

## SOMMAIRE

	<b>PAGES</b>
INTRODUCTION.....	<b>01</b>

### **PREMIERE PARTIE :RAPPELS**

1. LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	03
1.1. Quelques définitions.....	03
1.1.1. Planification familiale.....	03
1.1.2. Espacement des naissances.....	03
1.1.3. Limitation des naissances.....	03
1.2. Méthodes modernes de contraception.....	04
1.2.1. Les contraceptifs hormonaux.....	04
1.2.2. Les méthodes barrières.....	09
1.2.3. Les méthodes chirurgicales.....	10
1.3. Contraception « idéale ».....	10
2. ELEMENTS DE SUCCES D'UN PROGRAMME.....	11
2.1. Exemple du succès du Bangladesh.....	12
2.1.1. Le déploiement de jeunes femmes mariées.....	12
2.1.2. La mise à disposition des méthodes contraceptives.....	12
2.1.3. Les cliniques de planning familial.....	13
2.1.4. Les activités d'IEC.....	13
2.2. Coût du programme.....	14

### **DEUXIEME PARTIE :METHODE ET RESULTATS**

1. METHODE.....	
1.1. Cadre d'étude.....	15
1.2. Type d'étude.....	15
1.3. Période et durée d'étude.....	17
1.4. Population d'étude.....	17
1.5. Echantillonnage et taille de l'échantillon.....	17

1.5.1. Méthode d'échantillonnage.....	17
1.5.2. Taille de l'échantillon.....	17
1.6. Recueil des données.....	18
1.7. Saisie et traitement.....	19
1.8. Limites.....	20
1.9. Ethique.....	20
1.10. Paramètres d'étude.....	20
2. RESULTATS.....	20
2.1. Taille de l'échantillon.....	21
2.2. Caractéristiques de l'échantillon.....	21
2.2.1. Age.....	21
2.2.2. Genre.....	21
2.2.3. Situation matrimoniale.....	22
2.2.4. Nombre d'enfants.....	23
2.2.5. Niveau d'instruction.....	24
2.2.6. Profession.....	25
2.3. Connaissance des méthodes contraceptives modernes.....	26
2.4. Attitude vis-à-vis des méthodes contraceptives modernes.....	27
2.5. Pratique des méthodes contraceptives modernes.....	29
2.5.1. Prévalence.....	31
2.5.2. Chez les femmes.....	31
2.5.3. Chez les hommes.....	34
2.5.4. Chez les femmes et les hommes.....	35
2.6. Utilisation actuelle de la contraception.....	36
2.6.1. Age.....	37
2.6.2. Situation matrimoniale.....	37
2.6.3. Nombre d'enfants.....	38
2.6.4. Niveau d'instruction.....	39
2.7. Motifs de non utilisation.....	40
	41

## TROISIEME PARTIE :DISCUSSION

1. CARACTERISTIQUES DES SUJETS DE L'ETUDE.....	42
2. CONNAISSANCE ET ATTITUDE.....	42
2.1. Connaissance.....	42
2.2. Attitude.....	43
3. PRATIQUE, UTILISATION ET PREVALENCE DE LA CONTRACEPTION MODERNE.....	44
3.1. Prévalence.....	44
3.2. Utilisation et prévalence.....	44
3.3. Utilisation des méthodes chez les femmes.....	45
3.4. Utilisation des méthodes chez les hommes.....	45
3.5. Utilisation des méthodes chez les femmes et les hommes.....	45
4. UTILISATION PAR RAPPORT AUX CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES.....	46
4.1. La tranche d'âge.....	46
4.2. Situation matrimoniale, nombre d'enfants et niveau d'instruction.....	46
5. COMPARAISON DES PREVALENCES.....	47
5.1. Le test de $X^2$ .....	47
5.2. Rapport des prévalences d'utilisation.....	47
6. MOTIFS DE NON UTILISATION.....	48

<b>CONCLUSION.....</b>	<b>50</b>
------------------------	-----------

### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### ANNEXE

## LISTE DES TABLEAUX

	<b>PAGES</b>
Tableau I : Répartition des sujets de l'étude selon l'âge.....	21
Tableau II : Répartition des sujets de l'étude selon la situation matrimoniale.....	23
Tableau III : Répartition des sujets de l'étude selon le nombre d'enfants.....	24
Tableau IV : Répartition des sujets de l'étude selon le niveau d'instruction.....	25
Tableau V : Répartition des sujets de l'étude selon la profession.....	26
Tableau VI : Répartition des sujets de l'étude selon la connaissance des méthodes contraceptives modernes.....	27
Tableau VII : Répartition des sujets de l'étude selon l'attitude vis-à-vis des méthodes contraceptives modernes.....	29
Tableau VIII : Prévalence contraceptive.....	31
Tableau IX : Répartition des utilisateurs ou non des méthodes contraceptives modernes selon le niveau d'information déclaré .....	32
Tableau X : Répartition des utilisateurs d'une méthode contraceptive selon le niveau d'information des sujets de l'étude.....	33
Tableau XI : Répartition des femmes de l'étude selon la méthode contraceptive utilisée.....	34
Tableau XII : Répartition des hommes de l'étude selon la méthode contraceptive utilisée.....	35
Tableau XIII : Répartition des sujets de l'étude selon la méthode contraceptive utilisée.....	36
Tableau XIV : Répartition des sujets de l'étude par méthode utilisée, selon l'âge....	37
Tableau XV : Répartition des sujets de l'étude selon la situation matrimoniale par méthode utilisée.....	38
Tableau XVI : Répartition des sujets de l'étude utilisateurs de méthodes contraceptives modernes selon le nombre d'enfants.....	39
Tableau XVII : Répartition des sujets de l'étude utilisateurs de méthodes contraceptives modernes selon le niveau d'instruction.....	40
Tableau XVIII : Répartition des sujets de l'étude qui n'utilisent pas de méthodes contraceptives modernes selon les motifs de non utilisation.....	41

## LISTE DES FIGURES

	<b>PAGES</b>
Figure 1 : Les 4 éléments du programme de planning familial au Bangladesh....	12
Figure 2 : Situation du fokontany de Mandialaza.....	15
Figure 3 : Les quartiers du fokontany de Mandialaza.....	16
Figure 4 : Répartition des sujets de l'étude selon le genre.....	22
Figure 5 : Diagramme de l'ignorance et connaissance des méthodes contraceptives modernes.....	28
Figure 6 : Attitude globale vis-à-vis des méthodes contraceptives modernes.....	30

## LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

COC	: Contraceptifs Oraux Combinés
CSB2	: Centre de Santé de Base niveau 2
EDS	: Enquête Démographique de la Santé
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
HTA	: Hypertension Artérielle
IEC	: Information, Education et Communication
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PF	: Planification Familiale
POR	: Prévalence Odds Ratio
<	: inférieur à
%	: Pourcentage

**Rapport-Gratuit.com**

**INTRODUCTION**

## INTRODUCTION

A Madagascar, une politique nationale en santé de la reproduction a été élaborée en 2000 dont l'un des quatre grands domaines d'activités est la planification familiale. Cette politique nationale s'est fixée des objectifs intermédiaires en matière de Planification Familiale (PF) qui sont de rendre les services de PF accessibles aux groupes cibles et d'offrir des services de qualité à ces mêmes groupes, aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale [1].

A l'échelle mondiale, l'on enregistre environ 210 millions de grossesses chaque année, dont 60 millions se terminent par un avortement, voire par le décès de la mère ou du bébé [1]. Ceci est la conséquence d'une planification familiale inadaptée. En Afrique, il s'agit plutôt d'un problème d'accès aux moyens de contraception : en Afrique subsaharienne, la proportion de femmes dont les demandes sont insatisfaites dépasse parfois celle des femmes qui utilisent des moyens contraceptifs. En 1995, environ 35,5 millions d'avortements ont été pratiqués dans les pays en développement. La plupart des avortements légaux sont pratiqués en Chine et dans d'autres pays d'Asie, mais l'essentiel des avortements illégaux se déroulent également en Asie [1].

A Madagascar, environ 27% des femmes utilisaient une méthode quelconque de contraception ; la proportion de celles qui utilisaient une méthode moderne était de 18%. Au niveau du fokontany de Mandialaza, la prévalence contraceptive moderne n'est pas connue ; une enquête sur le terrain apportait des précisions dans ce domaine et sur les problèmes d'évolution de la situation.

La pratique volontaire du contrôle des naissances passe par une première étape importante au cours de laquelle la population cible est mise au courant sur les méthodes contraceptives disponibles, sur les avantages et inconvénients de ces méthodes, l'offre de service et la sécurité d'utilisation [1].

Ces dernières années, les problèmes politiques et socio-économiques que le pays traverse ont semble-t-il entraîné des ralentissements dans le développement de la prévalence contraceptive. Mais le problème est qu'un taux d'accroissement démographique qui devance le taux d'accroissement économique ne favorise pas le développement.



Le choix de l'étude a été motivé principalement par l'idée de connaître la prévalence d'utilisation des méthodes contraceptives modernes en milieu rural.

Dans le monde entier, l'accès à un moyen de contraception efficace est essentiel pour une meilleure maîtrise démographique d'une part, et pour une meilleure santé des familles d'autre part [2].

« Enquête sur la contraception moderne à Mandialaza » est une étude qui part de l'hypothèse qu'une insuffisance d'information serait une des principales causes de la non utilisation des méthodes contraceptives en zone rurale.

L'objectif principal est d'évaluer la couverture contraceptive. Les objectifs spécifiques sont :

- de déterminer la couverture contraceptive selon le niveau d'information,
- d'identifier les causes de la non utilisation des méthodes contraceptives.

Le plan de l'étude comprend trois parties principales qui sont les rappels sur la planification familiale et l'enquête transversale, les méthodes et résultats et enfin la discussion.

## **PREMIERE PARTIE :RAPPELS**

## **RAPPELS SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ET LES ELEMENTS DE SUCCES D'UN PROGRAMME**

### **1. LA PLANIFICATION FAMILIALE**

#### **1.1. Quelques définitions**

##### **1.1.1. *Planification familiale***

« La planification familiale est 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 des décisions, réfléchies, 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 » (OMS) [3-5].

La planification familiale est également l'ensemble des techniques médico-sociales permettant :

- l'espacement et la régulation des naissances pour protéger la santé de la mère et de l'enfant d'une part, et pour permettre d'accéder à un niveau plus décent de vie familiale d'autre part ;
- la réduction de la morbidité et de la mortalité infantile et maternelle, afin de donner une valeur nettement positive à la natalité ;
- la lutte contre la stérilité pour aider les couples qui rencontreraient des difficultés dans ce domaine ;
- l'épanouissement de la vie sexuelle.

##### **1.1.2. *Espacement des naissances***

C'est la pratique qui consiste à maintenir un écart d'au moins deux ans entre la naissance des enfants. Ceci permet à la mère de se rétablir et de prendre soin de son enfant et de sa famille.

##### **1.1.3. *Limitation des naissances***

C'est l'ensemble des méthodes qui empêchent la survenue d'une grossesse chez les femmes trop jeunes (15 à 19 ans) et trop âgées (40 ans et plus), ou chez les

femmes qui ont eu 4 enfants ou plus. Ces méthodes peuvent être renouvelables, réversibles ou définitives.

Il est parfois difficile de choisir et d'utiliser une méthode contraceptive car la sexualité n'est pas la même pour tous. Le choix de la contraception doit prendre en ligne plusieurs facteurs :

- sexe et âge,
- risque d'infection,
- contre-indications médicales,
- habitudes sexuelles et nombre de partenaires.

Ce choix est intimement lié à trois notions fondamentales :

- La part biologique qui nous est commune : nos organes internes fonctionnent de manière automatique, inconsciente, involontaire. Leur fonctionnement n'est pas régi par la volonté, il obéit à un mécanisme inconscient, programmé dans notre appareil génétique. Dans ce cas, la sexualité est une fonction « automatique », car comme les organes digestifs, les organes génitaux sont le siège de phénomène spontané qui échappe à notre contrôle conscient [3-5].
- La part symbolique, psychologique et affective de la sexualité dans la vie de chacun, c'est-à-dire la part personnelle.
- La part sociale : les règles du monde qui nous entoure (la tendance contraceptive des autres jeunes, la contraception exigée par le ou la partenaire).

## **1.2. Méthodes modernes de contraception**

Les méthodes modernes de contraception peuvent être divisées en trois groupes :

- les contraceptifs hormonaux,
- les méthodes barrières,
- les méthodes chirurgicales.

### **1.2.1. *Les contraceptifs hormonaux***

On peut distinguer :

- les contraceptifs oraux,

- les contraceptifs injectables,
- les implants.

#### 1.2.1.1. *Les contraceptifs oraux*

Les contraceptifs oraux les plus fréquemment utilisés sont :

##### *i) Les Contraceptifs Oraux Combinés (COC)*

Ils sont à base d'œstrogène et de progestatif, par exemple Lo-femenale® ou Pilplan®.

- Présentation et composition
  - Pilplan® est présenté en boîte de 28 comprimés sous blister :
    - 21 comprimés blancs (œstro-progestatifs)
    - 7 comprimés bruns (75mg de fumarate de fer par comprimé)
- Mode d'action
  - L'action est réversible sur :
    - l'ovaire, en bloquant l'ovulation,
    - l'endomètre, en inhibant la prolifération,
    - le col utérin en épaississant la glaire cervicale.
- Mode d'emploi
  - Première prise : premier jour des règles (au plus tard le 5<sup>e</sup> jour).
  - Avaler un comprimé blanc par jour pendant 21 jours consécutifs, à la même heure.
  - Continuer par un comprimé brun par jour à la même heure.
  - Reprendre une nouvelle plaquette dès le lendemain de la prise du dernier comprimé brun et suivre le même mode d'emploi.
- Indications
  - femme désirant une méthode contraceptive très efficace,
  - dysménorrhée,
  - cycle irrégulier,
  - antécédent de kyste ovarien ou de grossesse extra-utérine,
  - contraception d'urgence,

- prévention de l'anémie, de l'ostéoporose et des cancers de l'endomètre et de l'ovaire.
- Contre-indications absolues
  - grossesse,
  - antécédents cardiovasculaires : HTA, coronaropathie, angine de poitrine,
  - antécédents cérébro-vasculaires,
  - antécédents thromboemboliques : thrombophlébites,
  - affections hépatiques sévères ou récentes : cirrhose, hépatite,
  - ictère,
  - saignements génitaux anormaux non diagnostiqués,
  - nodules mammaires,
  - tumeurs malignes : hypophyse, seins, utérus,
  - tabagisme,
  - âge de plus de 35 ans.
- Contre-indications relatives
  - migraines chroniques,
  - diabète,
  - allaitement d'un bébé de moins de 6 mois,
  - âge de moins de 35 ans et tabagisme,
  - varice,
  - obésité [6-9].

#### *ii) La pilule progestative*

La pilule progestative contient un progestatif seul, par exemple le levonorgestrel (Ovrette®).

- Avantages
  - elle n'agit pas sur l'allaitement,
  - elle ne contient pas d'œstrogène.
- Inconvénients
  - elle est moins efficace que le COC,
  - nécessite une prise quotidienne de la pilule.

- Indications
  - femmes ayant des contre-indications aux COC,
  - femmes allaitantes inférieures à 6 mois,
  - nullipares.
- Contre indications absolues
  - grossesse,
  - ictère,
  - cirrhose,
  - cancer du foie,
  - métrorragie d'origine inconnue.
- Contre-indications relatives
  - adolescents (<18 ans),
  - épilepsie sous barbiturique,
  - tuberculose, lèpre sous rifampicine,
  - maladies cardio-vasculaires.

#### 1.2.1.2. *Les contraceptifs injectables*

Deux types de contraceptifs injectables sont généralement utilisés :

- l'énantate de noréthistérone (Noristéra®)
  - le médroxyprogestérone acétate (Dépo-provera®) [6-9]
- Présentation et composition
    - suspension aqueuse injectable (flacon de 1ml avec une seringue et une aiguille à usage unique par boîte) ;
    - progestatif de synthèse (acétate de médroxyprogestérone) 150mg.
  - Mode d'action
 

Action réversible sur :

    - l'ovaire en bloquant l'ovulation,
    - l'endomètre en inhibant la prolifération,
    - le col utérin en épaisissant la glaire cervicale.
  - Mode d'emploi
    - injection intramusculaire profonde de 150mg toutes les 12 semaines,
    - première injection : au début du cycle entre le 1<sup>er</sup> et le 5<sup>e</sup> jour des règles,

- dans les 5 jours du post-partum si la femme n'allaite pas,
- dans la 6<sup>e</sup> semaine si la femme allaite.

- Indications

Contraception hormonale de longue durée (12 semaines) pour :

- les femmes en âge de procréer,
- les femmes qui allaitent,
- les femmes qui présentent des contre-indications à l'œstrogène,
- les femmes qui fument.

- Contre-indications

- allergie à la médroxyprogestérone,
- grossesse,
- allaitement d'un bébé de moins de 6 semaines,
- hémorragies génitales non diagnostiquées,
- affections hépatiques sévères ou récentes,
- cancer du sein,
- hypertension artérielle sévère.

### 1.2.1.3. *Les implants*

Le plus utilisé est le Norplant®. Les implants sous cutanés :

- bloquent l'ovulation,
- atrophient l'endomètre,
- rendent la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes.

- Indications

- contraception hormonale de longue durée,
- femmes en âge de procréer voulant éviter la grossesse.

- Contre indications

- grossesse,
- métrorragie d'origine inconnue,
- ictère de moins de 6 mois,
- adolescentes de moins de 18 ans.



### 1.2.2. *Les méthodes barrières*

Les méthodes barrières se présentent sous diverses formes.

#### 1.2.2.1. *Le préservatif masculin ou condom*

Le condom est fait pour revêtir le pénis en érection avant le début du rapport sexuel et constitue une barrière à la pénétration des spermatozoïdes dans le vagin. Mise à part l'allergie au latex qui est rare, l'utilisation du condom n'a pas d'effets secondaires. Le condom protège contre les infections sexuellement transmissibles et le Sida. La méthode exige l'interruption des préliminaires et de la stimulation sexuelle.

#### 1.2.2.2. *Le diaphragme*

Il est constitué d'une cupule en latex très souple avec un rebord semi-liquide. Il s'insère avant chaque rapport sexuel au fond du vagin pour empêcher le passage des spermatozoïdes dans le canal cervical. Il est retiré 6 à 8 heures après le rapport sexuel.

Les effets secondaires sont :

- l'allergie aux spermicides associés,
- les infections urinaires,
- compression sur la vessie ou sur le rectum,
- pertes vaginales fétides si le diaphragme est laissé plus de 24 heures dans le vagin,
- lésion vaginales causées par le retrait du diaphragme.

#### 1.2.2.3. *Le Dispositif Intra-Utérin ou DIU*

- Produits utilisés

Il s'agit d'une matière plastique imprégnée d'un progestatif que l'on place au niveau du col utérin. Le DIU empêche la nidation [10-12].

- Avantage

Effet contraceptif avec possibilité de fécondité dès que le DIU est enlevé.

- Efficacité théorique

Très efficace mais moins que la pilule.

- Facteur limitant

Visite médicale nécessaire pour l'insertion, surveillance des complications.

### 1.2.3. *Les méthodes chirurgicales*

#### 1.2.3.1. *La vasectomie*

La vasectomie est une méthode propre à l'homme. Elle consiste à obstruer ou à sectionner le canal déférent de chaque côté pour arrêter la libération des spermatozoïdes. C'est une méthode contraceptive irréversible [10-12].

- Efficacité théorique  
Elle est de 100 p.100 si la réalisation est correcte.
- Avantages
  - contraception définitive,
  - pas d'effet hormonal,
  - n'affecte ni l'orgasme ni le libido.
- Facteurs limitant
  - petite intervention chirurgicale chez le médecin ou à l'hôpital,
  - la vasectomie n'est efficace qu'après 2 mois ou jusqu'après la 20<sup>e</sup> éjaculation.

#### 1.2.3.2. *La stérilisation tubaire*

C'est une méthode propre à la femme. Elle consiste à obstruer ou à sectionner les conduites par lesquelles passent les ovules jusqu'à l'utérus.

### 1.3. **Contraception « idéale »**

- La contraception idéale devrait être bon marché, facile d'accès, utilisable par le grand nombre, sans nécessité de toujours recourir à un médecin.
- Elle devrait être à 100 p.100 efficace sans que l'utilisateur/trice ait besoin d'intervenir. L'idéal serait un procédé qui « suspend » la fertilité jusqu'à ce qu'on cesse de l'utiliser.
- Elle devrait être plus une méthode féminine que masculine car les femmes sont les premières concernées. La mise au point d'une méthode masculine réversible est bien entendu souhaitable, mais les femmes doivent pouvoir contrôler leur fécondité

sans dépendre du bon vouloir des hommes comme c'est encore trop souvent le cas dans de nombreux pays de la planète terre.

- Son utilisation devrait être simple, confortable et indépendante des rapports sexuels. En effet, plus une méthode contraceptive nécessite des manipulations, plus les risques d'échec sont grands.
- Elle devrait être entièrement réversible c'est-à-dire que le retour à la fécondité doit être total et immédiat dès l'arrêt de la contraception.
- Elle devrait être dénuée de tout effet indésirable, dangereux ou bénin.
- Elle devrait avoir des avantages en dehors de la contraception elle-même, par exemple, prévenir la transmission des infections sexuellement transmissibles (IST).
- Elle devrait être acceptée par toutes les religions et toutes les cultures. Ce dernier objectif pourrait bien être impossible à atteindre : nombreuses sont les religions qui s'opposent à la seule idée de contraception.

Du point de vue médical, la contraception est dans une certaine mesure un moyen de protection pour les femmes. Les grossesses sont des événements certes naturels, mais non dénués de dangers, même pour des femmes en bonne santé. Lorsqu'elles sont très précoces ou très tardives, trop nombreuses ou trop souvent répétées, les grossesses peuvent être mortelles. Le risque de mourir par suite de l'utilisation d'une méthode contraceptive est inférieur au risque de mourir au cours d'une grossesse [10-14].

## **2. ELEMENTS DE SUCCES D'UN PROGRAMME**

Le succès d'un programme de planification familiale dépend du degré d'efficacité que le programme peut offrir aux utilisateurs et de la sécurité d'utilisation. En rapport à cela, l'adoption d'un moyen contraceptif peut être permanente, à long terme ou temporaire.

Les méthodes permanentes font appel à la stérilisation de la femme ou de l'homme. Il s'agit de la méthode anticonceptionnelle la plus efficace. La stérilisation de 187 millions de femmes de par le monde représente 34% de toutes les pratiques contraceptives. La stérilisation masculine au moyen de la vasectomie est une procédure plus simple et plus sûre que la stérilisation féminine, mais elle est moins

pratiquée. Elle concerne 50 millions d'hommes à l'échelle mondiale et représente 8% de toutes les pratiques contraceptives.

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

Parmi les méthodes temporaires, on peut citer la pilule, les implants cutanés et les produits injectables qui modifient le cycle hormonal de la femme pour empêcher la conception. Ces méthodes sont certes efficaces, mais elles peuvent causer des hémorragies irrégulières qui favorisent l'abandon de ces méthodes. Les autres méthodes temporaires sont les barrières, dont la plus courante est le préservatif.

## **2.1. Exemple du succès du Bangladesh**

Au milieu des années 70, la Bangladaise moyenne avait plus de 6 enfants, ce que, combiné avec la malnutrition et le manque d'accès à des services de santé de qualité, compromettait la santé tant de la mère que de ses enfants. Au delà de l'impact de cette situation sur la santé, le taux élevé de fécondité et la croissance rapide de la population constituaient des obstacles majeurs au développement économique et au progrès social du pays. Dans le but d'atteindre des objectifs démographiques, le programme de planning familial du Bangladesh comportait 4 éléments :

### **2.1.1. *Le déploiement de jeunes femmes mariées***

Le déploiement de jeunes femmes mariées recrutées comme agents de terrain et formées pour effectuer des visites à domicile auprès des femmes, auxquelles elles fournissaient des services de contraception, vise l'augmentation de la couverture contraceptive.

### **2.1.2. *La mise à disposition des méthodes contraceptives***

Le programme assure la mise à disposition d'un large éventail de méthodes pour satisfaire une diversité de besoins en matière de reproduction. L'approche dite de

cafétéria proposait des méthodes temporaires à l'intention des personnes ayant 2 enfants vivant et dont le plus jeune est âgé d'au moins 2 ans.

### **2.1.3. Les cliniques de planning familial**

L'ouverture de cliniques de planning familial dans les zones rurales permettait aux agents de terrain d'aiguiller les clientes qui désiraient utiliser des méthodes permanentes ou à long terme.

### **2.1.4. Les activités d'IEC**

Pour changer les normes relatives à la taille de la famille (au sein de la communauté) et pour fournir des renseignements sur les options de contraception, des activités d'IEC (Information, Education et Communication) ont été également menées par les agents de terrain (figure 1) [15-17, 2].

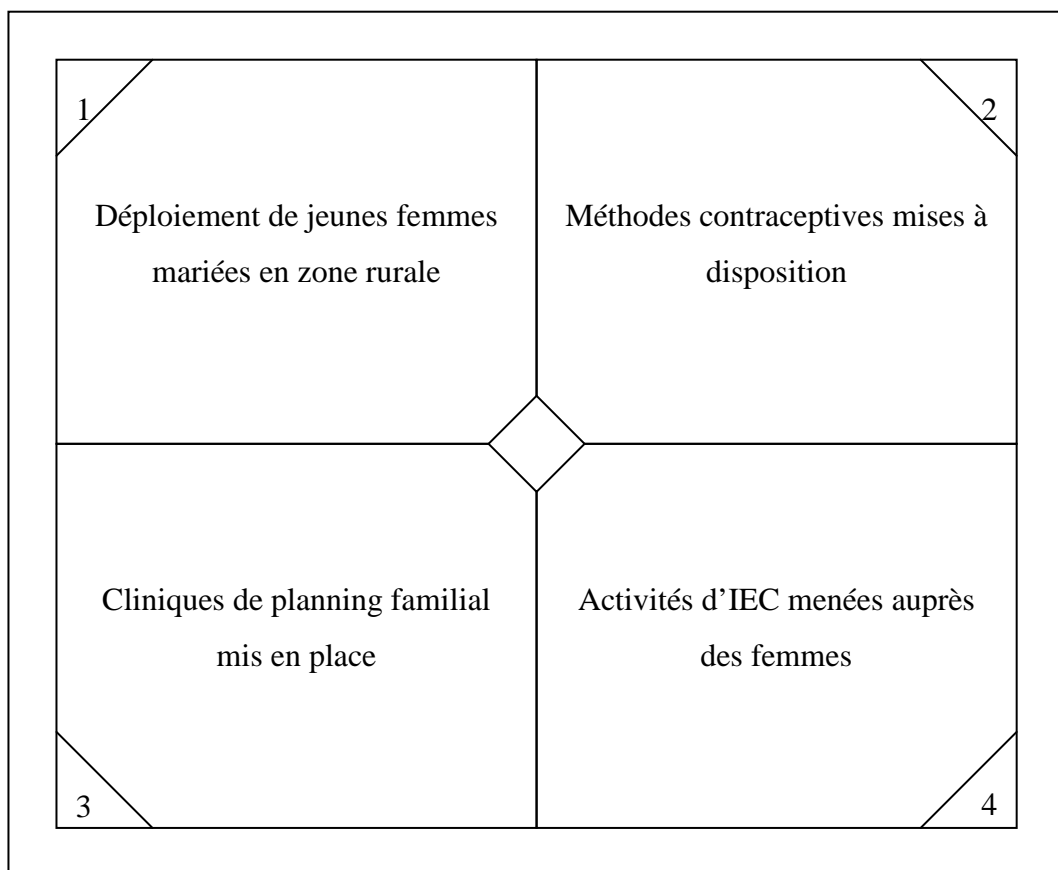


Figure 1 : Les 4 éléments du programme de planning familial au Bangladesh [2].

L'utilisation de contraceptifs par les femmes mariées s'est accrue, passant de 8% au milieu des années 70 à environ 50% en 2000.

## **2.2. Coût du programme**

Selon les estimations, ce programme coûte près de 100 millions à 150 millions de dollars par an. Environ la moitié aux deux tiers du financement provient de bailleurs de fonds extérieurs. Le rapport coût efficacité a été estimé à 13 à 18 dollars par naissance évitée.

## **DEUXIEME PARTIE : METHODE ET RESULTATS**

## METHODE ET RESULTATS

### 1. METHODES

#### 1.1. Cadre d'étude

L'étude a été réalisée à Mandialaza. Il s'agit du chef lieu de la commune rurale du même nom située dans le district de Moramanga au sein de la région d'Alaotra Mangoro (figure 2).

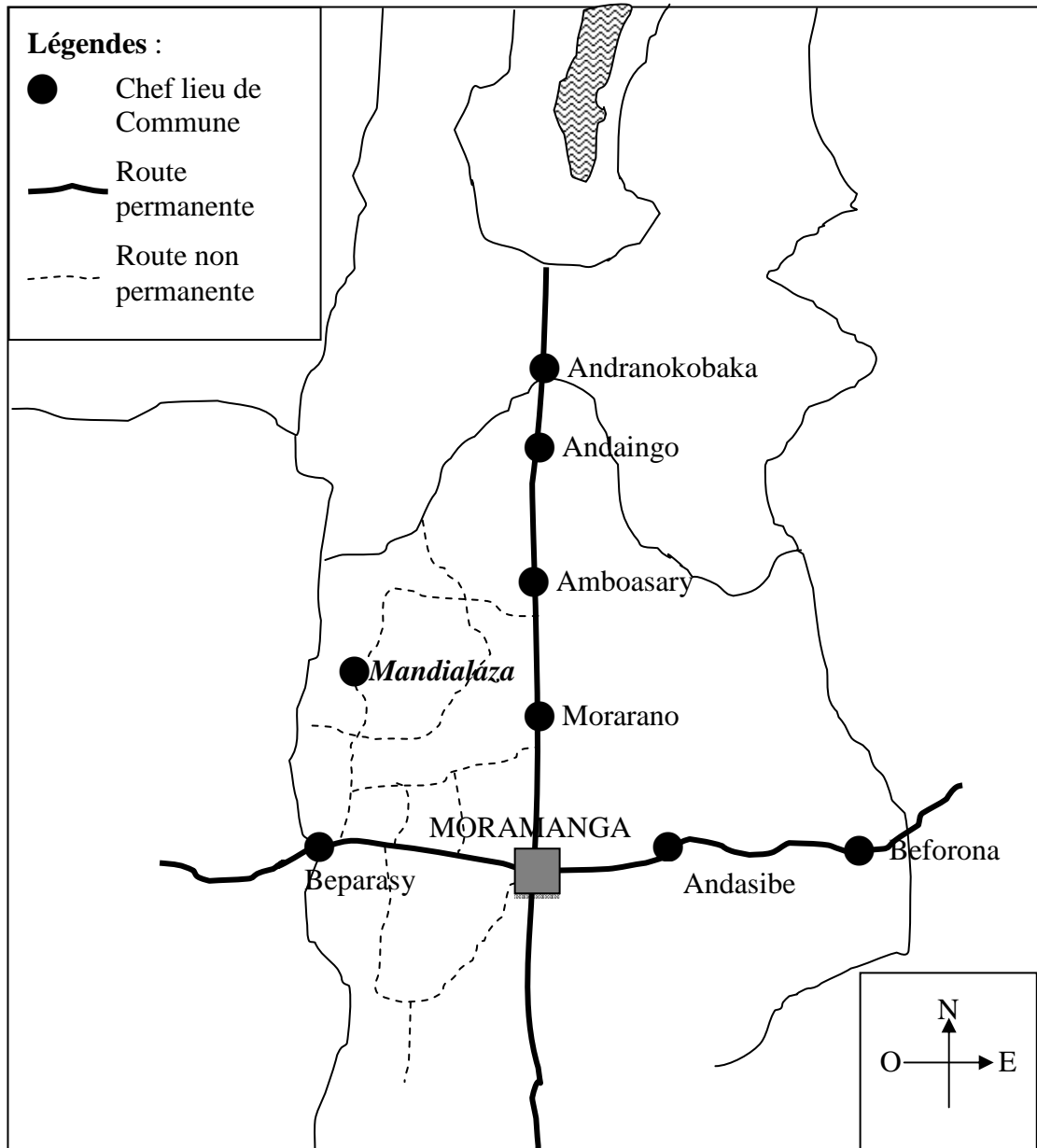


Figure 2 : Situation du fokontany de Mandialaza.



Le fokontany de Mandialaza compte 4.540 habitants répartis au niveau de 5 quartiers.

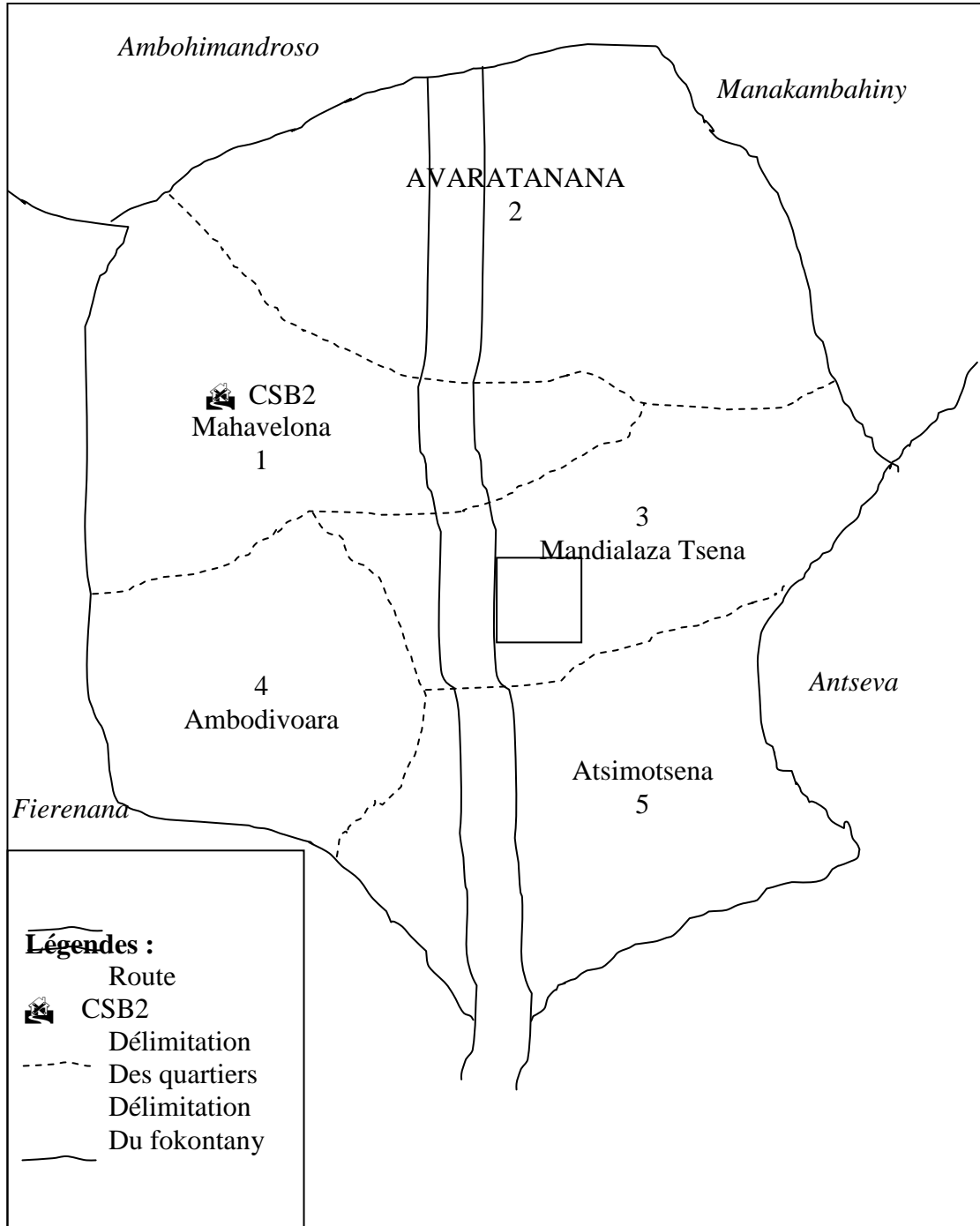


Figure 3 : Les quartiers du fokontany de Mandialaza.

## 1.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale.

## 1.3. Période et durée d'étude

La période d'étude s'étend du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2013.

L'étude a durée 8 mois (janvier à août 2014).

La prévalence contraceptive est mesurée :

- Chez la femme

$$P_1 = \frac{\text{Nombre de femmes utilisatrices de méthodes contraceptives modernes}}{\text{Effectif des femmes de l'étude}} \times 100$$

- Chez l'homme

$$P_2 = \frac{\text{Nombre d'hommes utilisateurs de méthodes contraceptives modernes}}{\text{Effectif des hommes de l'étude}} \times 100$$

## 1.4. Population d'étude

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

### 1.4.1. Critères d'inclusion

Sont retenus dans l'étude :

- les femmes âgées de 15 à 49 ans,
- les hommes âgés de 15 à 59 ans.

(Selon les tranches d'âge adoptées par l'EDS2004).

### 1.4.2. Critères de non inclusion

Sont écartées de l'étude, les personnes en âge de procréer :

- femmes moins de 15 ans et plus de 49 ans,
- hommes moins de 15 ans et plus de 60 ans.

## 1.5. Echantillonnage et taille de l'échantillon

### 1.5.1. Méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage choisie est la méthode des itinéraires. Il s'agit de limiter l'initiative laissée aux enquêteurs pour le choix des sujets à interroger en leur imposant un itinéraire, et le mode de recrutement si les personnes cibles se trouvent dans la rue, ou les coordonnées exactes des logements si l'enquêteur va dans les maisons :

- Dans la rue, interroger le premier sujet cible rencontré et le suivant une fois qu'on termine l'enquête sur le 1<sup>er</sup>.

- Pour les maisons

Visiter la première maison indiquée par la pointe d'un stylo lancé par terre, ensuite choisir la première maison à partir de celle qui vient d'être visitée qu'elle se trouve à gauche ou à droite, devant ou derrière, ensuite la deuxième, la troisième et ainsi de suite.

### 1.5.2. Taille de l'échantillon

Comme il s'agit d'une enquête transversale d'observation, le nombre de sujets nécessaire dépend de trois facteurs :

- le pourcentage attendu de sujets présentant le caractère recherché (p), ici les utilisateurs de méthodes contraceptives modernes ;
- la précision souhaitée pour ce pourcentage (i) ;
- le risque de première espèce consenti (risque  $\alpha$ ) représentant le risque que le pourcentage réel dans la population s'écarte du pourcentage observé sur l'échantillon (de plus de 2 écarts-types, pour  $\alpha = 0,05$ ).

Le nombre de sujets "n" est donné par la formule :

$$n = \frac{(\epsilon \alpha^2 \times p \times q)}{i^2}$$

où :

- $\epsilon$  est l'écart réduit correspondant au risque  $\alpha$  consenti
- $p$  est la fréquence approximative du facteur étudié
- $q$  est le complément de  $p$  ( $q = 1-p$ )

Comme on n'a aucune idée à priori de la valeur de  $p$ , on choisit  $p = 0,50$  (et donc  $q = 0,50$ ). On se place ainsi dans les conditions les plus contraignantes dans la mesure où, pour maintenir une précision donnée, le nombre de sujets requis est le plus élevé lorsque le pourcentage avoisine 50%.

En général, on choisit par convention  $\alpha = 5\%$  d'où  $\epsilon = 1,96$ . Ce faisant, on accepte de courir le risque, 5 fois sur 100, que le pourcentage réel s'écarte de plus de deux écarts-types du pourcentage observé.

Une précision de 5% est en général jugée acceptable. Dans ces conditions :

$$n = \frac{(1,96^2 \times 0,5 \times 0,5)}{0,05^2}$$

$$n = 384 \text{ sujets}$$

### 1.6. Recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire qui porte essentiellement sur :

- l'état civil,
- la connaissance des méthodes contraceptives modernes,
- l'utilisation de ces méthodes,
- les sources d'information.

Il s'agit d'une enquête interview : l'enquêteur pose les questions et remplit le questionnaire conformément aux réponses données par la personne interrogée. Le questionnaire a été testé auprès des personnes cibles avant d'être utilisé (annexe I).

### 1.7. Saisie et traitement

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

### 1.8. Limites

- L'étude est exposée au biais de sélection : les personnes cibles qui refusent l'enquête sont remplacées par les suivantes.
- Sincérité des réponses (l'enquêteur risque de noter des réponses qui ne correspondent pas exactement aux réponses données par la personne enquêtée).

### 1.9. Ethique

- L'enquête a été réalisée avec l'approbation du Maire et du chef de fokontany de Mandialaza.
- Les données ont été exploitées de façon anonyme et dans le respect du secret médical.

### 1.10. Paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

- la taille de l'échantillon,
- les caractéristiques de l'échantillon selon :
  - l'âge,
  - le genre,
- la connaissance des méthodes contraceptives modernes,
- l'attitude vis-à-vis des méthodes contraceptives modernes,
- la pratique de la contraception moderne,
- l'utilisation actuelle par méthode utilisée selon :
  - la tranche d'âge,
  - le genre,
  - la situation matrimoniale,
  - le nombre d'enfants,
  - le niveau d'instruction,
- les motifs de non utilisation des méthodes contraceptives modernes.



## 2. RESULTATS

### 2.1. Taille de l'échantillon

L'échantillon de l'étude compte 384 sujets en âge de procréer.

### 2.2. Caractéristiques de l'échantillon

Les tableaux qui suivent présentent les sujets de l'étude selon des caractéristiques sociodémographiques.

#### 2.2.1. Age

Tableau I : Répartition des sujets de l'étude selon l'âge.

<b>Tranche d'âge</b>	<b>Hommes (%) n=167(43,5%)</b>	<b>Femmes (%) n=217(56,5%)</b>	<b>Total (%) 384 (100%)</b>
15-19 ans	27 (42,2%)	37 (57,8%)	64 (100%)
20-24 ans	25 (41%)	36 (59%)	61 (100%)
25-29 ans	22 (39,3%)	34 (60,7%)	56 (100%)
30-34 ans	22 (40%)	33 (60%)	55 (100%)
35-39 ans	21 (39,6%)	32 (60,4%)	53 (100%)
40-44 ans	19 (40,4%)	28 (59,6%)	47 (100%)
45-49 ans	15 (46,9%)	17 (53,1%)	32 (100%)
50-54 ans	12 (100%)	na	12 (100%)
55-59 ans	4 (100%)	na	4 (100%)

na : non applicable.

- Les sujets de l'étude sont plus nombreux chez les personnes âgées de 15 à 44 ans.
- Ceux qui ont 45 et plus sont minoritaires.

### 2.2.2. Genre

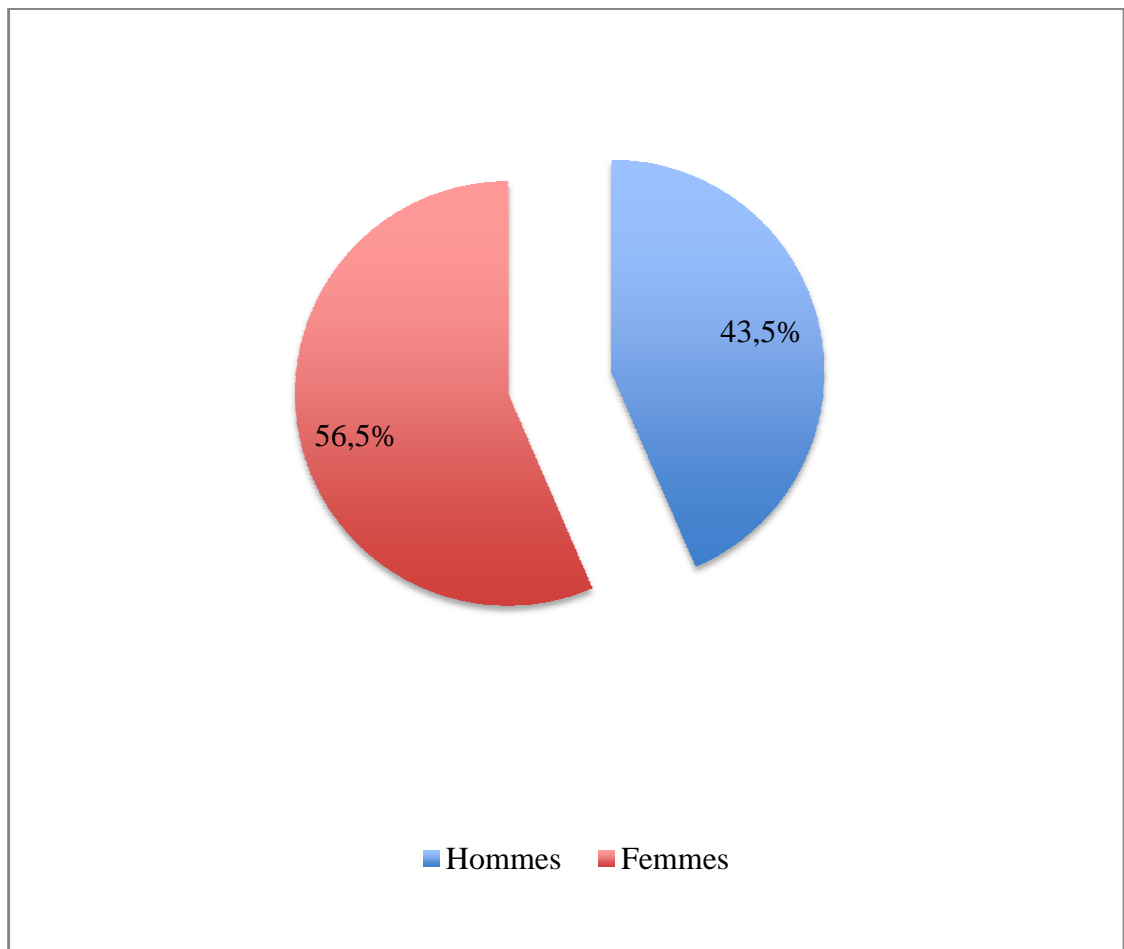


Figure 4 : Répartition des sujets de l'étude selon le genre.

Dans le groupe des sujets de l'étude, les femmes sont majoritaires.

### 2.2.3. *Situation matrimoniale*

Tableau II : Répartition des sujets de l'étude selon la situation matrimoniale.

<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Effectif n=384</b>	<b>Proportion (%) 100%</b>
Célibataire	53	13,8
Marié	303	78,9
Séparé ou divorcé	22	5,7
Veuf(ve)	6	1,6

Dans 78,9% des cas, les sujets de l'étude sont mariés. Les célibataires représentent 13,8%.



### 2.2.4. Nombre d'enfants

Tableau III : Répartition des sujets de l'étude selon le nombre d'enfants.

<b>Nombre d'enfants</b>	<b>Effectif n=384</b>	<b>Proportion (%) 100%</b>
0 enfants	68	17,7
1-2 enfants	123	32,0
3-4 enfants	167	43,5
5 enfants et plus	26	6,8

- Les sujets de l'étude ont 3 à 4 enfants dans 43,5% des cas.
- Ceux qui ont 5 enfants et plus ne représentent que 6,8%.

### 2.2.5. Niveau d'instruction

Tableau IV : Répartition des sujets de l'étude selon le niveau d'instruction.

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif n=384</b>	<b>Proportion (%) 100%</b>
Illettré	88	22,9
Niveau primaire	163	42,4
Niveau secondaire	127	33,1
Niveau universitaire	6	1,6

Dans 42,4% des cas, les sujets de l'étude sont du niveau primaire. Seulement 1,6% ont un niveau universitaire.

### 2.2.6. Profession

Tableau V : Répartition des sujets de l'étude selon la profession.

<b>Profession</b>	<b>Effectif n=384</b>	<b>Proportion (%) 100%</b>
Étudiant	23	6,0
Exploitant forestier	184	47,9
Cultivateur	88	22,9
Epicier	6	1,6
Vendeur au marché	12	3,1
Opérateur économique	10	2,6
Sans profession précise	61	15,9

- Dans 47,9% des cas, les sujets de l'étude sont des exploitants forestiers.
- Dans 3,1% des cas, ils sont vendeurs au marché.

### 2.3. Connaissance des méthodes contraceptives modernes

Tableau VI : Répartition des sujets de l'étude selon la connaissance des méthodes contraceptives modernes.

<b>Connaissance des méthodes</b>	<b>Effectif n=384</b>	<b>Proportion (%) 100%</b>
Ne connaît aucune méthode moderne	64	16,7
Connaît une méthode moderne	122	31,8
Connaît deux méthodes ou plus	150	39,0
Connaît plus de 2 méthodes	48	12,5

Dans 51,5% des cas, les sujets de l'étude connaissent deux méthodes contraceptives ou plus.

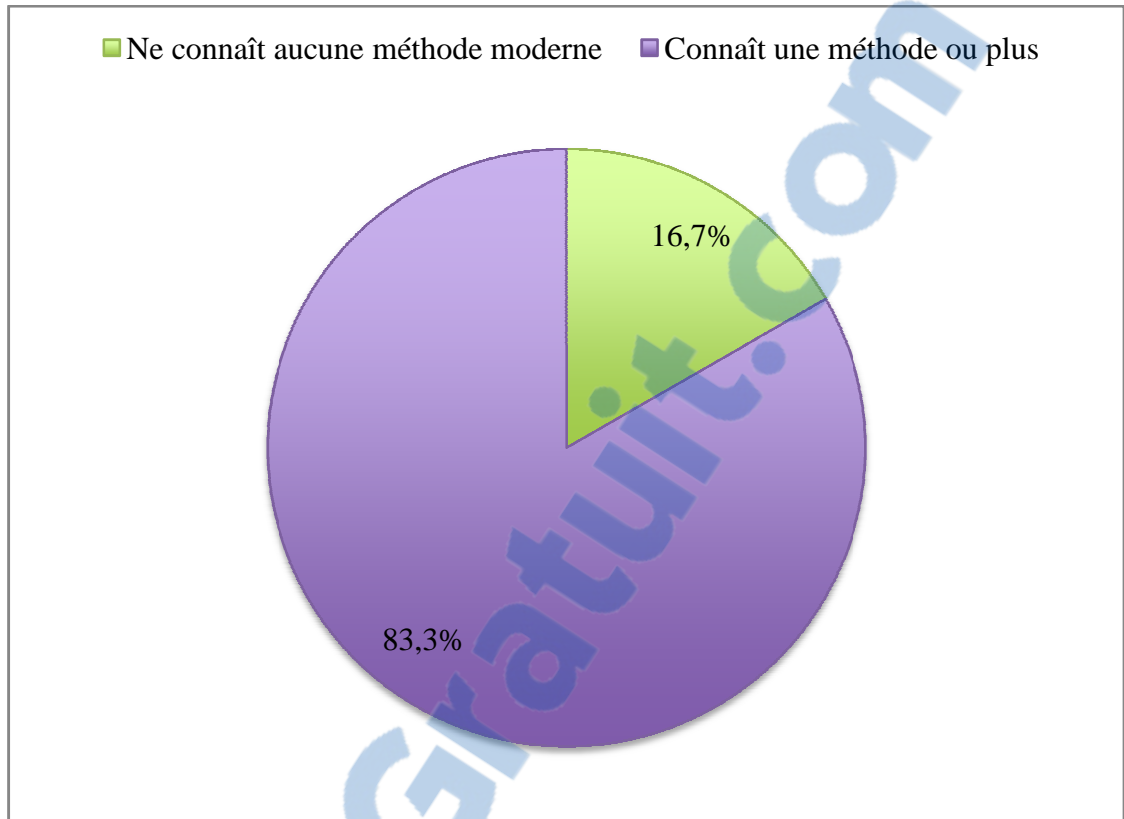


Figure 5 : Diagramme de l'ignorance et connaissance des méthodes contraceptives modernes.

Dans 83,3% des cas, les sujets de l'étude connaissent une méthode contraceptive ou plus.

#### 2.4. Attitude vis-à-vis des méthodes contraceptives modernes

Tableau VII : Répartition des sujets de l'étude selon l'attitude vis-à-vis des méthodes contraceptives modernes.

<b>Attitude</b>	<b>Effectif n=384</b>	<b>Proportion (%) 100%</b>
Très favorable	77	20,1
Favorable	186	48,4
Peu favorable	35	9,1
Défavorable	86	22,4

Dans 48,4% des cas, les sujets de l'étude sont favorables aux méthodes contraceptives modernes.

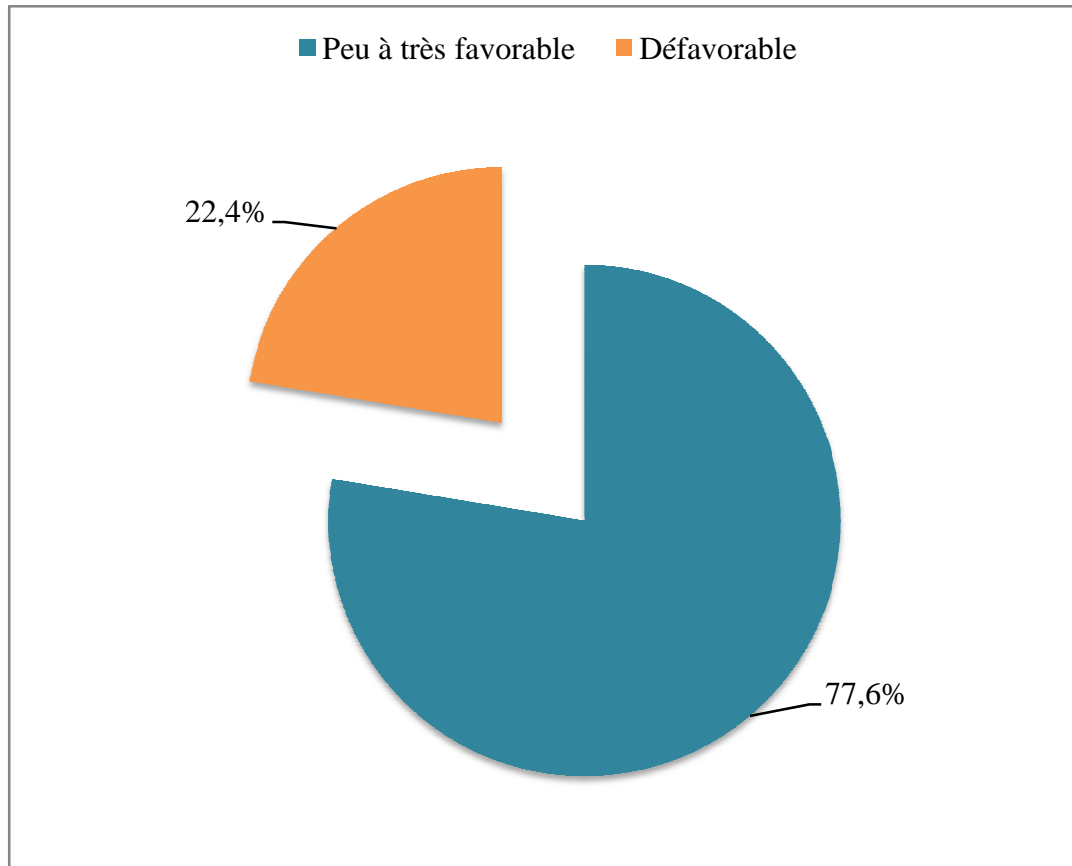


Figure 6 : Attitude globale vis-à-vis des méthodes contraceptives modernes.

Dans 77,6% des cas, les sujets de l'étude sont peu à très favorables aux méthodes contraceptives modernes.

## 2.5. Pratique des méthodes contraceptives modernes

### 2.5.1. Prévalence

Tableau VIII : Prévalence contraceptive.

Dénomination	Effectif			Proportion (%)
	H n=167	F n=217	Total 384	
Pratique une méthode contraceptive moderne	48	70	118	30,7
N'utilise pas de méthode contraceptive moderne	119	147	266	69,3

Prévalence contraceptive moderne = 30,7%

Par rapport à 118 utilisateurs, nombre d'utilisateurs par type de méthode contraceptive moderne :

- pilule : 39
  - méthodes injectables : 46
  - implants : 04
  - DIU : 05
  - Diaphragme : 01
  - Condom : 21
  - Stérilisation féminine : 02
- } 118 utilisateurs

Dans 69,3% des cas, les sujets de l'étude n'utilisent pas de méthodes contraceptives modernes.

La prévalence contraceptive est de 30,7%.



Tableau IX : Répartition des utilisateurs ou non des méthodes contraceptives modernes selon le niveau d'information déclaré.

Dénomination	Utilisent une méthode contraceptive moderne			N'utilisent pas de méthode contraceptive moderne			Total		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
	<b>n=48</b>	<b>n=70</b>	<b>118</b>	<b>n=119</b>	<b>n=147</b>	<b>266</b>	<b>n=167</b>	<b>n=217</b>	<b>384</b>
	<b>(12,5)</b>	<b>(18,2)</b>	<b>(30,7)</b>	<b>(31)</b>	<b>(38,3)</b>	<b>(69,3)</b>	<b>(43,5)</b>	<b>(56,5)</b>	<b>(100)</b>
<hr/>									
Parmi ceux qui connaissent bien les méthodes contraceptives modernes (connaissent 2 méthodes ou plus)	38	45	83	55	60	115	93	105	198
	(19,2)	(22,7)	(41,9%)	(27,8)	(30,3)	(58,1)	(47)	(53)	(100)
<hr/>									
Parmi ceux qui ne connaissent pas bien la contraception moderne (connaît une méthode contraceptive moderne)	10	25	35	41	46	87	51	71	122
	(8,2)	(20,5)	(28,7)	(33,6)	(37,7)	(71,3)	(41,8)	(58,2)	(100)
<hr/>									
Parmi ceux qui ne connaissent aucune méthode contraceptive moderne	0	0	0	23	41	64	23	41	64
				(35,9)	(64,1)	(100)	(35,9)	(64,1)	(100)

Ceux qui utilisent des méthodes contraceptives représentent 12,5% chez les hommes, et 18,2% chez les femmes.

Tableau X : Répartition des utilisateurs d'une méthode contraceptive selon le niveau d'information des sujets de l'étude.

Dénomination	Utilisent une méthode contraceptive moderne			N'utilisent pas de méthode contraceptive moderne			Total		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
	n=48	n=70	118	n=119	n=147	266	n=167	n=217	384
	(12,5)	(18,2)	(30,7)	(31)	(38,3)	(69,3)	(43,5)	(56,5)	(100)
Sujets qui connaissent bien les méthodes contraceptives modernes (bien informés)									
	38	45	83	55	60	115	93	105	198
	(19,2)	(22,7)	(41,9)	(27,8)	(30,3)	(58,1)	(47)	(53)	(100)
Sujets qui ne connaissent pas bien les méthodes contraceptives modernes (insuffisamment informés)									
	10	25	35	64	87	151	74	112	186
	(5,4)	(13,4)	(18,8)	(34,4)	(46,8)	(81,2)	(39,8)	(60,2)	(100)

- Prévalence globale d'utilisation : 30,7%
- Prévalence d'utilisation chez les sujets bien informés : 41,9%
- Prévalence d'utilisation chez les sujets insuffisamment informés : 18,8%

- RP : Rapport des Prévalences d'utilisation

$$RP = \frac{0,419}{0,188}$$

RP = 2,23
-----------

### 2.5.2. Chez les femmes

Tableau XI : Répartition des femmes de l'étude selon la méthode contraceptive utilisée.

Méthode contraceptive utilisée	Effectif n=217	Proportion (%) 100%
Pilule	25	11,5
Méthodes injectables	28	12,9
Implants	3	1,4
DIU	3	1,4
Diaphragme	1	0,5
Condom	10	4,6
Stérilisation féminine (ligature, section des trompes)	1	0,5
Non utilisatrices	147	67,3

70 utilisatrices

Les méthodes injectables semblent être les méthodes préférées (utilisation : 12,9%).

### 2.5.3. Chez les hommes

Tableau XII : Répartition des hommes de l'étude selon la méthode contraceptive utilisée.

<b>Méthode contraceptive utilisée</b>	<b>Effectif n=167</b>		<b>Proportion (%) 100%</b>
Pilule	14	} 48 utilisateurs	8,4
Méthodes injectables	18		10,8
Implants	1		0,6
DIU	2		1,2
Diaphragme	0		0
Condom	11		6,6
Stérilisation féminine (ligature, section des trompes chez la partenaire)	1		0,6
Non utilisateurs	119		71,9

Les méthodes injectables semblent être les méthodes préférées des partenaires des hommes (utilisation : 10,8%).

#### 2.5.4. *Chez les femmes et les hommes*

Tableau XIII : Répartition des sujets de l'étude selon la méthode contraceptive utilisée.

Méthode contraceptive utilisée	Effectif			Proportion (%)
	H n=167	F n=217	Total 384	
Pilule	14	25	39	10,2
Méthodes injectables	18	28	46	12,0
Implants	1	3	4	1,0
DIU	2	3	5	1,3
Diaphragme	0	1	1	0,3
Condom	11	10	21	5,5
Stérilisation féminine	1	1	2	0,5
Pas de méthodes modernes	120	146	266	69,3

Les méthodes injectables semblent être les méthodes préférées pour la contraception chez les femmes et les hommes.

## 2.6. Utilisation actuelle de la contraception

### 2.6.1. Tranche d'âge

Tableau XIV : Répartition des sujets de l'étude par méthode utilisée, selon l'âge.

AGE	Pilule			Méthodes injectables			Implants			DIU			Total
	H n=14	F n=25	T 39	H n=18	F n=28	T 46	H n=1	F n=3	T 4	H n=2	F n=3	T 5	
15-19 ans	1	2	3	0	3	3	0	0	0	0	0	0	6
20-24 ans	2	4	6	1	3	4	0	0	0	0	0	0	10
25-29 ans	2	3	5	2	7	9	0	0	0	0	1	1	15
30-34 ans	2	6	8	4	5	9	0	1	1	1	0	1	19
35-39 ans	3	3	6	7	0	7	1	1	2	0	1	1	16
40-44 ans	2	5	7	2	5	7	0	1	1	1	1	2	17
45-49 ans	2	2	4	2	5	7	0	0	0	0	0	0	11
50-54 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55-59 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AGE	Diaphragme			Condom			Stérilisation féminine			Pas de méthode			
	H n=0	F n=1	T 1	H n=11	F n=10	T 21	H n=1	F n=1	T 2	H n=120	F n=146	T 266	
15-19 ans	0	0	0	5	3	8	0	0	0	21	19	40	48
20-24 ans	0	0	0	1	2	3	0	0	0	21	22	43	46
25-29 ans	0	1	1	5	5	10	1	1	2	12	24	36	49
30-34 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	20	35	35
35-39 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	24	34	34
40-44 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	23	37	37
45-49 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	14	25	25
50-54 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	12	12
55-59 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	4

Les méthodes injectables sont utilisées par la majorité des utilisateurs.

2.6.2. *Situation matrimoniale*

Tableau XV : Répartition des sujets de l'étude selon la situation matrimoniale par méthode utilisée.

Dénomination	Célibataire			Marié			Séparé ou divorcé			Veuf(ve)			Total		
	H n=26	F n=27	T 53	H n=129	F n=174	T 303	H n=8	F n=14	T 22	H n=2	F n=4	T 6	H n=167	F n=217	T 384
Pilule	1	1	2	8	28	36	0	0	0	0	1	1	14	25	39
Méthode injectable	0	0	0	16	28	44	8	2	2	0	0	0	18	28	46
Implant	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0	1	3	4
DIU	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	0	0	2	3	5
Diaphragme	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Condom	10	5	15	1	0	1	0	4	4	0	1	1	11	10	21
Stérilisation féminine	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Pas de méthode	15	20	35	104	107	211	8	8	16	2	2	4	120	146	266

La méthode injectable, les implants et la stérilisation féminine ne sont utilisés ni par les célibataires ni par les veufs.

### 2.6.3. Nombre d'enfants

Tableau XVI : Répartition des sujets de l'étude utilisateurs de méthodes contraceptives modernes selon le nombre d'enfants.

<b>Dénomination</b>	<b>Utilisateurs de méthodes contraceptives modernes n=118(100%)</b>	<b>Pas de méthodes contraceptives modernes n=266 (100%)</b>	<b>Total 384 (100%)</b>
0 enfants	27 (22,9%)	99 (37,2%)	126 (32,8%)
1-2 enfants	31 (26,3%)	63 (23,7%)	94 (24,5%)
3-4 enfants	44 (37,3%)	72 (27,1%)	116 (30,2%)
5 enfants ou plus	16 (13,6%)	32 (12%)	48 (12,5%)

- Dans 37,3% des cas, les sujets qui ont 3 à 4 enfants utilisent des méthodes contraceptives modernes.
- Dans 22,9% des cas, ceux qui n'ont pas d'enfants utilisent des méthodes contraceptives modernes.



#### 2.6.4. Niveau d'instruction

Tableau XVII : Répartition des sujets de l'étude utilisateurs de méthodes contraceptives modernes selon le niveau d'instruction.

<b>Dénomination</b>	<b>Utilisateurs de méthodes contraceptives modernes n=118 (100%)</b>	<b>Non utilisateurs de méthodes modernes n= 266 (100%)</b>	<b>Total 384 (100%)</b>
Illettrés	14 (11,9%)	74 (84,1%)	88 (100%)
Niveau primaire	44 (27%)	119 (73%)	163 (100%)
Niveau secondaire	54 (42,5%)	73 (57,5%)	127 (100%)
Niveau universitaire	6 (100%)	0	6 (100%)

Chez les utilisateurs de méthodes contraceptives modernes, 42,5% sont du niveau secondaire, 27% sont du niveau primaire.

## 2.7. Motifs de non utilisation

Tableau XVIII : Répartition des sujets de l'étude qui n'utilisent pas de méthodes contraceptives modernes selon les motifs de non utilisation.

Dénomination	Effectif			Proportion (%)
	H n=129	F n=137	T 266	
Manque d'informations sur les méthodes contraceptives modernes	83	70	153	57,5
Peur des effets secondaires	2	16	18	6,8
Désir d'avoir d'autres enfants	12	8	20	7,5
Utilisation non autorisée par le conjoint et/ou la famille	10	16	26	9,8
Utilisation interdite par la religion	4	8	12	4,5
Insuffisance d'informations et peur des maladies cancéreuses dues à l'utilisation selon les rumeurs	8	9	17	6,4
Problèmes d'accessibilité aux méthodes modernes	10	10	20	7,5

Dans 57,5% des cas, les sujets de l'étude n'utilisent pas les méthodes contraceptives modernes par manque d'informations sur les méthodes modernes.

## **TROISIEME PARTIE : DISCUSSION**

## **DISCUSSION**

### **1. CARACTERISTIQUES DES SUJETS DE L'ETUDE**

L'étude a été réalisée sur un échantillon de 384 sujets dont 217 femmes et 167 hommes. L'échantillon représentatif de la population cible a été déterminé par la formule indiquée dans une étude d'observation associée à la méthode des itinéraires. La répartition des femmes et des hommes de 15 à 49 ans par groupe d'âge quinquennal présente une allure assez régulière.

Il faut noter qu'à Madagascar, parmi les actifs de 15 à 59 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes. Les sujets mariés représentent 78,9% de l'échantillon. Dans 43,5% des cas, les sujets de l'étude ont un bas niveau d'instruction puisque 65,3% d'entre eux n'ont pas dépassé le niveau primaire. Dans 47,9% des cas, ils sont des exploitants forestiers.

Les hommes de l'échantillon sont plus nombreux (56,5%) que les femmes (43,5%).

### **2. CONNAISSANCE ET ATTITUDE**

#### **2.1. Connaissance**

Les résultats de notre étude ont montré qu'une proportion importante des sujets de l'étude (16,7%) ne connaît aucune méthode contraceptive moderne. Dans 51,5% des cas, les sujets de l'étude connaissent au moins deux méthodes. Cette situation peut être due au fait qu'environ la moitié de la population seulement ont l'occasion de faire le va et vient entre Mandialaza et Moramanga.

A Madagascar, l'EDS2008 (Enquête Démographique et de Santé 2008) a rapporté que la connaissance d'une méthode contraceptive moderne est plus élevée chez les femmes et les hommes en union. Cependant, chez les femmes, ce sont les célibataires sexuellement actives qui ont déclaré le plus fréquemment connaître une méthode contraceptive moderne [18-20]. Chez les hommes, ceux qui connaissent des

méthodes contraceptives modernes sont moins nombreux que chez les femmes. Mais c'est parmi les femmes et les hommes célibataires qui n'ont jamais eu de rapports sexuels que le niveau de connaissance d'une méthode est le plus faible [18-20].

Dans notre étude, 198 sujets connaissent bien les méthodes contraceptives (connaissent 2 méthodes ou plus), 122 sujets ne connaissent pas bien les méthodes contraceptives (connaissent une méthode moderne), et 64 sujets ne connaissent aucune méthode contraceptive moderne.

## **2.2. Attitude**

Parmi les sujets de l'étude, 68,5% sont très favorables ou au moins favorables aux méthodes contraceptives modernes. Les sujets restants sont peu favorables ou défavorables aux méthodes de contraception moderne.

L'attitude des gens vis-à-vis de la contraception moderne varie selon la religion et l'environnement de la personne intéressée. Le niveau d'information est important. La religion catholique par exemple n'est pas favorable aux méthodes contraceptives modernes et les croyants respectent ce point de vue dans la plupart des cas.

Afin d'améliorer le niveau de connaissance et l'attitude vis-à-vis des méthodes contraceptives modernes, des activités d'Information, d'Education et de Communication (IEC) se rapportant à la contraception moderne sont suggérées.

Elles peuvent être menées en stratégie fixe au CSB2 de Mandialaza à raison d'une séance par mois, ou en stratégie mobile au niveau des fokontany de Mandialaza à raison d'une séance par trimestre par fokontany.

Pour ce faire, les responsables du CSB2 pourraient être aidés par des personnes bénévoles (hommes ou femmes). Ces personnes devraient avoir une formation préalable donnée par le personnel de santé responsable.

De plus, il faut que la population soit informée sur les dates et les lieux des séances d'IEC.

### **3. PRATIQUE, UTILISATION ET PREVALENCE DE LA CONTRACEPTION MODERNE**

#### **3.1. Prévalence**

Les résultats de notre enquête ont montré une prévalence contraceptive moderne de 30,7%. La prévalence est mesurée ici par le rapport entre le nombre de sujets qui utilise régulièrement une méthode contraceptive sur le nombre de sujets de l'étude de multiplié par 100. Les utilisateurs irréguliers ne sont pas pris en compte. Ici la prévalence concerne l'utilisation de la pilule, des méthodes injectables, des implants, du DIU, du diaphragme, du condom ainsi que de la stérilisation féminine.

#### **3.2. Utilisation et prévalence**

Parmi ceux qui connaissent bien les méthodes contraceptives modernes (ceux qui connaissent 2 méthodes ou plus), 83 sujets utilisent une méthode contraceptive dont 38 hommes et 45 femmes.

Parmi ceux qui ne connaissent pas bien les méthodes contraceptives modernes (ne connaissent qu'une seule méthode), 35 sujets utilisent une méthode contraceptive moderne dont 10 hommes et 25 femmes. Parmi ceux qui ne connaissent aucune méthode contraceptive moderne, personne n'est utilisateur. En définitive, 118 sujets sont des utilisateurs réguliers dont 48 hommes et 70 femmes. Les non utilisateurs de méthodes contraceptives modernes sont au nombre de 266 sujets dont 119 hommes et 147 femmes.

Chez ceux qui connaissent bien les méthodes contraceptives modernes, la prévalence d'utilisation est de 41,9%.

Chez ceux qui ne connaissent pas bien les méthodes contraceptives modernes, la prévalence d'utilisation est de 18,8%. Ainsi, le rapport de prévalences d'utilisation entre les sujets qui connaissent bien les méthodes contraceptives modernes et les sujets qui ne connaissent pas bien est égal à 2,23 c'est-à-dire que les sujets bien informés sur la contraception moderne utilisent 2,23 fois plus les méthodes contraceptives modernes par rapport à ceux qui ne sont pas bien informés.

### **3.3. Utilisation des méthodes chez les femmes**

Seulement un peu plus d'une femme sur trois ont déclaré qu'elles utilisent au moment de l'enquête, une méthode contraceptive moderne (70 femmes sur 217, c'est-à-dire 32,3% des femmes de l'étude).

La méthode injectable est la plus utilisée (28 utilisatrices sur 70 l'utilisent). Viennent ensuite la pilule et le condom, les implants et le DIU. La préférence des femmes pour la méthode injectable vient peut être du fait que l'injection se fait 1 fois par trimestre. La prise de la pilule qu'il faut faire quotidiennement expose à l'oubli des prises de pilules et peut compromettre l'efficacité des pilules.

L'utilisation des condoms a l'avantage de protéger contre la transmission des Maladies Sexuellement Transmissibles (IST) dont le VIH/Sida. Seulement beaucoup se plaignent du fait que le condom prive certains utilisateurs du plaisir du rapport sexuel.

### **3.4. Utilisation des méthodes chez les hommes**

Chez les hommes, 48 sur 119 sont des utilisateurs réguliers des méthodes contraceptives modernes. Ici encore, les méthodes injectables ont la préférence des utilisateurs. Viennent ensuite la pilule, le condom, le DIU et les implants.

### **3.5. Utilisation des méthodes chez les femmes et les hommes**

Chez les femmes et les hommes ensemble, l'utilisation de la méthode injectable demeure en tête de liste. Viennent ensuite la pilule, le condom, le DIU avec et les implants.

La préférence des femmes malgaches pour les méthodes contraceptives injectables est assez particulière. En effet, dans les autres pays du monde, dans les pays développés notamment, la méthode préférée des femmes et la plus utilisée est le Dispositif Intra-Utérin ou DIU [18-20].

Certaines femmes trouvent effectivement que l'usage des DIU est plus confortable par rapport aux autres méthodes contraceptives modernes à condition que

la surveillance est faite correctement. Le DIU ne nécessite ni prise quotidienne ni injection tous les trois mois et n'enlève en rien au plaisir sexuel.

#### **4. UTILISATION PAR RAPPORT AUX CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

##### **4.1. La tranche d'âge**

D'après nos résultats, la pilule, les méthodes injectables et le condom occupent toujours les premiers rangs dans l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Les sujets de l'étude âgés de 15 à 19 ans utilisent surtout le condom et ont rarement recours à la pilule ou à d'autres méthodes. Les jeunes célibataires n'ont pas de rapports sexuels réguliers en général et semblent préférer l'utilisation du condom [21-23].

##### **4.2. Situation matrimoniale, nombre d'enfants et niveau d'instruction**

En revanche, les jeunes mariés prennent souvent le temps de renforcer leur situation économique et préfèrent profiter des premières années de leur mariage en évitant d'avoir trop tôt des enfants et donc ils utilisent des méthodes contraceptives. D'autres par contre ont hâte d'avoir des enfants et évitent les méthodes contraceptives.

Les femmes qui sont en période de pré-ménopause continuent souvent à utiliser des méthodes contraceptives pour éviter d'être enceinte. Comme la pilule expose à des oublis (il faut une prise quotidienne des pilules), ces femmes préfèrent souvent la méthode injectable.

Dans notre étude, les célibataires font souvent appel aux préservatifs (condom) et les sujets mariés utilisent de préférence la pilule et les méthodes injectables.

En ce qui concerne le nombre d'enfants, nos résultats montrent que la prévalence d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est élevée chez les sujets qui ont 3 à 4 enfants (37,3%). En deuxième rang, on note les sujets qui ont 1 à 2



enfants (26,3%). Ces derniers viseraient plutôt l'espacement des naissances par rapport aux premiers qui auraient pour objectif la limitation des naissances.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, nos résultats montrent une forte prévalence pour ceux qui ont fait le niveau secondaire (45,8%). Au niveau national, d'après l'EDS2008, la prévalence contraceptive augmente de façon très importante avec le niveau d'instruction de 5% parmi les femmes sans instruction, la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes passe à 19% parmi les femmes ayant un niveau primaire et elle atteint plus de 30% chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire [24, 25]. Mais quel que soit le type de méthodes, la prévalence contraceptive augmente de manière considérable avec le niveau de bien être puisque dans les ménages les plus pauvres, seulement 7% des femmes à Madagascar utilisent une méthode moderne et que dans les plus riches, cette proportion est de 30% [24, 25].

## **5. COMPARAISON DES PREVALENCES**

### **5.1. Le test de $X^2$**

Par rapport à la prévalence contraceptive déterminée par notre étude qui est de 30,7%, la comparaison avec la prévalence contraceptive nationale enregistrée en 2012 qui était de 33% [24] affiche un  $X^2$  égal à 0,24. Le  $X^2$  étant inférieur à 3,84 dans une comparaison d'un pourcentage observé à un pourcentage théorique, la différence n'est pas significative pour un nombre de degré de liberté (ddl) égal à 1.

### **5.2. Rapport des prévalences d'utilisation**

Les résultats de notre étude montrent entre la prévalence d'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les sujets bien informés sur la contraception moderne et la prévalence d'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les sujets insuffisamment informés sur la contraception moderne, un rapport de prévalence (RP) égal à 2,37. Ceci voudrait dire que chez les sujets insuffisamment informés, une

amélioration de l'information sur les méthodes contraceptives modernes pourrait multiplier la prévalence d'utilisation des méthodes contraceptives modernes par 2,37.

## 6. MOTIFS DE NON UTILISATION

Les résultats de notre étude montrent que les sujets de l'étude ne veulent pas utiliser les méthodes contraceptives modernes pour des raisons liées à la fécondité : ils désirent avoir d'autres enfants (7,5%). D'autres n'utilisent pas la contraception moderne tout simplement parce qu'ils n'ont pas d'informations sur les méthodes modernes (57,5%) où qu'ils manquent d'informations pour enlever leur crainte d'avoir des maladies cancéreuses selon les rumeurs (13,9%).

Pour d'autres encore, la non utilisation est due à l'interdiction de la religion ou à l'interdiction de leurs conjoints ou de la famille. Pour d'autres enfin, la non utilisation est due à la peur des effets secondaires des produits contraceptifs modernes.

Afin d'augmenter la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, nous suggérons le renforcement des activités d'Information, d'Education et de Communication (IEC) sur la contraception moderne d'une part et la multiplication des points de distribution des préservatifs d'autres part, puis en augmentant l'éventail de méthodes contraceptives disponibles au CSB2 :

- renforcement des activités d'IEC en utilisant la technique de CCC,
- augmentation de l'éventail des méthodes,
- multiplication des points de distribution de préservatif : 1 point par quartier.

L'utilisation des médias est un moyen indispensable pour l'information et la sensibilisation en matière de contraception. Elle permet aussi la vulgarisation et le développement de la pratique contraceptive. Au niveau national, plus d'une femme sur deux (54%) et un peu moins de deux hommes sur trois (62%) n'avaient entendu aucun message au sujet de la planification familiale, ni à la radio, ni à la télévision, ni dans un journal en 2008. Il existe aussi des écarts importants en matière d'information sur la contraception selon le niveau d'instruction : les femmes et les hommes n'ayant aucun niveau d'instruction sont largement moins informés que ceux ayant dépassé le niveau secondaire [24, 25].

Ceci doit impliquer un changement adapté de la politique nationale concernant l'information en général et l'information dans le domaine de la planification familiale en particulier. L'utilisation des méthodes contraceptives doit alors être évaluée [26, 27, 30] notamment celle des méthodes modernes avant la mise en œuvre des éléments d'adaptation.

De manière générale, les données scientifiques sont solides pour permettre de conclure que le planning familial est efficace au plan économique mais elles ne le sont pas assez pour déterminer quels programmes sont les plus efficaces au plan économique. Les mœurs sociales, l'ignorance et les problèmes de santé constituent les plus grands obstacles [28-30].

## **CONCLUSION**

## CONCLUSION

Au terme de notre étude sur la prévalence contraceptive moderne en zone rurale qui a été réalisée à Mandialaza, dans le district de Moramanga, région d'Alaotra Mangoro, les résultats ont permis d'atteindre nos objectifs.

La prévalence contraceptive déterminée par notre enquête menée auprès de 384 sujets a été de 30,7%. Pour les sujets qui connaissent plus ou moins bien les méthodes contraceptives modernes, la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives dépendent à la fois des objectifs visés qui consistent à espacer ou à limiter les naissances, de l'amélioration des informations sur la contraception moderne et de l'amélioration de l'accessibilité aux méthodes contraceptives modernes notamment aux préservatifs masculin ou condoms.

Les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives à Mandialaza viennent surtout de l'absence ou de l'absence d'information sur la contraception moderne. Les autres raisons de non utilisation sont l'interdiction de la religion ou de la famille, la peur des effets secondaires, la crainte des maladies cancéreuses ou les problèmes d'accessibilité aux méthodes contraceptives. La couverture contraceptive évaluée a été de 30,7%, objectif visé par l'étude.

Afin d'améliorer la prévalence contraceptive à Mandialaza, notre première suggestion porte sur le renforcement des activités d'Information, d'Education et de Communication (IEC) sur les méthodes contraceptives modernes. Il s'agit de mener des séances en stratégie fixe au CSB2 de Mandialaza ou des séances d'IEC en stratégie mobile auprès de la population des fokontany de Mandialaza. Ces séances pourraient être menées par le personnel du CSB2 de Mandialaza. Notre deuxième suggestion porte sur la multiplication des points de distribution des produits de contraception, notamment des préservatifs ou condom et sur l'augmentation de l'éventail des méthodes contraceptives offertes au CSB2 de Mandialaza

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Rambeloson V. Planification familiale. Antananarivo : EDS ; 2004.
2. Jamison DT, Breman JG, Measham AR. Priorités en matière de santé. Washington : Banque Mondiale ; 2006.
3. Coutty M, Fadriqueela M, Omukubi E, Perry C. Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais. Rapport sur la santé dans le monde. Genève: OMS; 2008.
4. Nussbaum MC, Sen A. The quality of life. Oxford: Clarendon Press; 2003.
5. World Health Organization. Stat compiler, demographic health survey 2008. WHO/FCH/CNH/06-08 mai 2008. Disponible à <http://www.statcompiler.com/06-08fre.pdf> (accès le 22 juillet 2012).
6. Bandet JH. Méthodes contraceptives hormonales. Rev Acc Gynecol. 2003 ; 558 : 1211-8.
7. Bern C. Contraceptifs injectables, leur rôle en PF. Genève : OMS; 2006.
8. Collomb P. La diffusion des méthodes contraceptives modernes en France. Paris : Rev Int Ped. 2000 ; 180: 1045-6.
9. Van Lerberghe W, Brouwere V. Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique Subsaharienne. Afr Contempor. 2000 juin ; 135 : 175-8.
10. World Health Organization. La stérilisation féminine volontaire. WHO/FCH/CNH 01-06 Mai 2006. Disponible à <http://www.haiweb.org/publichealth/CNH01-06fre.pdf> (accès le 20 février 2012).
11. Saoly Roger KT. Couverture de la planification familiale et prevalence contraceptive au CSB2 de Belo sur Tsiribihina[Thèse].Médecine humaine : Antananarivo ; 2005. 45p.

12. Kleiman RL. Vasectomie. Bull. IPPF, 1993 ; 224 : 136-9.
13. Vololoniaina N. Prévalence des effets secondaires des contraceptifs modernes au CSB2 d'Amparafaravola[Thèse]. Médecine humaine : Antananarivo ; 2007. 60p.
14. Pomey MP, Pocellin JP, Lejeune B. Santé publique. Paris : Ellipses ; 2000.
15. Loriaux M. Politiques de population : la contraception, un investissement modeste. Paris : Karthala, 2003.
16. World Health Organization. World contraceptive use 2001. WHO/FCH/rapport 270626001 Mars 2001. Disponible à <http://www.rivmonl/bibliotheck/rapport27062001.pdf> (accès le 30 juillet 2012).
17. World Health Organization. World contraceptive use 2007. WHO/FCH/article 117519 juin 2007. Disponible à <http://www.euractive.com/en/health/article-117519> (accès le 1er juillet 2012).
18. Rahalimahefa H. Analyse comparative de l'utilisation des contraceptifs oraux et injectables[Thèse]. Médecine humaine : Antananarivo ; 2011. 45p.
19. PSI Madagascar. Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24 ans à Toamasina en matière de planification familiale. Antananarivo : PSI Mad ; 2003.
20. Lapham RJ, Mauldin WP. Les programmes de planning familial et de déclin de la natalité dans les pays en développement. Paris : Karthala, 2009.
21. Hedon B. Contraception des adolescents : méthodes et mode d'action. Rev Int Péd. 2008 ; 78 : 55-9.
22. Pugeault C, Ciccheli V, Ragir R. Ce que nous savons des jeunes. Paris : PUF ; 2004.
23. Ministère de la Santé Publique. Rapport sur les activités de planification familiale. Antananarivo : MSP ; 2012.



24. Ministère de la Santé et du Planning Familial. Politique nationale de santé de l'enfant. Antananarivo : MSPF ; 2005.
25. Mafilaza V, Randriamialisoa Z, Monique B. La planification familiale. EDS ; 2008.
26. Northman D, Hofstatter E. Programmes de population et de planning familial. Bull Dem Plan Fam. 2006 ; 222 : 141-3.
27. Fenrshield. Un nouveau contraceptif barrière pour les femmes. Bull Med IPPF. 2008 Novembre ; 60 : 128-9.
28. Gérard H. Intégrer population et développement. Paris : L'Harmattan ; 2008.
29. Reich J. Les nouvelles politiques de la régulation de naissance. Paris : CIACO ; 2006.
30. Tietze C, Lewis S. Méthodes pour l'évaluation de la contraception. Paris : CIACO ; 2003.

## **ANNEXE**

## ANNEXE

### QUESTIONNAIRE

(Enquête sur la prévalence contraceptive moderne)

#### 1. Etat civil

- Age :
- Genre :  Masculin  Féminin
- Situation matrimoniale :
  - Célibataire  Marié
  - Séparé ou divorcé  Veuf(ve)
- Nombre d'enfants :
  - Sans
  - 1 à 4 enfants
  - 5 enfants et plus
- Niveau d'instruction :
  - Illettrée  Secondaire
  - Primaire  Universitaire
- Profession :
- Domicile :

#### 2. Connaissance des méthodes contraceptives modernes

- Quelles méthodes contraceptives modernes connaissez-vous ?
  - Contraception orale
  - Contraception injectable
  - Implant
  - DIU
  - Préservatif
  - Contraception chirurgicale
  - Autres (à préciser) :
- Sur la contraception moderne, êtes-vous :

- Bien informés
- Insuffisamment informés
- Pas du tout informés

### 3. Attitude

- Etes-vous favorables aux méthodes contraceptives modernes ?
  - Très favorable
  - Favorable
  - Peu favorable
  - Défavorable

### 4. Pratique des méthodes contraceptives modernes

- Utilisez-vous une méthode contraceptive moderne ?
  - Oui       Non
- Si oui, quelle méthode utilisez-vous ?
  - Contraception orale (pilule)
  - Contraception injectable
  - Implants
  - DIU
  - Préservatif : - Condom  - Diaphragme
  - Autres (à préciser) :
- Si non, pourquoi ?
  - Ne connaît pas
  - à cause de la religion
  - à cause des coutumes
  - Autres :

## VELIRANO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**PERMIS D'IMPRIMER**

**LU ET APPROUVE**

Le Directeur de Thèse

Signé : **Professeur ANDRIANASOLO Roger**

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : **Professeur SAMISON Luc Hervé**

**Name and first name :** TOTOFENO Clébert

**Title of the thesis :** “SURVEY OF MODERN CONTRACEPTION IN  
MANDIALAZA”

**Heading :** Public Health

**Number of figures :** 06      **Number of pages :** 50**Number of appendices :** 01

**Number of tables :** 18      **Number of bibliographical references :** 30

## SUMMARY

**Introduction:** "Survey of modern contraception in Mandialaza" is a study that was conducted Mandialaza in the district of Moramanga.

**Methods:** This is a descriptive cross-sectional study.

**Results:** The results of the study showed a contraceptive prevalence of 30.7%. The prevalence of use of modern contraceptive methods varies according to information received by the subjects of the investigation and use objectives that can be spacing or limiting births. The reasons for non-use are the absence or lack of information on modern contraception, fear of side effects, the prohibition of religion or family, fear of disease and methods accessibility issues contraception.

**Conclusion:** To improve the prevalence, our suggestions include strengthening of information, education and communication on the one hand, and improving access to contraceptive methods other.

**Key-words** :Accessibility - Modern Contraception - Information - Methods -  
Prevalence.

**Director of the thesis** : Professor ANDRIANASOLO Roger

**Reporter of the thesis** : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

**Address of author** : Bloc 27 portes 08 - CU Ankatso II





**Nom et Prénom :** TOTOFENO Clébert

**Titre de la thèse :** « ENQUETE SUR LA CONTRACEPTION MODERNE A  
MANDIALAZA »

**Rubrique :** Santé publique

**Nombre de figures :** 06

**Nombre de pages :** 50

**Nombre d'annexes :** 01

**Nombre de tableaux :** 18

**Nombre de références bibliographiques :** 30

## RESUME

**Introduction :** « Enquête sur la contraception moderne à Mandialaza » est une étude qui a été menée à Mandialaza dans le district de Moramanga.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude descriptive transversale.

**Résultats :** Les résultats de l'étude ont montré une prévalence contraceptive de 30,7%. La prévalence d'utilisation des méthodes contraceptives modernes varie en fonction des informations reçues par les sujets de l'enquête et des objectifs d'utilisation qui peuvent être l'espacement ou la limitation des naissances. Les raisons de non utilisation sont l'absence ou l'insuffisance d'information sur la contraception moderne, la peur des effets secondaires, l'interdiction de la religion ou de la famille, la peur des maladies et les problèmes d'accessibilité aux méthodes contraceptives.

**Conclusion :** Afin d'améliorer la prévalence, nos suggestions portent sur le renforcement des activités d'information, d'éducation et de communication d'une part, et l'amélioration de l'accessibilité aux méthodes contraceptives d'autre part.

**Mots-clés** : Accessibilité – Contraception moderne – Informations –  
Méthodes – Prévalence.

**Directeur de thèse** : Professeur ANDRIANASOLO Roger

**Rapporteur de thèse** : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

**Adresse de l'auteur** : Bloc 27 portes 08 - CU Ankatso II