- *Source d'informations* sur la planification familiale :
 - Personnel de santé
 - Famille, amis
 - Affichage, radio
 - Autres sources
- *Motivations* sur la planification familiale pour les utilisatrices des méthodes contraceptives
 - *Causes* de non pratique de la planification familiale
 - *Les sources de revenus*
 - Des utilisatrices
 - Des non utilisatrices

Où se déroule la recherche et avec quel outil, ce sont les éléments très important pour faire une étude. La partie précédente donne les résultats de cette recherche avec des commentaires et des suggestions.

TROISIEME PARTIE
RESULTATS-COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

C'est dans cette partie que les résultats sont présentés, ensuite les commentaires d'après les résultats et en dernier lieu quelques suggestions à partir des commentaires négatifs.

CHAPITRE 5 : RESULTATS

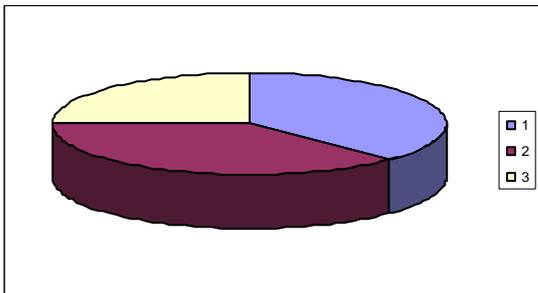
La population cible se distingue comme suit : 40 mères en âge de procréer, un médecin dans un service de santé et un pasteur de l'église protestant ont été interviewés. L'enquête a pu donner ces résultats ci-dessous.

1- Profil des enquêtées :

Tableau 3 : Tranche d'âge des femmes enquêtées

Age	Effectif (n)	%
] 21-30]	15	37.5
] 31-40]	15	37.5
] 41-49]	10	25
TOTAL	40	100

Source : enquête personnelle



1 : la tranche d'âge de 21 à 30 ans

2 : la tranche de 31 à 40 ans

3 : la tranche de 41 à 49 ans

Toutes les femmes sont en âge de procréer, leur âge varie de 21 à 49ans. 90% sont des femmes mariées, 5% divorcées, 2.5% veuves, 2.5% mères célibataires.

Tableau 4 : Nombre d'enfants des femmes

Nombre d'enfants	Effectif (n)	%
] 1-2]	5	12.5
] 3-4]	15	37.5
] 5-9]	17	42.5
[10 et plus	3	7.5
TOTAL	40	100

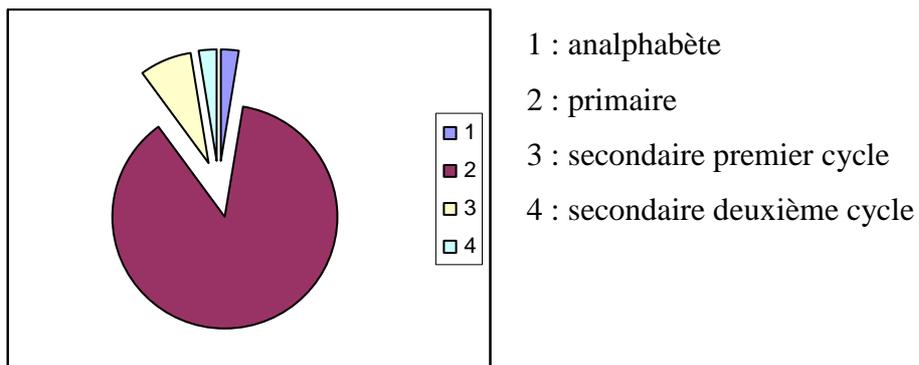
Source : enquête personnelle

La taille de ménage dans le fokontany cible d'après l'enquête est de 7 personnes / ménage

Tableau 5 : Niveau d'instruction des enquêtées

Niveau	Effectif (n)	%
Analphabète	1	2.5
Primaire	35	87.5
Secondaire 1 ^{er} cycle	3	7.5
Secondaire 2 ^{ème} cycle	1	2.5
TOTAL	40	100

Source : enquête personnelle



97.5% des femmes enquêtées savent lire et écrire.

87.5% ont atteint le niveau primaire.

Les illettrés sont facilement influencés par les rumeurs, l'utilisation de contraceptifs exige un minimum d'instruction.

2- Perception de la planification familiale chez les femmes enquêtées

Tableau 6 : Connaissance en planification familiale

Connaissance	OUI	NON	TOTAL
De simple définition	35 (87.5%)	05 (12.5%)	40 (100%)
Des 4 méthodes avec leur utilisation	0 (0%)	40 (100%)	40 (100%)

Source : enquête personnelle

« Fanabeazana aizana », c'est la seule définition que les femmes enquêtées ont mentionné. 87% des enquêtées ont connu cette traduction. En ce qui concerne les différentes méthodes et leur utilisation, personne n'a pas pu répondre correctement.

Tableau 7 : Type de contraceptifs connus par les femmes enquêtées.

Types de contraceptifs	Effectif (n) des femmes	%
Pilule	35	87.5
Injectable	35	87.5
Implanon	0	0

Source : enquête personnelle

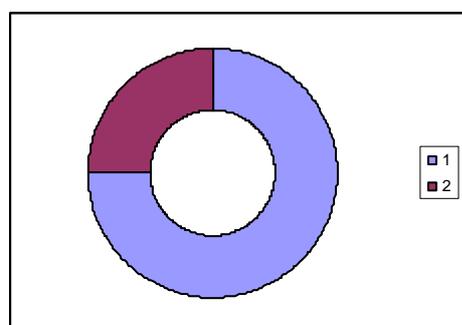
Il existe trois types de contraceptifs dans la commune, 87.5% des femmes enquêtées connaissent deux types (pilule, injectable).

Tableau 8 : Les sources d'informations de la planification familiale

Sources	Effectif (n)	%
Personnel de santé	30	75
Amis/ famille	10	25
Affichage, radio, télévision	0	0

Source : enquête personnelle

70% des femmes enquêtées ont obtenu la première information sur la planification familiale auprès du centre de santé lors de l'accouchement, la vaccination des enfants, consultation des maladies.



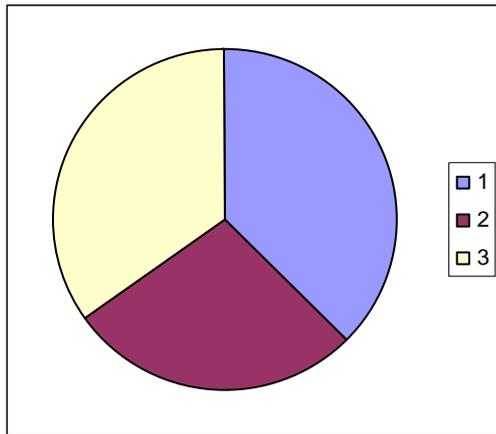
1 : personnel de santé

2 : amis/ familles

Tableau 9 : Pratique de la planification familiale avec la méthode utilisée

Méthodes	Effectif (n)	%
Moderne (Pilule Injectable)	14	37,5%
Tambavy	11	27,5%
Aucune	14	35%
TOTAL	40	100%

Source : enquête personnelle



1 : méthode moderne

2 : méthode traditionnelle

3 : aucune méthode

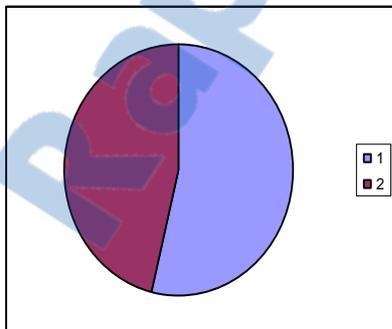
Les femmes sous contraceptif moderne (pilule et injectable) parmi les enquêtées étaient de 37,5%. Les 27,5% ont utilisé d'autres méthodes dites traditionnelles comme le « tambavy ». 35% n'utilisent aucune méthode pour planifier les naissances.

93% des femmes sous contraception moderne ont utilisé la méthode hormonale (injectable).

Tableau 10 : Motifs d'adhésion

Espacement de naissances pour pouvoir travailler	14	53,84%
Limitation des naissances	12	46,16%

Source : enquête personnelle



1 : espacement de naissances

2 : limitation des naissances

Tableau 11 : Causes du non pratique des contraceptifs

Les femmes n'utilisant aucun contraceptif	Les femmes sous contraceptif traditionnel (tambavy (des feuilles d'arbre) ou tisane)
<ul style="list-style-type: none"> - Non autorisation du conjoint - Cause culturelle : l'enfant est une richesse - Cause spirituelle : utilisant les contraceptifs signifie contrer la volonté de Dieu - Méconnaissance des contraceptifs 	<ul style="list-style-type: none"> - La peur de la prise de médicaments - Maintien des pratiques traditionnelles qu'elles ont pensé comme efficace (les tambavy) - Méconnaissance des méthodes modernes

Source : enquête personnelle

3- L'accessibilité à la planification familiale

Tableau 12 : Coûts des contraceptifs

Types de contraceptifs	Coût	Coût annuel
Pilule	500 Ar	500 x12
Injectable	800 Ar	800x4
Implanon	5000Ar	5000/3

Source : enquête auprès du CSB

Pour la pilule, une plaquette est à prendre pendant 1 mois durant toute l'année (6000Ar)

L'injectable se fait tous les 3 mois (3200 Ar)

L'implanon peut durer jusqu'à 3 ans (1700Ar)

D'après le calcul du coût des contraceptifs, c'est l'implanon qui a le minimum de prix par rapport aux autres contraceptifs mais le problème c'est qu'il est à payer en une seule fois lors de son dépôt

chez la patiente. D'où, les femmes sont orientées vers l'injectable qui a le moindre prix après l'implanon.

4-Distinction entre les familles planifiées et les non planifiées

Tableau 13 : Espacement des naissances

Planifiées (y compris les utilisatrices des tambavy)	Non planifiées (celles qui n'utilisent aucune méthode)
Varie entre 2 à 3 ans	Varie entre 1 à 2 ans
24 (60%)	16(40%)

Source : enquête personnelle

Pour les familles planifiées, le calcul de l'espacement se fait à partir de la pratique de la planification familiale. En général, à partir du deuxième enfant. L'espacement des naissances joue un rôle important sur la santé de l'enfant et de la mère. Généralement lorsque l'intervalle est petit, l'enfant devient maladif et fragile de même pour la mère.

Tableau 14 : Différence entre les femmes à PF et sans PF par rapport aux activités quotidiennes.

Femmes à PF	Femmes sans PF
- Tâches ménagères	- Tâches ménagères
- Agriculture	- Petit élevage dans la maison
- Elevage	
- Vente des produits dans la ville	

Source : enquête personnelle

Les femmes à PF peuvent faire plus d'activités que les femmes sans PF. Toutes les femmes à PF ont annoncé leur disponibilité sur les 4 activités ci-dessus. Pour les femmes sans PF, les tâches sont partagées avec le père de famille et leurs enfants. Alors que plus les activités sont nombreuses, plus les ressources financières augmentent.

5- Les facteurs motivateurs et bloquants de la planification familiale

Les facteurs motivateurs

- Limiter le nombre d'enfants : elles ne voudraient plus avoir d'enfant
- Santé de l'enfant : pour éviter ce que dit les malgaches « tanin'aizana » c'est-à-dire, la mère tombe déjà enceinte alors que le dernier enfant est encore si petit. L'enfant devient maladif et fragile et cela peut le conduire jusqu'à la mort.
- Pouvoir travailler : la femme peut travailler avec leur mari pour subvenir la famille si les naissances sont mieux espacées.

Les facteurs bloquants

- Poison, provoque le cancer : les rumeurs et les désinformations qui se propagent à propos de la planification familiale font peur les femmes et les empêchent à la pratiquer
- La croyance : lorsque la femme tombe encore enceinte, c'est la volonté de Dieu. Si Dieu ne veut plus qu'elle ait un enfant, elle ne tombera plus enceinte. Utiliser la contraception c'est comme donner de l'ordre à Dieu.
- La honte : le sujet concernant le sexe gêne des femmes. Ce qui concerne la reproduction est comme un sujet tabou.

6- Entrevue libre avec d'autres personnes concernant la planification familiale :

Un médecin :

Tout produit chimique incluant les contraceptifs introduits dans notre corps provoquent toujours des effets secondaires. Par contre, plusieurs femmes nécessitent ces moyens pour planifier leurs naissances pour diverses raisons (insuffisance de ressources pour subvenir aux besoins de la famille)

Pour lui donc, la pratique de la PF doit se faire en fonction des moyens disponibles. Si les parents n'arrivent pas à prendre en charge beaucoup d'enfants, ils sont conseillés à recourir à la PF.

Un pasteur :

Certes, la bible a dit dans le testament de Saint Jean « enfanter, remplir la terre. »

Mais, la vie qui devient de plus en plus dur nous oblige de limiter le nombre d'enfants.

Surtout en milieu rural, la PF est très importante. Les femmes rurales ne connaissent guère des moyens d'empêcher leur grossesse.

Utiliser ou non la contraception dépend de chaque personne, mais si possible, utiliser la méthode naturelle pour éviter les effets secondaires.

CHAPITRE 6 : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

I- Commentaires

I-1 Aspect épidémiologique

I-1-1 Age :

La tranche d'âge de 21 à 40 ans prédomine dans la recherche, car à notre avis c'est dans cette tranche d'âge qu'elles sont conscientes de la nécessité de la PF devant les problèmes socio-économique et démographique. De plus, la majorité des femmes comprises dans cette fourchette d'âge ont déjà plusieurs enfants et connaissent les méfaits.

I-1-2 Situation matrimoniale

Les femmes vivant en couple sont les plus nombreuses à pratiquer la PF

I-1-3 Parité

Même si les femmes en milieu rural commencent à être conscientes des difficultés de la vie et veulent à tout prix limiter le nombre de leurs enfants ; on a remarqué qu'il y a encore des facteurs de blocage sur la PF d'où la taille de ménage qui reste encore à 7 personnes par ménage.

I-2 Niveau d'instruction

La scolarisation exerce une forte influence positive sur les connaissances en contraception.

Les jeunes femmes non scolarisées n'ont reçu aucune information et très perméables aux rumeurs. Elles évitent souvent d'entrer dans ces sites de PF, pensant que l'utilisation des contraceptifs exige un minimum de niveau d'instruction.

- Les analphabètes et les secondaires du deuxième cycle représentent 5% des cas
- 87,5% des enquêtées ont fait des classes primaires
- 7,5% ont suivi des études secondaires du premier cycle.

Le niveau scolaire est important dans la pratique de la PF. Il permet aux utilisatrices des contraceptifs de mieux comprendre les indications, les contre indications, les avantages, les inconvénients de la méthode.

I-3 Source d'informations

Le personnel de santé est la principale source d'information. Etant le premier responsable de la PF, il a beaucoup d'expérience concernant la méthode contraceptive (75% sont informées par les agents de santé)

25% des enquêtées sont reçu des informations données par la famille, amis. Ces informations sont soit incomplètes, soit purement fausses.

I-4 Fréquence

A part les contraceptifs modernes, les femmes rurales connaissent aussi d'autre méthode dite traditionnelle (tambavy). Beaucoup de femmes utilisent encore cette méthode jusqu'à maintenant.

53,84% soit 14 acceptantes adoptant les contraceptifs injectables, 42,30% soit 11 acceptantes ont choisi la méthode traditionnelle (tambavy), et 3,86% soit 1 femme a opté pour les contraceptifs oraux.

Les contraceptifs injectables sont largement pratiqués car c'est une méthode discrète, facile à utiliser, ne demandant aucun effort de mémoire et ne perturbe pas les rapports sexuels.

I-5 Les motifs d'adhésion à la PF

L'espacement des naissances pour pouvoir travailler et la limitation des naissances sont les 2 principaux motifs d'adhésion avec un taux respectif de 53,84% et 46,16%.

Problèmes rencontrés dans le fokontany

- L'éloignement du centre de santé : dé motive la femme à pratiquer la PF,
- L'insuffisance du personnel de santé empêche le bon développement de la PF et complique le fonctionnement du service.

- L'inexistence des animateurs de santé pour faire la sensibilisation et la communication (visite à domicile, campagne d'informations).
- L'IEC/CCC de même n'existe pas dans le fokontany alors que le bas niveau d'instruction des clientes nécessite une bonne technique de l'IEC/CCC.

II- Suggestions

La croissance démographique est considérée comme l'un des problèmes les plus graves existant dans le monde. Pour faire face à la situation, nous, en tant qu'animateur social, proposons d'émettre quelques suggestions.

II- 1 La communication

Il est très important d'améliorer la communication en matière de santé particulièrement la Planification Familiale surtout en milieu rural.

II -2 Renforcement de l'IEC/CCC

Individuel sur les méthodes de PF qu'on peut faire à n'importe quel moment

Lors des consultations individuelles en cas de maladies,

Lors des périodes de vaccinations

Lors des visites systématiques des lycéens, des étudiants ou des travailleurs.

Au cours de ces contacts, on devra parler aux femmes des possibilités d'espacer convenablement les naissances ainsi que les risques qu'elles courent avec les grossesses rapprochées, précoces. Les conseils lors de la communication pour le changement de comportement doivent susciter chez les femmes les besoins de recourir à des méthodes contraceptives efficaces.

- Encourager les femmes à des échanges d'idées avec leur mari, leur expliquer qu'une communication entre les époux est nécessaire surtout en matière de reproduction.
- Expliquer aux femmes et insister surtout le fait que la PF peut contribuer à l'amélioration du niveau de vie du ménage.

- Encourager les jeunes surtout les filles à continuer leurs études jusqu'au niveau secondaire au moins. Un faible niveau d'instruction engendre la méconnaissance et l'incompréhension de la PF. Pour maîtriser sa fécondité, la femme doit avoir un certain degré d'instruction. Il convient donc d'encourager la scolarisation des filles.

II-3 La mobilisation sociale

Consiste en :

- Au niveau du quartier, on doit créer des coalitions communautaires (agences communautaires, agences pour le développement, et de concevoir un plan d'action communautaire pour répondre aux besoins des femmes)
- On peut passer l'information soit lors des assemblées dans les quartiers, soit lors des kermesses, soit lors de différentes manifestations sportives.
- La création d'un club des jeunes dans chaque quartier serait un atout pour y faire passer le message.
- Sensibilisation des parents sur l'importance du dialogue sur la planification de la famille entre eux et avec leurs enfants.
- Sensibilisation des communautés, des leaders et des décideurs sur l'importance de la PF pour la famille
- Sensibilisation des hommes, des femmes, des jeunes sur leur responsabilité au sein de la famille (éducation des enfants, satisfaction des besoins du ménage).

II-4 La promotion de comportements favorables à la PF fait appel à

- L'éducation des jeunes, des hommes et des femmes sur les causes de la mortalité maternelle et infantile.
- La conception et diffusion des supports IEC/CCC sur la PF
- Introduction de l'éducation sur la PF dans les programmes scolaires
- Elaboration de politiques en faveur des jeunes : La création des centres de jeunesse pour dispenser des conseils à tous les adolescents, création d'une émission instructive des jeunes dans les médias.

Les sensibilisateurs ou conseillers en PF doivent :

- Comprendre et respecter les droits du client
- Avoir la confiance des clients
- Avoir la connaissance en PF
- Comprendre les facteurs socioculturels susceptibles d'affecter le programme de PF
- Encourager les clients à poser des questions
- Utiliser une approche empathique
- Donner les informations objectivement et sans biais
- Ecouter attentivement le client
- Comprendre et utiliser la communication non verbale.

Il est à noter que c'est à partir de cette communication que l'individu crée en lui-même ses normes de comportements. *Spinoza* a dit qu'il y a enfin une perception dans laquelle une chose est perçue par sa seule essence ou par la connaissance de sa cause prochaine.

II-5 Les services

L'accès équitable aux services de santé se définit comme :

- La mise en œuvre du dossier sur la PF dans tous les districts sanitaires
- La mise en disposition d'une gamme appropriée de méthodes contraceptives pour atteindre toutes les couches de la population cible (hommes, jeunes, personnes déplacées en cas d'urgence, ou de catastrophes naturelles, les femmes célibataires, ...)
- La création des services sensibilisant les hommes à leur domicile, dans les communautés et sur les lieux de travail, à accepter la PF.

II-5-1 Au niveau de la qualité de service

- Former et réimprégner le personnel du centre pour être au courant de toutes les nouveautés en matière de contraception.
- La promotion des activités en faveur d'une bonne communication de PF
- Former des agents communautaires s'occupant de la PF au niveau des fokontany
- Créer des Comités d'Appui au Secteur Sanitaire

II-5-2 Au niveau des utilisatrices

- Informer la PF à toutes les personnes ciblées
- Abattre les barrages psychologiques (honte) concernant la contraception en rendant les femmes conscientes du bien fondé de la PF.
- Mettre au point à l'intention des hommes, des programmes d'éducation respectueux de leur culture et de leur croyance ainsi que de leur mentalité pour qu'ils pratiquent activement et pleinement aux efforts de PF soit en encourageant leur épouse soit en adoptant eux-mêmes une méthode contraceptive.
- Bien exposer les avantages et le bien fondé de la PF pour rendre la méthode de bouche à oreille très efficace afin de promouvoir la PF.
- Donner des informations claires, précises, complètes et exactes
- Utiliser les témoignages des clientes satisfaites
- Collaborer avec les agents communautaires (animateurs)

II-6 L'Etat

Le renforcement des capacités des communautés pour se prendre en charge en matière de PF est possible grâce à :

- La formation et la supervision des accoucheuses traditionnelles à la PF
- La formation des animateurs ou de « pairs » pour mieux atteindre toutes les couches de population (hommes, mères célibataires,...)
- L'information, la sensibilisation et l'éducation sur le concept genre

II-6-1 Sur le plan communautaire

En ce qui concerne la contraception, la communauté aura pour rôles de :

- Dispenser des séances d'informations et de conseils en matière de PF,
- Encourager et soutenir les activités des pairs et des Agents de Services à Base Communautaires.

II-6-2 Sur le plan national

- Promouvoir l'extension des centres surtout en milieu rural afin d'augmenter le taux de couverture contraceptive
- Faciliter l'accès de toutes les femmes à une information en matière reproductive
- Maintenir les formations continues de tout le personnel sanitaire en technique de PF
- Augmenter le budget de fonctionnement du centre pour ravitailler le site en produits contraceptifs.
- Renforcer l'éducation pour la santé des jeunes afin de prévenir les avortements clandestins et les grossesses non désirées
- Renforcer la sensibilisation de la population par l'intermédiaire des divers canaux (affichages, animateurs de santé,...)
- Nécessité des soutiens gouvernementaux et organismes internationaux en matière de PF.
- Augmenter le nombre de centres de PF en fonction du nombre de population.

Les bienfaits de la pratique de la PF ne se limitent pas seulement à la mère et à l'enfant mais aussi au niveau de la famille et s'étendent même au sein de la société.

II-7 Promotion de l'alphabétisation

Nous avons remarqué que lorsque les enfants sont scolarisés, plus tard, ils peuvent être une personne responsable et participante à la vie publique. Leur sort s'améliore et celui de la société dans laquelle ils vivent également, aussi bien en matière de santé publique, que de régulation de la croissance démographique ou encore de renforcement de la croissance économique.

Toutefois, l'accès à l'éducation semble être le facteur déterminant pour redresser le sort d'une personne et de sa famille à tous les niveaux. Ainsi, l'alphabétisation et la scolarisation sont les facteurs les plus influents pour améliorer la santé et diminuer le taux de mortalité. C'est aussi par l'éducation que passe une meilleure intégration des femmes dans les organisations de la société civile et une participation active à la vie publique pour améliorer le niveau de vie du ménage. L'organisation de programme d'éducation à grande échelle, visant non seulement à élever le niveau général d'instruction, mais encore à mettre les

secteurs appropriés de la population au courant des avantages résultants de la planification de la famille représente l'un des domaines importants où le gouvernement peut agir.

La collecte de données fiables est importante pour la promotion de la recherche sur la PF :

- Les décès maternels et infantile et infanto-juvenile
- Les complications d'avortements clandestins
- La grossesse et l'union précoce
- Les grossesses trop rapprochées et trop nombreuses
- Les pratiques traditionnelles pour éviter les grossesses.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, avoir des enfants fait partie de la conception malgache, cela se traduit par les expressions traditionnelles citées dans le corps de ce document.

Non seulement les jeunes malgaches en âge de se marier désirent avoir leurs propres enfants, mais en général tout couple désire avoir la même chose pour de multiples raisons.

Par contre, il ne faut pas oublier que la responsabilité prise par les parents dès la naissance d'un enfant jusqu'à son âge adulte garantit sa vie future ; il doit être scolarisé, nourri, éduqué, vêtu, ... c'est pourquoi il est important pour le couple de bien savoir le nombre d'enfant qu'il désire et surtout qu'il arrivera à prendre en charge.

Sur le plan national, la non proportionnalité de la croissance de la population et la croissance économique entraîne la pauvreté du pays ; puisque, la production locale n'arrive plus à satisfaire les besoins de la population.

Le choix se pose donc devant tous les parents sur le nombre de leurs enfants. Grâce à l'existence du Planning Familial, les couples peuvent espacer et limiter leurs naissances.

Avec la variété des méthodes contraceptives, toute femme peut pratiquer la PF en choisissant la méthode qui lui convient.

Des avantages peuvent être tirés à partir de la pratique de la PF, au niveau de la femme, au niveau du ménage, au niveau de la communauté et au niveau national.

La PF n'a pas seulement pour but de régulariser les naissances mais aussi d'inciter, de promouvoir la participation de la femme au développement, c'est aussi un moyen de lutter contre l'inégalité de genre qui subsiste encore surtout dans les milieux ruraux

Malgré les avantages donnés par la PF, ce n'est pas tout le monde qui se rend compte de son importance, d'où la nécessité de la communication et la sensibilisation au sein de la communauté.

En tout état de cause, il apparaît clairement que l'émancipation des femmes et l'accession à l'égalité face aux hommes, constitue un objectif crucial pour le respect des droits de la personne qui fait partie intégrante du développement humain et économique. Afin que ce développement puisse s'assurer un réel avenir, le travail d'information et de sensibilisation consistera à reconnaître les

coûts de la discrimination sexuelle et les avantages de l'égalité. Car, en effet, l'inégalité et la discrimination ont une répercussion importante sur la vie sociale et économique des foyers qui pénalise autant les femmes que les hommes. Pour la population rurale, il n'est pas facile de la persuader, elle a besoin d'information convaincante avant d'adopter un nouveau comportement.

Au fait, la question qui se pose encore est la suivante: « A part la PF, quelles stratégies d'organisations à adopter pour que les femmes soient reconnues comme actrices essentielles du développement et que leurs capacités soient valorisées, à leur propre profit, mais aussi au profit de la société ? »

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux

1. Bible
2. TSIANTINAY. Les activités de PF au centre de santé de Base II Annexe sotry.
3. RAZAKANDRETSIA, Rivo Solofomampionona Willy. Activité du PF au CSB II Mahamasina en 2001, p.48
4. RABETRANO, (G). La PF à Madagascar. Thèse médecine, Antananarivo, 1990, 1985 : 26-30

Ouvrages spécifiques

5. ALEXANDER, (K).La Planification familiale et le rôle de l'OMS, Editions Santé du Monde, 1994, p.4
6. FISA. Analyse situationnelle du programme de Planification familiale, FNUAP, Madagascar, Août 1993, p.5-12
7. FNUAP. Politique nationale de la population pour le développement économique et social, FNUAP, MINSAN, 1990, 90.030 :12
8. FNUAP. Politique et standard de service de PF à Madagascar. FNUAP. MINSAN, 1992, p.28
9. FNUAP. Rapport de mission sur l'évaluation des besoins d'aide en matière de population à Madagascar. FNUAP, Rapport number, 1999, p.25, 1-41
10. GEORGES, Pascal. Les grands textes de la philosophie, Bordas, 1966
11. GILLES, (F). Factures reliées à la sexualité et à la contraception chez les femmes et le décrochage scolaire. Apprentissage et scolarisation, Flammarion, 1992, 1 :30-35
12. LEGRAIN, (G), DELVOY, (P), RANJALAHY, (RJ). La santé de la reproduction pratique et opérationnelle, OMS, 2001, 3, 4, 33-56
13. MALINAY, (Y). La contraception, Paris, Eclipses, 1997, 21, 25, 76, 83
14. MALTHUS Thomas, Essai sur le principe de population, 1798
15. OMS. La PF. Un gage de santé, OMS, 1995, 3-4
16. OMS. La santé commence en famille. OMS, Santé du monde, 2000, 1995, 4-15
17. POPULATION REPORTS BUREAU. A la recherche d'un terrain d'entente. Objectif démographique et choix individuel, PRB, 94

18. POLITIQUE NATIONALE DE LA REPRODUCTION
19. PRESTON, (S). Est-il justifié de concevoir la politique de la population en fonction des conséquences économique de croissance démographique. Le bulletin démographique des Nations Unies, 1987, 23-24
20. RABARIJOHN, (N). Opération nationale d'évaluation d'activité en matière de reproduction, FNUAP/Madagascar, Décembre 1997, 17, 27, 28, 33
21. RAMAKAVELO, (M). Etude du risque de maternité dans quelques centres de protection maternelle et infantile à Madagascar. MINSAN, 1981, p.9
22. RAMAKAVELO, (M), et coll. PF et santé pour tous en l'an 2000. Antananarivo : MINSAN, 1994, 3482 : 2-10
23. RAZAFIMANJATO, (J). INSTAT, Enquête nationale démographique et de santé, INSTAT, 1997, 5 : 38
24. REEF, (H), GAMARRE, (HC). Régulation des naissances, EMC Gynécologie, 1990, 738 A10 : 10-20
25. ROSER, (SJE), CONLY, (R). Enquête démographique et de santé, Etude comparative Macro international Inc, 1996, 19 :12-22
26. SAUVY Alfred, Théorie générale de la population, PUF ; Paris, 1956

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE GENERAL DE L'ETUDE	
CHAPITRE I : Généralités sur la PF.....	5
I-Définition et historique.....	5
I-1-Définitions.....	5
I-2 –Historique.....	5
II- Les différentes méthodes de la PF.....	6
III-Les intérêts de la PF face au développement.....	7
CHAPITRE II : Les théories de la communication	
I-Quelques modèles de la communication.....	11
I-1- Modèle de Shannon et Weaver.....	11
I-2- Modèle de Lasswell.....	12
I-3- Modèle de Jakobson.....	12
I-4- Modèle de Gerbner.....	13
I-5-Modèle de Newcomb.....	13
I-6-Modèle de Matilda et John Riley.....	14
II-Communication pour le changement de comportement.....	15
II-1-La communication.....	15
II-1-1-Définitions.....	15
II-1-2-La communication inter personnelle.....	15
II-1-3-La communication de masse.....	15
III-Les étapes du changement de comportement de PROCHASKA.....	16
La communication en matière du PF.....	17

La communication et la PF.....	18
CHAPITRE III : La PF dans le contexte Malgache	
I-PF et valeur culturelle de l'enfant.....	19
II-PF et religions.....	19
III-PF et fady (tabous).....	20
DEUXIEME PARTIE : LA QUETE METHODOLOGIQUE	
CHAPIRE IV : Activités du terrain	
I-Terrain d'étude.....	23
I-1-Données économiques.....	23
I-1-1-Agriculture et élevage.....	23
I-1-2-Commerce.....	23
I-1-3-Petites entreprises.....	23
I-1-4-Route et transport.....	24
I-1-5-Groupements et associations.....	24
II-La démarche méthodologique.....	24
II-1-Méthode et outil.....	25
II-2-Cadre de l'étude.....	25
II-2-1-Période et durée d'étude.....	25
II-2-2-Sélection de site.....	25
II-2-3-Taille d'échantillon.....	25
II-2-4-Population d'étude.....	26
II-2-5-Sélection des sujets.....	26
II-3-Variables d'études.....	27
II-3-1-Variables d'études et d'indicateurs.....	27
II-3-2-Autres variables.....	28

II-4-Plan de collecte.....	28
II-5-Limite de l'étude.....	29
II-6-Contrainte temps.....	29
II-7-Intégration au village.....	29
TROISIEME PARTIE : RESULTATS-COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS	
CHAPITRE V : Résultats	
I-1-Profil des enquêtées.....	31
I-2-Perception de la PF chez les femmes enquêtées.....	33
I-3-Accessibilité à la PF.....	36
I-4-Distinction entre les familles planifiées et les non planifiées.....	37
I-5-Les facteurs motivateurs et bloquants de la PF.....	38
I-6-Entrevue libre avec d'autres personnes concernant la PF.....	38
CHAPITRE VI : Commentaires et suggestions	
I-Commentaires.....	40
I-1-Aspect épidémiologique.....	40
I-1-1-Age.....	40
I-1-2-Situation matrimoniale.....	40
I-1-3-Parité.....	40
I-2-Niveau d'instruction.....	40
I-3-Source d'information.....	41
I-4-Fréquence.....	41
I-5-Motifs d'adhésion à la PF.....	41
II-Suggestions	
II-1-La communication.....	42
II-2-Renforcement de l'IEC/CCC.....	42

II-3-La mobilisation sociale.....	43
II-4-Promotion de comportements favorables à la PF.....	43
II-5-Les services.....	44
II-5-1-Au niveau de la qualité de service.....	44
II-5-2-Au niveau des utilisatrices.....	44
II-6-L'Etat.....	45
II-6-1-Sur le plan communautaire.....	45
II-6-2-Sur le plan nationale.....	45
II-7-Promotion de l'alphabétisation.....	46
CONCLUSION GENERALE.....	48
Bibliographie.....	50
Tables des matières	52
Liste des acronymes	
Listes des figures et tableaux	
Annexes	
Les questionnaires.....	i
L'indice de PEARL.....	iv
Tableau des résultats d'enquête.....	v
Curriculum	Vitae

LISTE DES ACRONYMES

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CSB : Centre de Santé de Base

EDSMD : Enquête Démographique et de Santé à Madagascar

FFP: Fandrindrana Fiainam-Pianakaviana

FISA: Fianakaviana Sambatra

FJKM: Fiangonan 'i Jeso Kristy eto Madagasikara

IEC: Information Education Communication

MAMA : Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

MAP : Madagascar Action Plan

MST: Maladies Sexuellement Transmissibles

OMD: Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

ONU: Organisation des Nations Unies

PF: Planification Familiale

SAF: Sampan'Asa Fampanandrosoana

SIDA: Syndrôme d'ImmunoDéficiency Acquis

SRA: Santé de la Reproduction des Adolescents

VIH: Virus Immunitaire Humain

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Outil pour la méthode de prise de température

Figure 2 : Préservatifs (masculin et féminin)

Figure 3 : Pilule

Figure 4 : Les étapes du changement de comportement

Figure 5 : Carte démographique de la commune

Figure 6 : Tranche d'âge des femmes enquêtées

Figure 7 : Niveau d'instruction

Figure 8 : Sources d'informations

Figure 9 : Pratique de la PF

Figure 10 : Motif d'adhésion

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Caractéristiques de la Communication

Tableau n°2 : Variables d'études et d'indicateurs

Tableau n°3 : Tranche d'âge des femmes enquêtées

Tableau n°4 : Nombre d'enfants des femmes enquêtées

Tableau n°5 : Niveau d'instruction des enquêtées

Tableau n°6 : Connaissance en Planification Familiale

Tableau n°7 : Type de contraceptifs connus par les femmes enquêtées

Tableau n°8 : Sources d'informations de la Planification Familiale

Tableau n°9 : Motif d'adhésion à la PF

Tableau n°10 : Pratique de la PF avec la méthode utilisée

Tableau n°11 : Causes du non pratique des contraceptifs

Tableau n°12 : Coûts des contraceptifs

Tableau n°13 : Espacement des naissances

Tableau n°14 : Différence entre les femmes à PF et sans PF par rapport aux activités.

ANNEXES

GRILLE D'ENTRETIENS

1 - POUR LES FEMMES

Constitution du Ménage

Chef de famille : Père Mère

Situation familiale :

- Célibataire
- Mariée
- Veuve
- Divorcée

Age : Mère

Nombres d'enfant :

Espacement :

Âges :

Scolarisation

 Primaire

 Secondaire

 Universitaire

Activité économique

Du chef de famille :

.....

De la Conjointe :

.....

La pratique de la PF

OUI

NON

OUI : Quelle méthode

Motif d'adhésion

Motif de choix

Avantages de la PF

Inconvénients

Quelles sont les méthodes que vous connaissez

Sources d'informations

Accord du conjoint

NON :

Pour quelles raisons

Inconvénients de la PF

Connaissance de la PF

Sources d'informations

Quels sont les facteurs bloquants

Qu'est ce que vous utilisez pour régulariser les naissances

QUESTIONNAIRE POUR LE MEDECIN

Selon vous, la PF est-elle importante ?

Quels sont les effets secondaires ?

Quels sont vos conseils pour les femmes ?

QUESTIONNAIRE POUR LE PASTEUR

La PF selon la Bible

Qu'est ce que vous en pensez de la PF

Quels sont vos conseils pour les femmes ?

L'indice de PEARL ou le taux d'échec c'est-à-dire le nombre de grossesse non désirée pour 100 années/femmes pour chaque méthode est :

METHODE	INDICE DE PEARL
NATURELLE	
Coït interrompu	8 à 38
Calendrier	14 à 35
Température	1 à 3
MECANIQUE	
Stérilet- DIU	1.5
Préservatif	3.6
Spermicide	3 à 5
Diaphragme	7
HORMONALE	
Oestroprogestatif	0.16 à 0.32
Microprogestatif	1.2

Injectable	0.2 à 2.6
Implant	0.2 à 1.3
Pilule du lendemain	0.5

DEFINITIVE

Chez l'homme	0.02
Chez la femme	0.13

Le nombre d'enfants du ménage et l'espacement des naissances.

Age de la mère	Nombre d'enfants	Espacement	Sous contraception	Contraceptif utilisé
21	2	1ans	Oui	Injectable
22	2	1ans	Oui	Injectable
22	1	2ans	Non	Aucun
23	2	2ans	Oui	Injectable
23	3	1,5ans	Oui	Injectable
24	3	1,5ans	Oui	Injectable
24	2	2ans	Oui	Injectable
25	3	1,5ans	Non	Aucun
25	3	2ans	Oui	Injectable
26	4	1,5ans	Non	Aucun
26	3	2ans	Oui	Injectable
27	3	2ans	Oui	Injectable
28	4	1,5ans	Non	Aucun
29	4	2ans	Non	Tisane
30	5	1ans	Non	Aucun
31	4	2ans	Oui	Injectable
31	4	2ans	Oui	Injectable
32	4	2,5ans	Oui	Injectable
33	4	2ans	Oui	Injectable
33	3	3ans	Oui	Pilule
35	5	2ans	Non	Tisane
35	4	2ans	Oui	Injectable
35	5	2ans	Non	Eau glacée après le rapport sexuel
36	6	1,5ans	Non	Aucun

38	6	2ans	Non	Tisane
38	6	2ans	Non	Tisane
39	5	2,5ans	Non	Aucun
39	7	1,5ans	Non	Aucun
40	8	1ans	Non	Tisane
40	7	1,5ans	Non	Tisane
41	7	2ans	Non	Tisane
41	9	2ans	Non	Aucun
42	8	1,5ans	Non	Aucun
43	7	2ans	Non	Tisane
43	7	1,5ans	Non	Aucun
44	8	2ans	Non	Aucun
45	9	1,5ans	Non	Aucun
46	11	2ans	Non	Tisane
50	10	2,5ans	Non	Tisane
50	11	2,5ans	Non	Tisane

Source : enquête personnel, janvier 2009

Nom : RASOLOARINAIVO

Prénoms : Nirina Manitra Lydie

Adresse de l'auteur : lot III V 108 C Anosizato Est 1

Mail : kalamantr@ yahoo.fr

Titre du mémoire : « Importance de la planification familiale chez les femmes en milieu rural/ Cas : Commune rurale de Behenjy/ fokontany Fieferana »

Date de présentation : mémoire présenté le 22 juin 2010 pour l'obtention du diplôme de licence professionnelle en Travail Social et Développement.

Nombre de pages : 54

Nombre de tableaux : 14

Nombre de figures : 10

RESUME : Rubrique épistémologique : famille et communication

Notre étude a été réalisée dans la commune rurale de Behenjy. Elle permet de voir la perception de la PF chez les femmes dans cette commune, plus précisément dans le fokontany Fieferana. Les résultats de l'étude ont permis de constater les faits suivants :

- 42,5% des femmes enquêtées ont encore 5 à 9 enfants.
- 87,5% connaissent la simple définition de la PF.
- 37,5% utilisent la PF moderne.

Par ailleurs, on a aussi constaté que le niveau d'instruction des femmes est bas (87,5% niveau primaire).

L'utilisation des méthodes dites traditionnelles (tambavy) prédomine dans la commune (35% des femmes enquêtées).

Nos suggestions peuvent se résumer ainsi :

- le renforcement de l'IEC/CCC sur les méthodes de PF au plan individuel et communautaire ;
- la promotion de l'alphabétisation (la grande majorité des complications sont dues à l'ignorance et au manque d'informations).

Docteur RANDRIAMANANJARA Odile Michele

Année universitaire : 2007-2008