

## SOMMAIRE

### Pages

|                          |          |
|--------------------------|----------|
| <b>INTRODUCTION.....</b> | <b>1</b> |
|--------------------------|----------|

### **PREMIERE PARTIE: REVUE DOCUMENTAIRE**

|   |    |
|---|----|
| 1- ANATOMIE DE L'APPAREIL REPRODUCTIF FEMININ.....  | 3  |
| 1.1- Organes génitaux externes .....                | 3  |
| 1.2- Organes génitaux internes.....                 | 3  |
| 1.3- Les ligaments de soutien .....                 | 5  |
| 1.4- La vascularisation des organes génitaux .....  | 5  |
| 2- PHYSIOLOGIE DU CYCLE MENSTRUEL .....             | 7  |
| 2.1- Phase pré-ovulatoire.....                      | 7  |
| 2.2- Phase ovulaire.....                            | 8  |
| 2.3- Phase post-ovulatoire.....                     | 8  |
| 3- RAPPELS SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE.....      | 10 |
| 3.1- Définitions.....                               | 10 |
| 3.2- Objectifs .....                                | 10 |
| 3.3- Bienfaits .....                                | 11 |
| 3.4- Les principales méthodes contraceptives.....   | 12 |
| 4- GENERALITES SUR LA CONTRACEPTION INJECTABLE..... | 14 |
| 4.1- Définition.....                                | 14 |
| 4.2- Historique.....                                | 15 |
| 4.3- Composition .....                              | 15 |
| 4.4- Critères de qualité .....                      | 16 |
| 4.5- Mécanisme d'action .....                       | 16 |
| 4.6- Indications .....                              | 17 |
| 4.7- Contre-indications .....                       | 17 |
| 4.8- Avantages et inconvénients.....                | 18 |
| 4.9- Mode d'emploi .....                            | 19 |
| 4.10- Suivi .....                                   | 20 |

**DEUXIEME PARTIE: ETUDE PROPREMENT DITE**

|   |    |
|---|----|
| 1- OBJECTIFS DE L'ETUDE.....                                    | 21 |
| 2- CADRE D'ETUDE.....   | 21 |
| 2.1- Géographie.....  | 21 |
| 2.2- Organigramme du CSBII.....                                 | 22 |
| 2.3- Le service de planification familiale.....                 | 23 |
| 3- METHODES ET MATERIELS DE L'ETUDE.....                        | 25 |
| 3.1- Recrutement des utilisatrices.....                         | 25 |
| 3.2- Le bilan annuel.....                                       | 25 |
| 3.3- Sélection des acceptantes recrutées.....                   | 25 |
| 3.4- Les paramètres évalués.....                                | 26 |
| 3.5- L'analyse statistique .....                                | 28 |
| 4- RESULTATS.....   | 29 |
| 4.1- Résultats du recrutement des acceptantes.....              | 29 |
| 4.2- Résultats de la sélection des utilisatrices recrutées..... | 29 |
| 4.3- Les caractéristiques des utilisatrices retenues.....       | 29 |
| 4.4- Résultats de l'évaluation de chaque paramètre .....        | 29 |

**TROISIEME PARTIE: COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS**

|   |    |
|---|----|
| 1- COMMENTAIRES.....  | 44 |
| 1.1- Fréquence.....   | 44 |
| 1.2- Analyse épidémiologique.....                           | 45 |
| 2- SUGGESTIONS .....  | 49 |
| 2.1- Au niveau du Centre de Santé et de la communauté ..... | 49 |
| 2.2- Au niveau national.....                                | 51 |

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| <b>CONCLUSION.....</b> | <b>53</b> |
|------------------------|-----------|

**ANNEXES  
BIBLIOGRAPHIE**

## LISTE DES TABLEAUX

### *Pages*

|   |    |
|---|----|
| <b>Tableau n°1</b> : Répartition mensuelle des utilisatrices de contraceptifs injectables.....        | 30 |
| <b>Tableau n°2</b> : Répartition des clients selon les méthodes utilisées.....                        | 31 |
| <b>Tableau n°3</b> : Répartition selon l'âge.....   | 32 |
| <b>Tableau n°4</b> : Répartition selon la catégorie professionnelle.....                              | 33 |
| <b>Tableau n°5</b> : Répartition selon l'état matrimonial.....  | 34 |
| <b>Tableau n°6</b> : Niveau d'instruction des utilisatrices.....                                      | 35 |
| <b>Tableau n°7</b> : Niveau d'instruction du conjoint.....  | 36 |
| <b>Tableau n°8</b> : Répartition des acceptantes selon le nombre d'enfants vivants.....               | 37 |
| <b>Tableau n°9</b> : Répartition des acceptantes selon l'âge du dernier-né.....                       | 38 |
| <b>Tableau n°10</b> : Répartition des clientes selon la résidence.....                                | 39 |
| <b>Tableau n°11</b> : Répartition selon les motifs d'adhésion.....                                    | 40 |
| <b>Tableau n°12</b> : Répartition des clientes selon la source d'information.....                     | 41 |
| <b>Tableau n°13</b> : Répartition des clientes selon le suivi et contrôle.....                        | 42 |
| <b>Tableau n°14</b> : Répartition des acceptantes selon le changement des méthodes et les motifs..... | 43 |

## LISTE DES FIGURES

### *Pages*

|  |    |
|--|----|
| <b>Figure n°1</b> : Organes génitaux féminins internes : coupe frontale du bassin..... | 5  |
| <b>Figure n°2</b> : Organes génitaux féminins internes : coupe sagittale.....          | 6  |
| <b>Figure n°3</b> : Cycle menstruel de la femme.....                                   | 9  |
| <b>Figure n°4</b> : Effectif mensuel des clientes.....                                 | 30 |
| <b>Figure n°5</b> : Différentes méthodes contraceptives .....                          | 31 |
| <b>Figure n°6</b> : Age des clientes.....  | 32 |
| <b>Figure n°7</b> : Profession des utilisatrices.....                                  | 33 |
| <b>Figure n°8</b> : Etat matrimonial des clientes de contraceptifs injectables.....    | 34 |
| <b>Figure n°9</b> : Niveau d'instruction des utilisatrices.....                        | 35 |
| <b>Figure n°10</b> : Niveau d'étude du conjoint.....                                   | 36 |
| <b>Figure n°11</b> : Nombre d'enfants vivants des clientes.....                        | 37 |
| <b>Figure n°12</b> : Age du dernier-né des acceptantes.....                            | 38 |
| <b>Figure n°13</b> : Résidence des clientes .....                                      | 39 |
| <b>Figure n°14</b> : Motifs d'adhésion des clientes .....                              | 40 |
| <b>Figure n°15</b> : Source d'information des clientes .....                           | 41 |
| <b>Figure n°16</b> : Les clientes selon le suivi et contrôle.....                      | 42 |
| <b>Figure n°17</b> : Changement de méthode et motifs.....                              | 43 |

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

|         |  |
|---------|--|
| AMPR    | : Acétate de Medroxy Progestérone Retard               |
| CCC     | : Communication pour le Changement de Comportement     |
| CHD II  | : Centre Hospitalier de District niveau II             |
| CI      | : Contraceptifs Injectables                            |
| CO      | : Contraceptifs Oraux                                  |
| CPN     | : Consultation Pré-Natale                              |
| CSB II  | : Centre de Santé de Base niveau II                    |
| DIU     | : Dispositif Intra-Utérine                             |
| DMPA    | : Depomedroxy Progesterone Acetate                     |
| EN- NET | : Enanthate de Noréthistérone                          |
| FSH     | : Follicle Stimulating Hormone                         |
| GnRH    | : Gonadotrophin Releasing Hormon                       |
| HCG     | : Human Chorionic Gonadotropin                         |
| IST     | : Infection Sexuellement Transmissible                 |
| LH      | : Luteinizing Hormone                                  |
| MAMA    | : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée |
| NET-EN  | : Norethisterone Enanthate                             |
| PCU     | : Pilule Contraceptive d'Urgence                       |
| PF      | : Planification Familiale ou Planning Familial         |
| SIDA    | : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise                 |
| SR      | : Santé Reproductive ou Santé de la Reproduction       |
| OMS     | : Organisation Mondiale de la Santé                    |

## INTRODUCTION

La croissance démographique est un problème sérieux pour le développement social et économique de bon nombre de pays. Les ressources y sont insuffisantes pour fournir une alimentation de qualité à tous, construire assez de logements, d'écoles, de structures sanitaires et créer des emplois.

D'autre part, les chances de survie et d'épanouissement d'un enfant sont réduites s'il naît malade et sa mère surchargée et malade. (1) (2)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que chaque année, plus de 8 millions de nourrissons meurent avant l'âge d'un an. Près des deux tiers de ces décès néo-natales surviennent dans les pays en développement. (3)

Par ailleurs, près de 600.000 femmes âgées de 15 à 49 ans meurent chaque année de complications de la grossesse et de l'accouchement. Des grossesses trop nombreuses et trop rapprochées sont les principales causes de ces décès. (4)

Ce ne sont pas là seulement des problèmes de santé car il y a des liens étroits entre fécondité, population et pauvreté. (5)

Face à de tels problèmes, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) à Mexico en 1984 a réaffirmé le droit de planifier librement le nombre, l'espacement des naissances pour chaque famille. (6)

En effet, parmi les droits de l'homme liés à la santé de la reproduction, réaffirmé par la CIPD en 1984, c'est la prise de décision en matière de reproduction sur la base de l'égalité entre homme et femme, y compris le choix du conjoint, la détermination du nombre d'enfants, du moment et de l'espacement de leurs naissances. (7)

Le Gouvernement malgache a adopté en 1990, une politique nationale de population par la loi N°90-030 du 19 Décembre 1990 dont l'un des objectifs est la maîtrise de la fécondité par la promotion de l'utilisation de moyens contraceptifs modernes. (8)

Dans beaucoup de pays africains, les femmes sont parfois obligées de faire la contraception en cachette sans que leurs maris soient au courant. Avec les contraceptifs injectables, ces femmes disposent d'une méthode discrète.

A Madagascar, 80% de la population vit en milieu rural, 70% se trouvent en dessous du seuil de pauvreté et parmi lesquels, plus de la moitié sont des femmes rurales. (9)

Le Centre de Santé de Base niveau II (CSBII) de Fénériver-Est nous a servi de terrain de recherche pour notre travail.

Notre objectif est surtout de déterminer les caractéristiques des femmes utilisatrices des contraceptifs injectables dans le centre. Ceci pour dépister les facteurs qui peuvent favoriser ou freiner l'utilisation de cette méthode afin d'améliorer et de renforcer la prestation de service de planification familiale déjà commencé par le CSB II de Fénériver-Est.

Pour cela, notre travail se divise en 3 parties :

- La première partie traite de la revue documentaire
- La deuxième partie développe notre étude proprement dite
- La troisième partie présente nos commentaires et suggestions.

Une conclusion générale clôture notre travail.

## **PREMIERE PARTIE : REVUE DOCUMENTAIRE**

### **1- ANATOMIE DE L'APPAREIL REPRODUCTIF FEMININ**

#### **1.1- Organes génitaux externes (10)**

##### 1.1.1- La vulve

Elle comprend :

- Les grandes lèvres qui sont deux replis cutanés se dirigent d'avant en arrière et de haut en bas. Elles mesurent 6 à 8 cm de long et 1 à 3 cm de large.
- Les petites lèvres situées à l'intérieur des grandes lèvres contiennent les glandes de Bartholin. Elles mesurent 3,5 cm de long et 1,5 cm de large.
- Le clitoris qui se trouve au confluent antérieur des petites lèvres au dessus du méat urinaire. C'est un organe érectile lorsque l'afflux de sang le congestionne.

##### 1.1.2- Le vestibule

C'est une dépression entre les petites lèvres.

On y trouve:

- le méat urinaire: orifice de sortie de l'urètre
- le vagin fermé en grande partie par l'hymen chez la femme vierge.

#### **1.2- Organes génitaux internes**

##### 1.2.1- Le vagin (11) (12)

C'est un conduit entouré en partie de muscle et situé entre la vessie et le rectum.

C'est l'organe de copulation chez la femme, il s'étend du col de l'utérus à la vulve.

##### 1.2.2- L'utérus

C'est le site de la menstruation, de la nidation de l'œuf fécondé, et du développement du fœtus durant la grossesse. Il a la forme d'une poire renversée.

Il présente un peu au-dessous de sa partie moyenne un étranglement appelé isthme. Celui-ci divise l'utérus en deux parties :



- le corps (partie haute renflée, ouverte par les deux minuscules orifices des trompes)

- le col (partie inférieure faisant saillie dans le fond du vagin).

Chez la nullipare, l'utérus mesure en moyenne 6,5cm de long. Sa largeur atteint 4 cm au niveau du corps et 2,5 cm au niveau du col.

L'épaisseur mesure 2 cm en moyenne.

### 1.2.3- Les annexes

Elles comprennent :

#### **a- Les trompes de Fallope (14)**

Ce sont deux conduits qui s'étendent le long du bord supérieur des ligaments larges, des angles latéraux de l'utérus à la surface de l'ovaire.

Leurs extrémités sont évasées et coiffent les ovaires: ce sont les pavillons.

Chez la femme adulte, les trompes mesurent 4 cm de long, 2 cm de large et 1 mm d'épaisseur.

C'est par la trompe que l'ovule gagne la cavité utérine et c'est dans sa lumière que se fait normalement la fécondation.

#### **b- Les ovaires (15) (16)**

Au nombre de deux, de chaque côté de l'utérus, les ovaires sont placés dans la cavité pelvienne en arrière des ligaments larges contre la paroi latérale de l'excavation pelvienne.

Ils ont une forme ovoïde, aplatie transversalement et mesurent, chez la femme adulte, 4 cm de long, 2 cm de large et 1 mm d'épaisseur.

Ils ont 2 fonctions :

- production de cellules femelles de la reproduction : les ovules
- sécrétion des hormones femelles: les oestrogènes et la

progestérone.



### 1.3- Les ligaments de soutien (17)

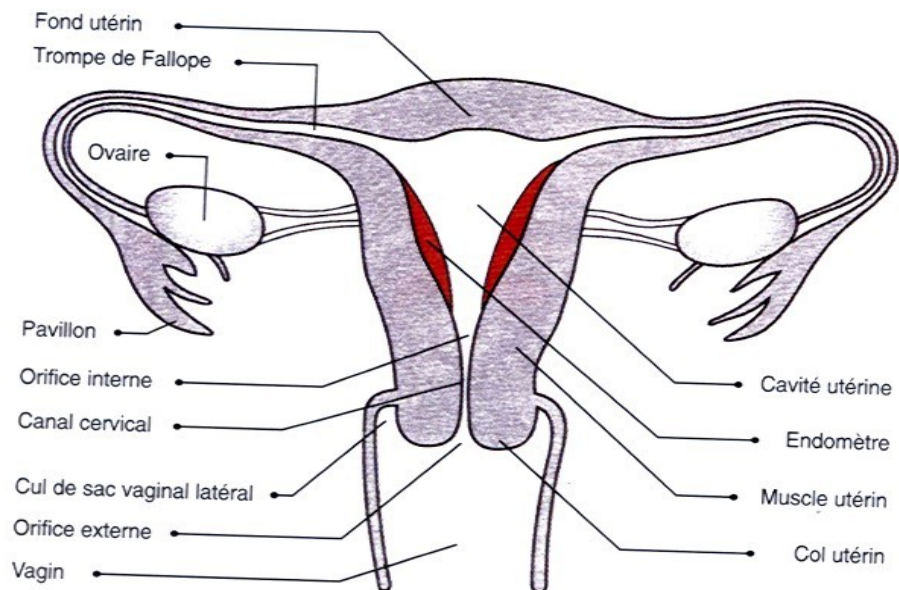
L'utérus et les annexes sont maintenus dans leur situation anatomique par des ligaments qui s'attachent aux parois du petit bassin. Ce sont :

- le ligament rond qui maintient l'utérus dans sa position inclinée en avant (antéversion). Il naît à gauche ou à droite du fond de l'utérus et s'attache en avant sur l'os pubien.

- le ligament utéro-sacré qui naît à la surface postérieure du col de l'utérus et se termine sur la face antérieure du sacrum.

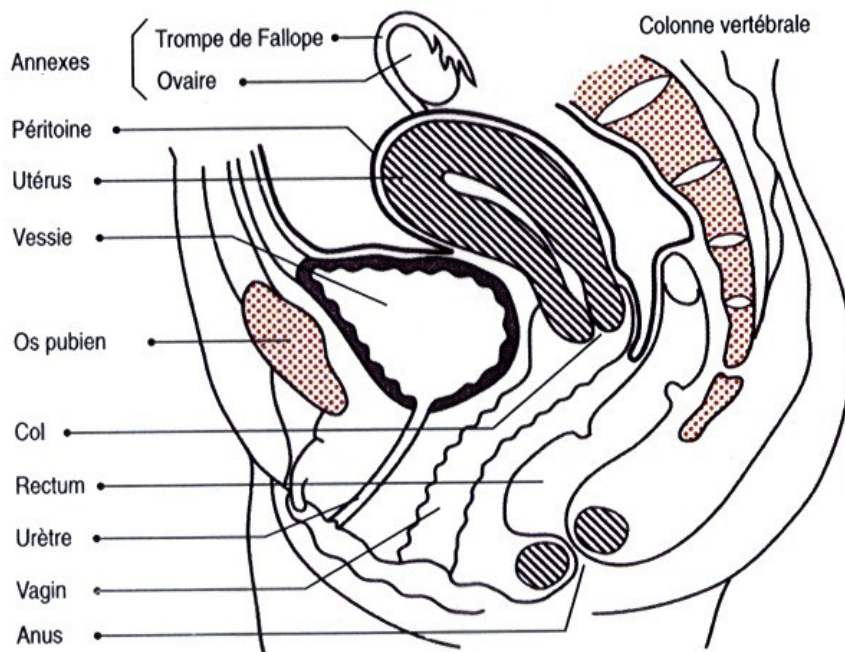
### 1.4- La vascularisation des organes génitaux

Elle est assurée par les artères utérines gauche et droite et aussi par les artères ovariennes gauche et droite. (17)



**Figure n°1:** Organes génitaux féminins internes : Coupe frontale du bassin

**Source :** La santé de la reproduction pratique et opérationnelle (7)



**Figure n°2** : Organes génitaux féminins internes : Coupe sagittale du bassin

**Source** : La santé de la reproduction pratique et opérationnelle (7)

#### **1.4- La vascularisation des organes génitaux**

Elle est assurée par les artères utérines gauche et droite et aussi par les artères ovariennes gauche et droite. (17)

## **2- PHYSIOLOGIE DU CYCLE MENSTRUEL (18) (19) (20)**

Le cycle menstruel est l'ensemble des manifestations physiologiques survenant périodiquement chez la femme en âge de procréer et s'étend du premier jour des règles à la veille du premier jour des règles suivantes.

Sa durée est de 28 jours en moyenne, mais des variations individuelles et liées à l'environnement sont très nombreuses.

Pendant cette période, les ovaires et l'utérus se transforment pour préparer le corps de la femme à une grossesse éventuelle.

On peut diviser ce cycle en trois phases :

### **2.1- Phase pré-ovulatoire**

Appelé aussi "phase folliculaire", elle s'étend du premier au quatorzième jour du cycle et correspond à la croissance d'un follicule.

Cette phase se divise en deux :

- la phase menstruelle, pendant laquelle il y a hémorragie génitale (1er jour au 5ème jour des règles)

- la phase proliférative pendant laquelle l'endomètre se développe pour se préparer à la nidation (après ovulation et fécondation éventuellement).

Durant la première moitié de cette phase pré-ovulatoire, il y a une sécrétion légèrement plus élevée de F.S.H (Follicle Stimulating Hormon) par l'antéhypophyse qui provoque la croissance et le développement de follicules. Un follicule cavitaire jeune se développe complètement dans l'un des deux ovaires. Il devient alors follicule mûre ou follicule de De Graaf, et le reste subit une dégénérescence. Durant cette période, l'élévation progressive du taux de L.H. (Luteinizing Hormon), débute un à deux semaines après l'ascension du taux de FSH. Les œstrogènes ovariens stimulent la croissance de la muqueuse utérine.

## **2.2- Phase ovulaire**

Elle correspond à l'expulsion d'un ovocyte par rupture de la paroi du follicule de De Graaf. Cet ovocyte est capté par le pavillon de la trompe, dans lequel il peut être fécondé par un spermatozoïde.

Au cours de cette phase, l'hypophyse libère un taux élevé de LH (pic pré-ovulatoire), la sécrétion d'œstrogène commence à augmenter lentement, puis elle subit une accélération et culmine habituellement le jour précédent ou le même du pic de LH. Après stimulation par l'œstradiol provenant de l'ovaire, les cellules du col de l'utérus produisent la glaire cervicale du type fertile qui est indispensable au maintien des caractères fécondants des spermatozoïdes.

L'élévation du taux d'œstrogène s'associe à une augmentation lente mais régulière du taux de LH et une chute de celui de FSH.

## **2.3- Phase post-ovulatoire**

Appelé aussi phase lutéale, elle s'étend du 14<sup>ème</sup> jour jusqu'au 28<sup>ème</sup> jour du cycle normal.

Après l'ovulation, le follicule rompu et vidé se transforme en corps jaune qui sécrète la progestérone. Celle-ci avec l'œstradiol permet à l'endomètre de continuer son développement, pour former les réserves nécessaires en cas de grossesse.

En l'absence de fécondation, la muqueuse utérine préparée inutilement se décolle de la paroi musculaire de l'utérus et s'élimine avec un peu de sang pour réaliser les règles. Le corps jaune régresse à la fin du cycle. Les taux de LH et FSH circulants diminuent et restent bas pendant la plus grande partie de la phase lutéale et connaissent une nouvelle ascension avec les règles.

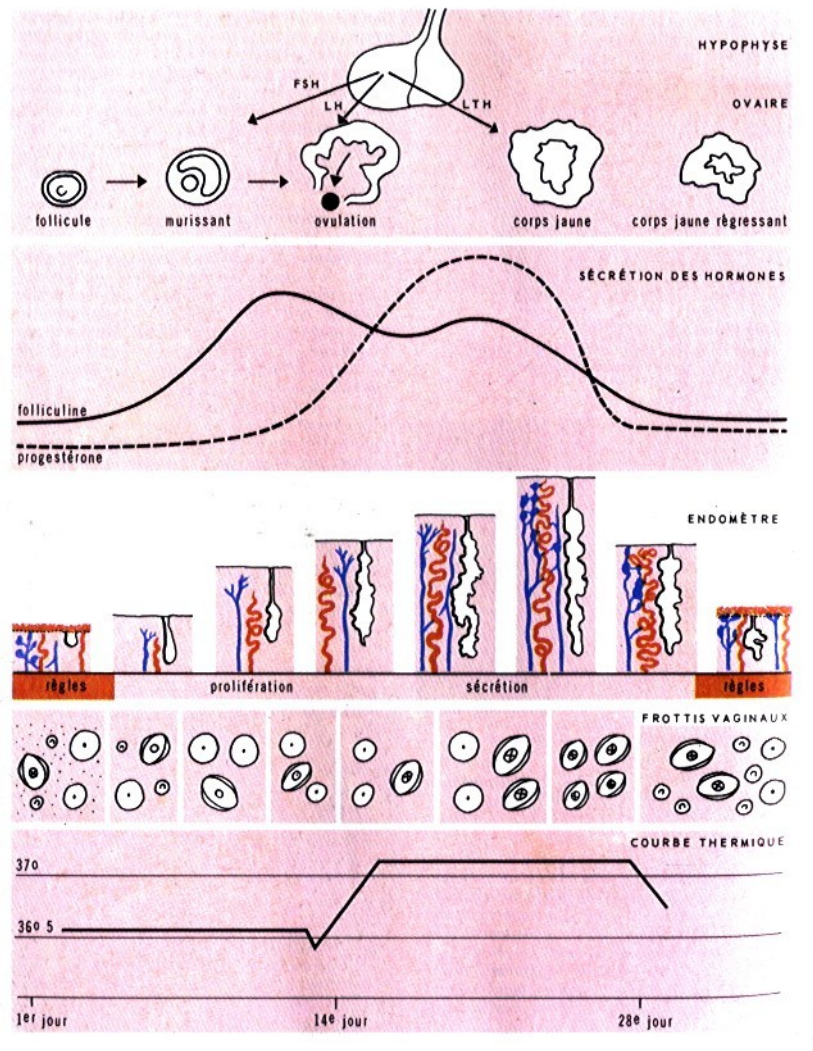
Les actions des deux principales hormones du cycle féminin sont :

- pour les œstrogènes ( hormones de féminité) :

- épaissement de la muqueuse utérine
- ouverture du col utérin: les cryptes secrètent de la glaire filante et transparente
- maintien à un degré bas de la température basale de la femme
- maturation de l'ovule.

- pour la progestérone (= hormone de maternité)

- épaissement de la muqueuse utérine qui devient comme de la dentelle
- fermeture du col utérin : les cryptes secrètent de la glaire épaisse, collante et opaque
- élévation de 3 à 5 dixièmes de degrés de la température basale de la femme
- blocage de toute autre ovulation.



**Figure 3 :** Cycle menstruel de la femme  
**Source :** Petit Larousse de la médecine (21)

### **3- RAPPELS SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE**

#### **3.1- Définitions**

La planification familiale (P.F) est l'ensemble des mesures techniques et éducatives qui permettent au couple et aux individus de s'unir sexuellement sans craindre la survenue d'une grossesse et de choisir librement, en fonction de leurs possibilités et de leurs désirs, le nombre d'enfants qu'ils auront, le moment de leur naissance et l'intervalle entre deux naissances. (22) (23)

Elle peut aussi être définie comme étant l'ensemble des méthodes techniques médico-sociales permettant :

- l'espacement et la régulation des naissances pour d'une part protéger la santé de la mère et de l'enfant et d'autre part offrir plus de chances à un niveau de vie décent à la famille,
- la réduction de la morbidité et de la mortalité materno-infantiles,
- la lutte contre la stérilité,
- le développement de la vie sexuelle grâce à une éducation appropriée. (24)

La P.F. peut encore être définie comme une méthode permettant à la femme d'éviter:

- les grossesses à risque c'est-à-dire avant l'âge de 20 ans et après 35 ans,
- des grossesses à moins de 2 ans d'intervalle.

Elle peut être considérée comme étant l'accès à la maîtrise de la fonction de reproduction et le droit de tout individu d'avoir le nombre d'enfants qu'il juge idéal. (25)

#### **3.2- Objectifs (26) (27)**

La planification familiale a comme objectifs de :

- réduire la morbidité et la mortalité de la période péri-natale, de la petite enfance et de l'enfance,
- garantir la santé et la vie de la mère,
- favoriser la santé et l'harmonie de la famille,
- assurer l'équilibre démographique par la régulation des naissances.



### 3.3- Bienfaits (28) (29) (30)

Ce sont surtout :

- pour la femme :

- amélioration de la santé maternelle,
- augmentation de l'espérance de vie de la mère,
- prévention des grossesses non désirées,
- disponibilité à d'autres activités productives.

- pour l'enfant :

- meilleure santé,
- meilleure alimentation,
- meilleur soutien affectif,
- meilleures possibilités d'éducation.

- pour la famille :

- maîtrise de la procréation,
- amélioration des rapports conjugaux,
- meilleures possibilités de gestion des moyens financiers,
- amélioration du bien être de la famille.

- pour la collectivité :

- moindres pressions sur les ressources de l'environnement (terre, eau, nourriture)
- moindres pressions sur les services publics (santé, éducation, etc...)
- meilleure productivité.

- au niveau national :

• obtention d'un taux de croissance démographique avoisinant celui de la croissance économique qui permettra de contribuer au développement économique, social et culturel du pays,

- réduction du nombre des interruptions volontaires de grossesse,
- dépistage et traitement des IST/SIDA,
- effet catalyseur sur le développement économique d'un pays et ceci

grâce à la surveillance de la santé materno-infantile car une bonne santé amène les gens

à faire mieux leurs tâches et d'autant plus qu'avec moins d'enfants, les ménages ont plus d'argent disponibles pour l'épargne et l'investissement.

### **3.4- Les principales méthodes contraceptives**

Ce sont les moyens qui permettent d'éviter la grossesse pendant une période voulue, temporairement ou définitivement. On peut utiliser :

#### **3.4.1- Méthodes naturelles (31) (32)**

Elles sont basées sur l'auto-observation de la femme et ne nécessitent aucune technologie.

##### **a- Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée (MAMA)**

C'est une méthode efficace chez la femme si elle est en période d'aménorrhée) et qu'elle allaite son bébé exclusivement au sein pendant les six premiers mois du post-partum.

##### **b- Continence sexuelle périodique**

Elle consiste à estimer les périodes de fécondité.

Il s'agit alors de:

- la méthode du calendrier ou d'OGINO-KNAUSS,
- la méthode de la glaire cervicale ou de BILLINGS,
- la méthode de la température basale du corps.

##### **c- Méthode de retrait**

Appelée aussi "coït interrompu", elle consiste à retirer le pénis du vagin avant l'éjaculation.

#### **3.4.2- Méthodes modernes**

##### **a- Méthodes hormonales**

Il s'agit d'hormones ovariennes de synthèse (estrogène, progestérone) que l'on administre par voie entérale (pilules) ou par voie générale sous forme d'injection intra-musculaire ou sous forme d'implants sous-cutanés. (33)

#### b- Méthode de barrière (34) (35)

Elles englobent les diverses techniques qui empêchent les spermatozoïdes après éjaculation de pénétrer soit dans le vagin, soit dans le col de l'utérus, par des procédés chimiques ou mécaniques.

Ce sont essentiellement :

- le condom ou préservatif utilisé par l'homme,
- le préservatif féminin,
- le diaphragme, cape cervicale,
- les spermicides: ovules vaginaux, éponges crèmes, gelées, mousses.

#### 3.4.3- Dispositifs intra-utérins (DIU) (36)

Appelés aussi stérilets, ce sont :

- les DIU au cuivre,
- les DIU insérés au fond de l'utérus,
- les DIU avec un progestatif.

Ces derniers libèrent des hormones qui épaississent la glaire cervicale et amincissent le revêtement endométrial.

#### 3.4.4- Méthodes chirurgicales (37)

Ce sont des méthodes permanentes et irréversibles :

- la vasectomie qui consiste à bloquer le canal déférent chez l'homme, ainsi, le sperme n'est plus évacué,
- la ligature des trompes chez la femme: l'ovule libéré au niveau des ovaires ne s'achemine plus vers les trompes.

#### 3.4.5- Méthodes d'urgence(38)

Ce sont des méthodes que les femmes peuvent utiliser après un rapport sexuel non protégé pour prévenir une grossesse non désirée.

Ce sont:

- la méthode intra-utérine : DIU post-coital avec le stérilet au cuivre

- la méthode hormonale : estro-progestatifs avec la pilule contraceptive d'urgence (PCU) appelée aussi "pilule du lendemain".

#### 3.4.6- Méthodes au stade de recherche (39)

##### a- Contraception

- abstinence périodique :

méthodes chimiques

- contraception hormonale féminine :

- patchs stéroïdiens transdermiques,
- estro-progestatifs en injection mensuels,
- anneaux vaginaux libérant des stéroïdes,

- contraception hormonale masculine :

- androgènes injectables,
- androgènes associés aux progestatifs injectables,
- analogues du GnRH associés aux injectables.

- contraception immunologique :

- vaccin anti-sperme,
- vaccin anti-zone pellucide.

##### b- Contraception post-coïtale :

- méthodes hormonales:

- progestatifs (lévonorgestrel),
- mifépristone (RU486).

- méthodes immunologiques

- vaccin anti-HCG.
- vaccin anti-trophoblaste.

## 4- GENERALITES SUR LA CONTRACEPTION INJECTABLE

### 4.1- Définition

"Un contraceptif injectable est un produit contenant un progestatif injecté par voie intra-musculaire afin d'assurer une contraception de longue durée". (7)

#### 4.2- Historique (40)

L'Acétate de Medroxy Progestérone Retard (AMPR) ou en anglais Depomedroxy Progesterone Acetate (DMPA), a été utilisé depuis 1950 pour le traitement d'affections très diverses, notamment endométriose, menace d'avortement, puberté précoce, acromégalie, carcinome de l'endomètre, cancer rénal, cancer du sein et travail prématuré ; des doses atteignant plusieurs grammes ont été administrées sans effets nocifs apparents. Au début des années 1960, on a noté que chez les femmes qui recevaient de l'AMPR pour travail prématuré, le retour de la fécondité après accouchement était nettement retardé, et des essais cliniques de l'AMPR en tant que produit contraceptif ont été entrepris en 1963.

L'Enanthate de Noréthistérone (EN-NET) ou en anglais Norethisterone Enanthate (NET-EN) existe comme contraceptif depuis 1966, mais il a été moins utilisé que l'AMPR.

En Octobre 1981, l'AMPR avait reçu une autorisation de mise sur le marché comme contraceptif dans 84 pays et l'EN-NET dans 40 pays.

#### 4.3- Compositions (41)

Il existe principalement deux produits :

- Acétate de Medroxy Progestérone Retard (AMPR) ou Depomedroxy Progestérone Acetate (DMPA)

Exemple : Depo-provera® :

1 ampoule = 1 ml = 150 mg

- Enanthate de Norethistérone (EN-NET) ou Norethistérone Enanthate (NET-EN)

Exemple : Noristérat ®

1 ampoule = 1 ml = 200 mg

L'un et l'autre sont des progestatifs mais ils appartiennent à des groupes différents de stéroïdes, l'AMPR étant un C21 stéroïde et l'EN-NET un C18 stéroïde.

Il faut signaler l'existence de ce que l'on appelle « contraceptifs injectables combinés » mais ils sont rarement utilisés à cause des effets secondaires de l'œstrogène qu'ils contiennent.

Nous citons :

- CYCLOFED : cyclefen ®
- MESIGYNA : Norggnon ®

#### **4.4- Critères de qualité (7)**

##### 4.4.1- Efficacité

L'efficacité théorique et pratique est très satisfaisante. Elle est presque de 100%.

C'est l'un des moyens contraceptifs temporaires les plus efficaces.

##### 4.4.2- Sécurité

Elle est excellente à condition de respecter les contre-indications.

##### 4.4.3- Tolérance

Elle est bonne mais quelquefois on observe des pertes de sang irrégulières et une légère prise de poids.

Il faut cependant prévenir les patientes de la possibilité d'apparition d'une aménorrhée.

##### 4.4.4- Acceptabilité

Elle est très bonne.

##### 4.4.5- Réversibilité

Elle est excellente, mais on observe parfois un retard dans le retour de la fertilité.

#### **4.5- Mécanisme d'action (42)**

Les molécules utilisées dans la contraception injectable agissent par :

- inhibition de l'ovulation,
- épaissement de la glaire cervicale empêchant donc la pénétration des spermatozoïdes,
- atrophie de l'endomètre rendant impossible la nidation.

#### **4.6- Indications (43) (44)**

- Les femmes allaitantes,
- Celles qui ne veulent pas des contraintes de la pilule quotidienne ou qui n'arrivent pas à se rappeler de la prendre,
- Celles qui présentent une contre-indication à la prise d'œstrogène,
- Celles qui désirent une contraception de longue durée et réversible,
- Celles qui présentent un problème de drépanocytose mais qui désirent être sous contraceptif.

#### **4.7- Contre-indications (45)**

##### 4.7.1- Contre-indications absolues :

- Grossesse ou présomption de grossesse,
- Cancer du sein ou grosseur mammaire dont le diagnostic n'a pas été posé,
- Tous les cancers génitaux,
- Saignements vaginaux inexpliqués.

##### 4.7.2- Contre-indications relatives :

- Grossesse prévue dans un avenir proche,
- Post-partum immédiat : les 6 premières semaines,
- Anomalie de la fonction hépatique ou antécédents récents de maladie du foie,
- Facteurs multiples de risque pour affection vasculaire (hypertension artérielle, tabagisme, obésité),
- Antécédents ou signes de maladies cardiaques,
- Diabète sucré ou antécédent de diabète gravidique,
- Age supérieur à 40 ans,
- Hyperthermie.

## 4.8- Avantages et inconvénients

### 4.8.1- Avantages

#### a- Avantages sur la contraception (46)

- Les contraceptifs injectables sont très efficaces et faciles à utiliser,
- Discrétion de la méthode,
- Longue durée d'action,
- Absence d'effets sur la lactation ou effet légèrement positif,
- La méthode ne gêne pas les rapports sexuels.

#### b- Avantages autres que l'action contraceptive (47)

- Diminution des risques de cancer de l'endomètre,
- Diminution des pertes sanguines menstruelles prévenant ainsi l'anémie,
- Action favorable sur l'endométriose,
- Diminution des risques de tumeur bénigne du sein, de cancer de l'endomètre, de cancer de l'ovaire, de grossesse extra-utérine,
- Résorption éventuelle des kystes ovariens préexistants et des kystes des seins bénins,
- Moins de risque d'apparition de candidose vaginale ou de salpingite que chez les femmes qui utilisent un DIU.

### 4.8.2- Inconvénients (48) (49) (50) :

- les contraceptifs injectables ne protègent pas contre les IST/SIDA,
- une fois administrés, les produits agissent jusqu'à ce qu'ils aient été métabolisés,
- retour parfois tardif de la fécondité,
- certaines femmes refusent la contraception par voie injectable,



- trouble du cycle menstruel normal chez la plupart des femmes à type de saignements irréguliers (spotting), aménorrhée ou des hémorragies prolongées, bien qu'une spoliation sanguine soit rare,

- prise de poids modérée : à peu près 20% des cas,
- quelquefois changement d'humeur,
- tension mammaire,
- perte de la libido,
- céphalées, vertiges, nervosité,
- acné,
- ballonnement ou relâchement abdominal,
- perte de densité osseuse, essentiellement chez les adolescentes.

A noter la déclaration osée et déplacée d'un guérisseur appelé RAMIARAMILA sur les médias qui a dénoncé la pratique de la planification familiale, celle-ci n'apportant selon lui, que des inconvénients. Mais heureusement, cette déclaration a été fortement contestée et rejetée par les médecins.

#### **4.9- Mode d'emploi (51)**

##### 4.9.1- Mode d'utilisation :

Les injections des progestatifs peuvent se faire à n'importe quel moment pourvu qu'on soit sûr que la femme n'est pas enceinte.

Mais le mieux est d'administrer la première injection aux premiers jours du cycle menstruel.

Pour la femme en post-partum l'injection se fait :

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

L'injection se fait aussi dans les 5 jours du post-partum.

##### 4.9.2- Technique d'injection :

- Désinfecter rigoureusement les mains du praticien,
- Homogénéiser le contenu du flacon de Dépo-provera ® en le faisant rouler verticalement entre les paumes de la main, ou casser l'ampoule de Noristérat ®
- utiliser une seringue stérile à usage unique pour aspirer doucement et totalement le contenu du flacon ou de l'ampoule,

- nettoyer le site d'injection,
- faire une injection intra-musculaire profonde (muscle fessier ou biceps brachial),
- vérifier que l'aiguille n'est pas dans un vaisseau sanguin,
- ne pas masser le site d'injection.

#### 4.9.3- Durée d'action :

- pour l'Acétate de médroxyprogestérone retard : protection pendant 12 semaines. (3 mois),
- pour l'Enanthate de noréthistérone : protection pendant 8 semaines. (2 mois).

#### 4.9.4- Délai pour l'efficacité :

Les progestatifs injectables sont immédiatement efficaces s'ils sont administrés au cours de la première moitié du cycle menstruel.

En cas d'injection pendant la deuxième moitié du cycle, il faut s'assurer de l'absence de grossesse ou attendre les règles, car la protection s'obtient après 15 jours.

#### **4.10- Suivi (52) (53) :**

Le suivi régulier des utilisatrices permet à la fois de diagnostiquer un problème éventuel et d'administrer la dose suivante.

Le calendrier de suivi se fait :

- tous les 2 mois pour le Noristerat ®,
- tous les 3 mois pour le Depo-provera ®.

Au cours de ces visites, il faut faire :

- un interrogatoire pour préciser :
  - la date des dernières règles (si femme réglée).
  - la description des pertes de sang éventuelles (durée, fréquence, quantité),
- un examen clinique avec :
  - pesée des consultantes (quantifier la prise de poids éventuelle)
  - prise de la tension artérielle

- s'il y a un problème particulier, examen gynécologique.

Tous les ans, on doit faire un examen gynécologique avec frottis du col si possible.

## **DEUXIEME PARTIE : ETUDE PROPREMENT DITE**

### **1- OBJECTIFS DE L'ETUDE**

Ce sont surtout :

- l'augmentation du taux de fréquentation du site,
- l'augmentation du nombre de nouvelles utilisatrices.

Tout cela afin d'atteindre un taux de couverture contraceptive égale à 50%.

### **2- CADRE D'ETUDE**

#### **2.1- Géographie**

Le Centre de Santé de Base niveau II de Fénérive-Est fait partie des 11 CSBII de la sous-préfecture de Fénérive-Est, province de Tamatave.

Ce Centre est implanté dans la commune urbaine de Fénérive-Est, Fokontany de Mahavelonkely.

Il est construit en face de la gare routière, au Centre ville. La rue qui traverse cet endroit relie le centre ville à Tamatave au Sud et à Soanierana-Ivongo au Nord.

La commune urbaine de Fénérive-Est comprend 5 fokontany :

- Ampasimpotsy
- Mahavelonkely
- Amparatanana
- Andranolava
- Sahavola

La population totale est estimée à 18.086 habitants.

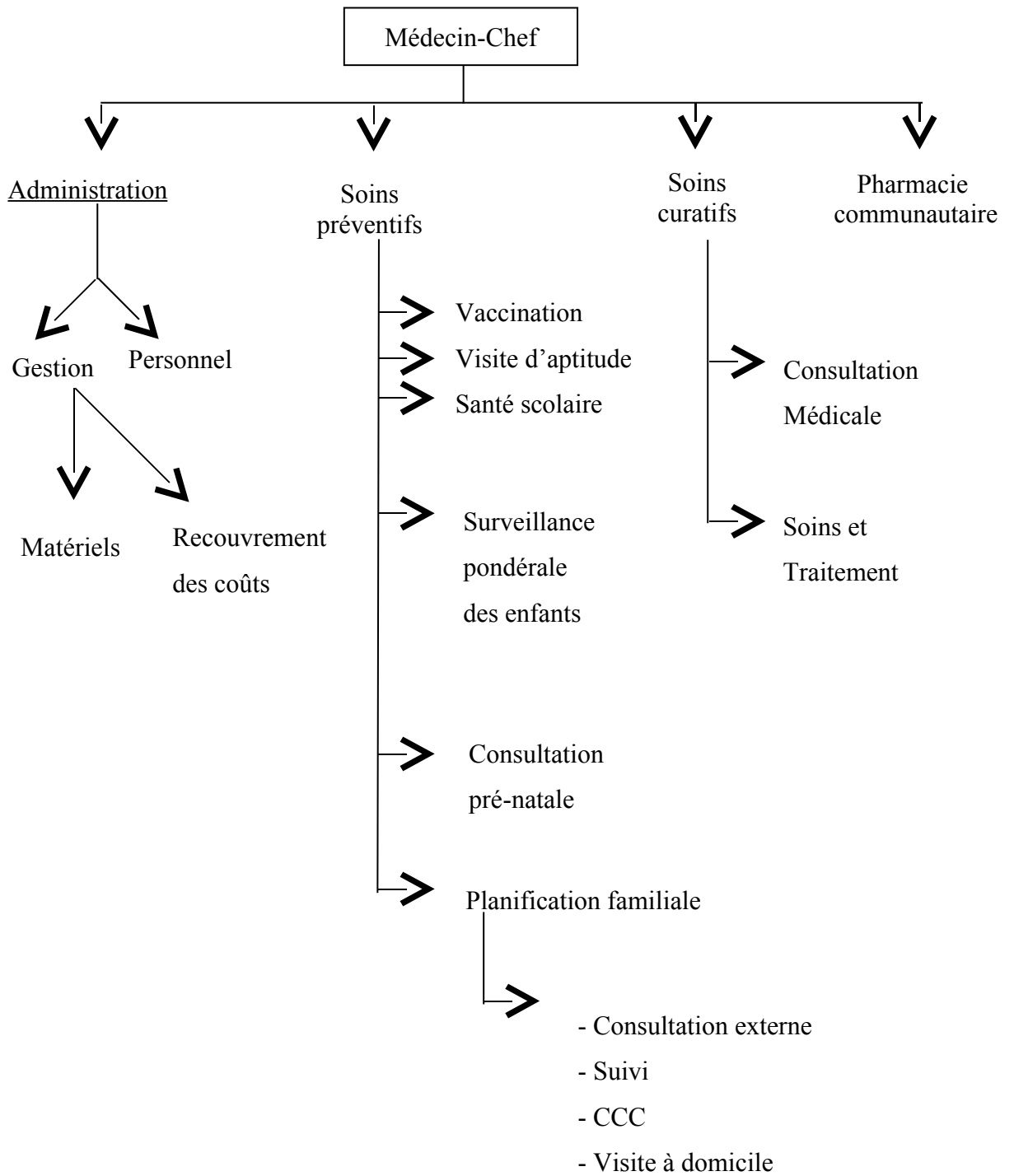
La planification familiale est assurée par 2 centres :

- Le service PF du CSB II
- Le service PF du CHD II

La population cible du secteur est de 4.239 : ce sont les femmes en âge de procréer. Celle du CSB II est de 2.116.

L'objectif du secteur est de servir 50% de ces femmes, c'est-à-dire 2.116 femmes et pour le CSB II l'objectif est d'avoir 1.058 clientes.

## 2.2- Organigramme du CSBII



N. B. Le recouvrement de coûts est suspendu temporairement depuis quelques mois.

La structure du CSB II de Fénérive-Est est la même que celle utilisée par le Ministère de la Santé dans les différents districts sanitaires.

Le centre emploie : 1 médecin, 2 sages femmes, 3 infirmières, 1 assistante de santé, 5 servantes.

### **2.3- Le service de planification familiale**

Ce service fait partie de ceux chargés des activités préventives du CSB II. Il occupe une salle et assure des soins de consultation externe en matière de PF pour toute personne intéressée par l'utilisation des méthodes contraceptives.

Il dispense aussi la communication pour le changement de comportement (CCC) en matière de santé de reproduction et essaie de résoudre les problèmes de stérilité.

En cas de situation dépassant sa compétence, le service de PF réfère le client vers un autre centre mieux équipé.

#### 2.3.1- Le Personnel

Il est constitué de :

- 1 sage-femme
- 1 servante.

#### 2.3.2- Les partenaires communautaires

Ils sont au nombre de 10 (2 par Fokontany). Ce sont des femmes formées par les responsables de la CCC sur la Santé de la reproduction, la planification familiale, la vaccination. Toutefois, elles ne dispensent pas de soins, leur rôle essentiel est la visite à domicile pour la relance des perdues de vue et la référence des nouvelles acceptantes vers le CSB II.

Les partenaires communautaires se réunissent tous les 3 mois pour discuter et trouver les solutions sur les problèmes rencontrés au cours des visites à domicile (réunion coordonnée par le prestataire).

Le recrutement des partenaires communautaires a commencé en 1991. Ces partenaires reçoivent une motivation prélevée des recettes de la PF.

### 2.3.3- Objectifs

Ils consistent à augmenter le taux de fréquentation du site, le nombre de nouvelles utilisatrices et à récupérer les perdues de vue : atteindre un taux de couverture contraceptive égale à 50%.

Les prestataires essaient de réaliser ces objectifs en utilisant des stratégies fixes et avancées.

La récupération des perdues de vue repose essentiellement sur la visite à domicile.

### 2.3.4- Les activités

Le service fonctionne 3 jours sur 7 car le responsable de PF s'occupe aussi de la consultation prénatale (CPN).

\* La CCC consiste à :

- renseigner sur les méthodes contraceptives disponibles,
- expliquer le mode d'emploi, les indications et les contre-indications, les avantages et les inconvénients de chaque méthode en insistant sur les effets secondaires entraînant souvent l'abandon des utilisatrices;
- encourager les clientes à s'exprimer sur leurs besoins en PF ;
- aider les clientes à choisir la méthode qui convient le mieux à leurs besoins ;
- conseiller les clientes à suivre les recommandations du prestataire et faire revenir les acceptantes au centre en cas de problème puis de leur faire comprendre qu'elles peuvent changer de méthode.

\* Mode d'adhésion à la Planification familiale

Lorsqu'une cliente décide d'adhérer à la PF, elle doit apporter un carnet sur lequel seront inscrits les éléments de suivi et les rendez-vous. Après une CCC, on reçoit les clients une à une.

On demande à l'acceptante si elle a sa menstruation au moment de la première consultation.

En cas d'aménorrhée, on pratique un dépistage de la grossesse. Si elle est enceinte, on l'adresse au service de consultation pré-natale.

Si elle n'est pas enceinte, on procède à une provocation des règles en donnant 2 comprimés par jour de Lo-femenal ® pendant 5 jours et on la fait revenir dès l'apparition des règles.

Pour celle qui a déjà sa menstruation, on procède à un interrogatoire sur l'état civil, les antécédents gynéco-obstétricaux, médicaux, chirurgicaux et familiaux, sur le motif de la contraception, et on pratique un examen physique complet avec pesée et prise de la tension artérielle.

On demande à la nouvelle utilisatrice si elle a déjà une méthode mais la décision finale revient au prestataire pour prescrire la méthode adéquate tout en expliquant la raison de cette prescription si le choix de la cliente est non respecté. Tous ces renseignements sont inscrits sur une fiche individuelle remplie par le prestataire.

### **3- METHODES ET MATERIELS DE L'ETUDE**

#### **3.1- Recrutement des utilisatrices**

Le recrutement s'est déroulé au Service de PF du CSB II de Fénériver-Est du 1<sup>er</sup> Janvier 2000 au 31 Décembre 2000.

Ce recrutement s'est effectué par une étude des dossiers grâce à un dépouillement systématique des registres et des fiches individuelles des utilisatrices.

Il s'agit d'une étude rétrospective.

#### **3.2- Le bilan annuel**

Il mentionne :

- les nouvelles utilisatrices,
- les utilisatrices régulières,
- les femmes perdues de vue.

#### **3.3- Sélection des acceptantes recrutées**

Au cours du dépouillement des fiches individuelles nous avons constaté que les clientes sont réparties en Anciennes et Nouvelles Utilisatrices. Nous avons limité notre étude seulement aux Nouvelles Utilisatrices.



### **3.4- Les paramètres étudiés**

#### **3.4.1- L'âge des utilisatrices :**

C'est l'étude de l'âge de la femme concernée par la contraception.

Cet âge est mesuré de la façon suivante :

- moins de 18 ans,
- de 18 à 35 ans,
- plus de 35 ans.

#### **3.4.2- Les méthodes contraceptives utilisées :**

C'est l'analyse des méthodes contraceptives dispensées par le service de PF du CSB II de F-E et choisies par les utilisatrices.

Les méthodes contraceptives disponibles au centre sont :

- les contraceptifs oraux,
- les contraceptifs injectables,
- les dispositifs intra-utérins,
- les méthodes de barrières.

#### **3.4.3- La date de début de la contraception**

C'est l'étude de la date d'adhésion de l'acceptante à la contraception.

La date de début de la contraception est évaluée par mois.

#### **3.4.4- Le niveau d'instruction**

C'est l'analyse du niveau d'études de l'utilisatrice.

Le niveau d'instruction est estimé par :

- l'analphabétisme ou illettrisme,
- les études primaires,
- les études secondaires,
- les études universitaires.

#### **3.4.5- L'état matrimonial**

C'est l'étude de la vie en n'insistant pas sur la légalité. L'état matrimonial est estimé par le fait que la femme :

- vit en couple ou
- vit seule

#### 3.4.6- Nombre d'enfants vivants

C'est l'analyse du nombre des enfants en charge et de la parité de l'utilisatrice.

Le nombre d'enfants vivants est mesuré par des chiffres comme suit :

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 et plus

#### 3.4.7- L'âge du dernier-né

C'est l'étude du temps écoulé depuis le dernier accouchement jusqu'à l'adhésion de l'utilisatrice à la contraception.

L'âge du dernier-né est mesuré comme suit :

- pas d'enfants
- 0 à 1 an
- 1 à 2 ans
- 2 à 3 ans
- 3 ans et plus

#### 3.4.8- Le motif d'adhésion à la P.F

C'est l'analyse de la cause de pratique de la contraception.

On a considéré 2 motifs :

- espacement des naissances,
- limitation des naissances.

#### 3.4.9- La résidence

C'est l'étude du lieu d'habitation selon que la cliente séjourne en :

- région urbaine,
- région suburbaine.

#### 3.4.10- La source d'information

C'est l'analyse de l'origine des renseignements concernant la contraception et poussant l'acceptante à pratiquer les méthodes contraceptives. Les sources d'information sont :

- la radio, Télévision, journal,
- brochure,
- famille et amis,
- personnel de santé.

#### 3.4.11- Suivi et contrôle

C'est l'étude de l'assiduité et des résultats de l'examen systématique de l'utilisatrice et de l'interrogatoire minutieux sur les effets secondaires de la méthode contraceptive utilisée au cours de chaque rendez-vous.

Le suivi et le contrôle sont évalués par :

- la tolérance,
- l'arrêt de la méthode,
- l'abandon,
- l'échec.

#### 3.4.12- Le changement de méthode

C'est l'analyse de la cause de l'utilisation de nouvelles méthodes. Ce changement de méthodes est évalué en se basant sur : les causes ayant entraîné ce changement, elles ont :

- relatives au centre,
- relatives à la méthode,
- relatives aux utilisatrices.

### **3.5- L'analyse statistique**

Le nombre des acceptantes de l'étude est obtenu par la somme des nouvelles utilisatrices retenues par mois.

Nous avons choisi l'année 2000 comme année d'étude. Notre étude sera donc une étude rétrospective.

Au cours de la réalisation de notre travail, nous avons utilisé les logiciels suivants : Microsoft Word, Microsoft Excel...

#### **4- RESULTATS**

##### **4.1- Résultats du recrutement des acceptantes**

Nous avons recruté 604 acceptantes du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2000 dans le Service de Planification Familiale (P.F) du CSB II de Fénériver-Est.

##### **4.2- Résultats de la sélection des utilisatrices recrutées**

Nous avons trouvé 172 nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives, les 432 restantes étant fichées anciennes utilisatrices.

Nous avons limité notre étude sur les nouvelles acceptantes de méthodes injectables au nombre de 96.

##### **4.3- Les caractéristiques des utilisatrices retenues**

Il s'agit des nouvelles utilisatrices pratiquant les méthodes contraceptives préconisées par le service de la P.F du CSB II de Fénériver-Est au cours de l'année 2000.

Ces utilisatrices au nombre de 96 sont constituées de femmes en âge de procréer, habitant la commune de Fénériver-Est, mariées ou non, avec ou sans enfant, instruites ou non, sans distinction de profession, de race, ni de couche sociale. Ces clientes sont venues contacter volontairement le service de PF.

##### **4.4- Résultats de l'évaluation de chaque paramètre**

Les paramètres analysés sont :

- l'âge des utilisatrices,
- les méthodes contraceptives utilisées,
- la date de début de la contraception,
- le niveau d'instruction,
- l'état matrimonial,
- le nombre d'enfants vivants,
- l'âge du dernier-né,
- le motif d'adhésion à la PF,

- la résidence,
- la source d'information,
- le suivi et le contrôle,
- le changement de méthode.

#### 4.4.1- Fréquence

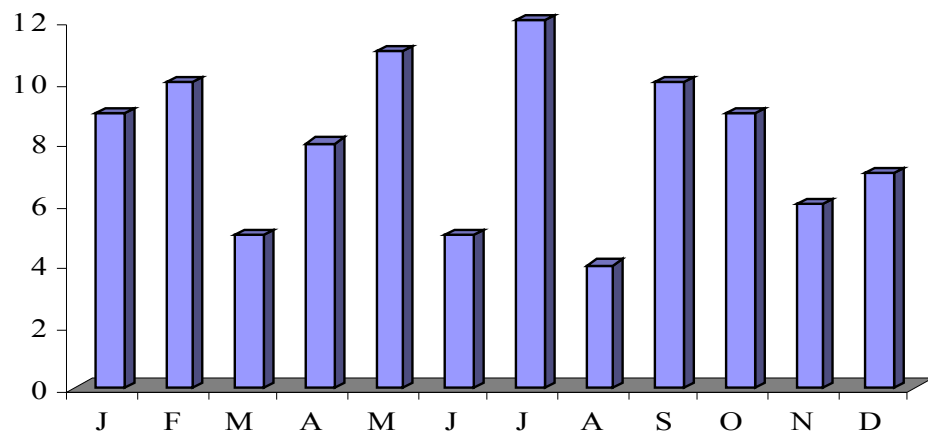
- Effectif total des utilisatrices de méthodes contraceptives : 172
- Nombre d'utilisatrices : 96

##### a- Fréquence mensuelle

**Tableau n°1** : Répartition mensuelle des utilisatrices

| Mois                        | J | F  | M | A | M  | J | J  | A | S  | O | N | D | TOTAL |
|-----------------------------|---|----|---|---|----|---|----|---|----|---|---|---|-------|
| Effectifs des utilisatrices | 9 | 10 | 5 | 8 | 11 | 5 | 12 | 4 | 10 | 9 | 6 | 7 | 96    |

Le nombre de nouvelles utilisatrices varie d'un mois à l'autre.



**Figure n°4** : Effectif mensuel des clientes

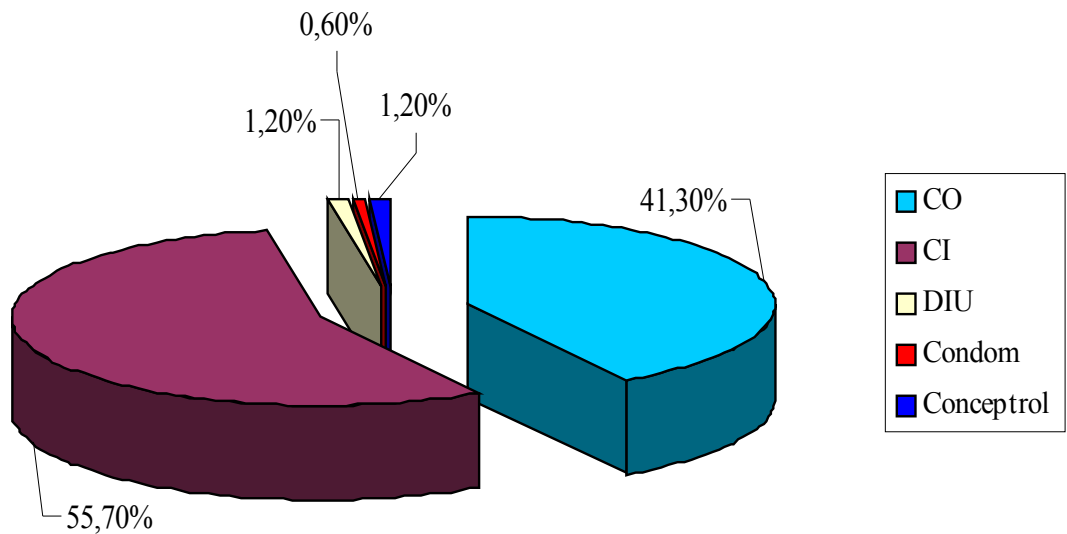
b- Place de la contraception injectable parmi les méthodes contraceptives

**Tableau n°2** : Répartition des clientes selon les méthodes utilisées

| Méthodes   | Effectif | Pourcentage |
|------------|----------|-------------|
| CO         | 71       | 41,30       |
| CI         | 96       | 55,70       |
| DIU        | 2        | 1,20        |
| Condom     | 1        | 0,60        |
| Conceptrol | 2        | 1,20        |
| Total      | 172      | 100         |

La contraception injectable est la méthode la plus utilisée avec 55,70% des clientes, suivie de la contraception orale, 41,30% des clientes.

**Figure n°5**: Différentes méthodes contraceptives



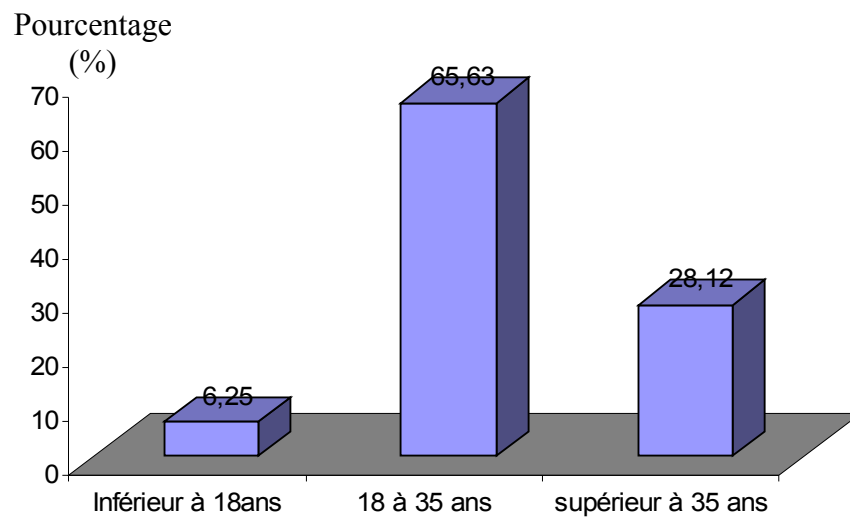
#### 4.4.2- Analyse épidémiologique

##### a- Age

**Tableau n°3** : Répartition selon l'âge

| Age                | Effectif | Pourcentage |
|--------------------|----------|-------------|
| Inférieur à 18ans  | 6        | 6,25        |
| 18 à 35 ans        | 63       | 65,63       |
| supérieur à 35 ans | 27       | 28,12       |
| Total              | 96       | 100%        |

La majorité des adhérentes appartiennent à la tranche d'âge de 18 à 35 ans, soit 65,63% de notre série.



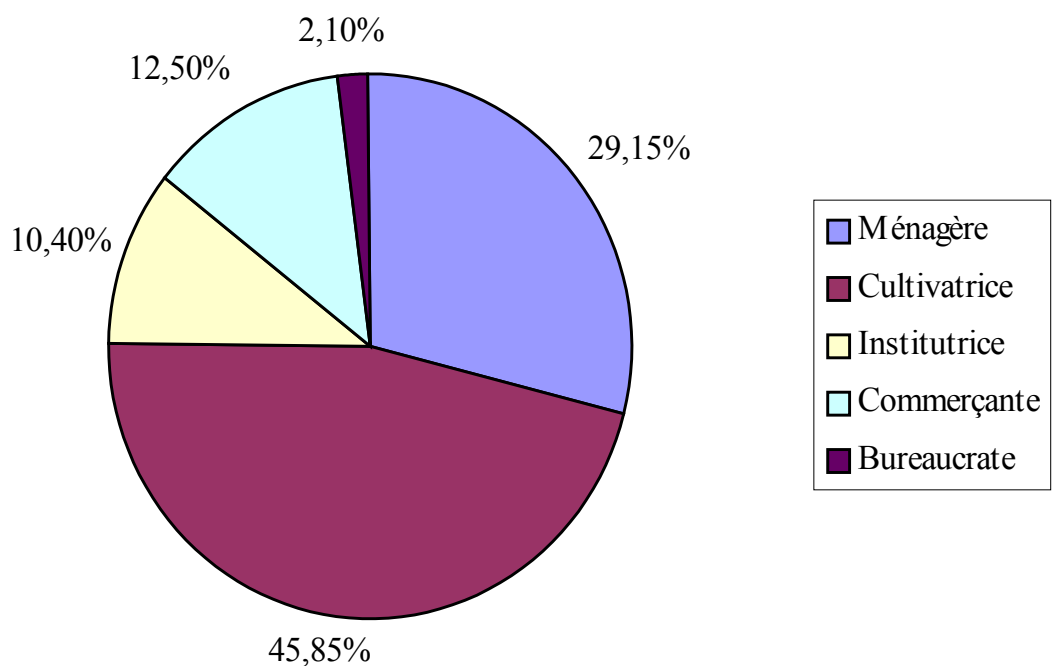
**Figure n°6** : Age des clientes

b- Profession

**Tableau n°4** : Répartition selon la catégorie professionnelle

| Profession   | Nombre | Pourcentage |
|--------------|--------|-------------|
| Ménagère     | 28     | 29,15       |
| Cultivatrice | 44     | 45,85       |
| Institutrice | 10     | 10,40       |
| Commerçante  | 12     | 12,50       |
| Bureaucrate  | 2      | 2,10        |
| Total        | 96     | 100%        |

Les cultivatrices sont les plus nombreuses, 45,85%. Les ménagères viennent en 2<sup>ème</sup> position avec 29,15% des utilisatrices.



**Figure n°7** : Profession des utilisatrices

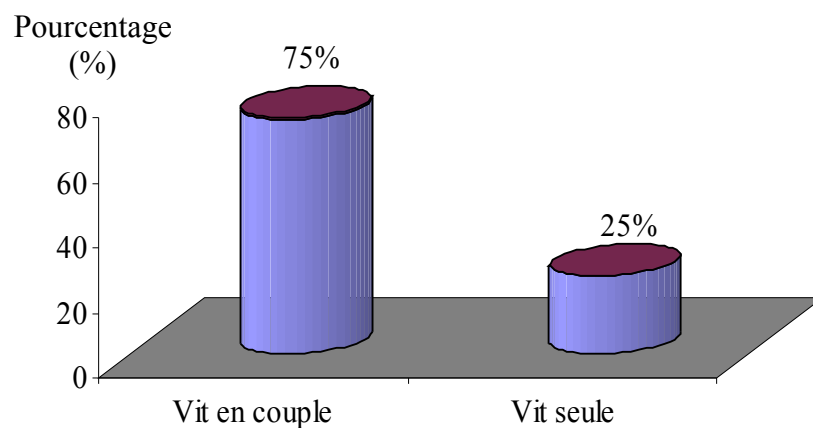


c- Etat matrimonial

**Tableau n°5** : Répartition selon l'état matrimonial

| Etat matrimonial | Effectif | Pourcentage |
|------------------|----------|-------------|
| Vit en couple    | 72       | 75          |
| Vit seule        | 24       | 25          |
| Total            | 96       | 100%        |

La grande majorité des clientes vivent en couple, soit 75% des cas.



**Figure n°8** : Etat matrimonial des clientes

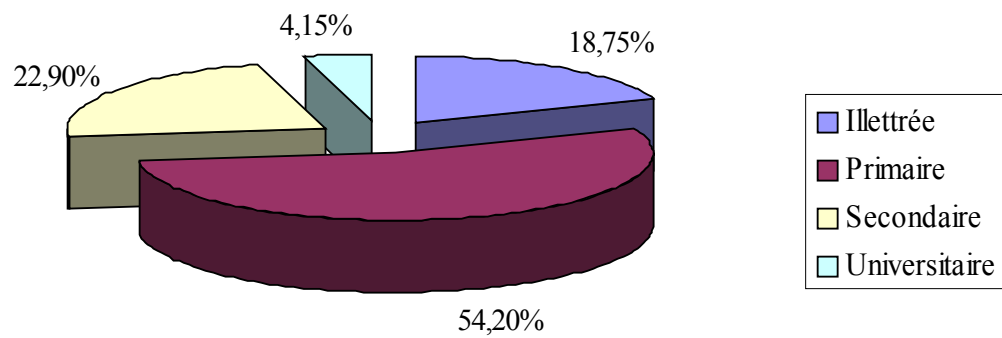
d- Niveau intellectuel

**d.1- Niveau d’instruction des utilisatrices**

**Tableau n°6** : Niveau d’instruction des utilisatrices

| Niveau d’instruction | Effectif | Pourcentage |
|----------------------|----------|-------------|
| Illettré             | 18       | 18,75       |
| Primaire             | 52       | 54,20       |
| Secondaire           | 22       | 22,90       |
| Universitaire        | 4        | 4,15        |
| Total                | 96       | 100%        |

Plus de la moitié des utilisatrices, 54,20% n’ont suivi que l’école primaire. 22,90% parmi elles ont fréquenté l’école secondaire.



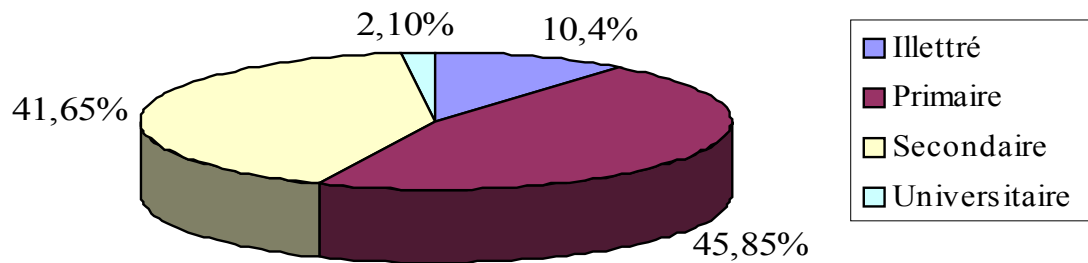
**Figure n°9** : Niveau d’instruction des utilisatrices

## d.2- Conjoint

**Tableau n°7** : Niveau d'instruction du conjoint

| Niveau d'instruction | Effectif | Pourcentage |
|----------------------|----------|-------------|
| Illettré             | 10       | 10,40       |
| Primaire             | 44       | 45,85       |
| Secondaire           | 40       | 41,65       |
| Universitaire        | 2        | 2,10        |
| Total                | 96       | 100%        |

45,85% des conjoints ont fréquenté l'école primaire et 41,65% ont suivi l'école secondaire.



**Figure n°10** : Niveau d'étude du conjoint

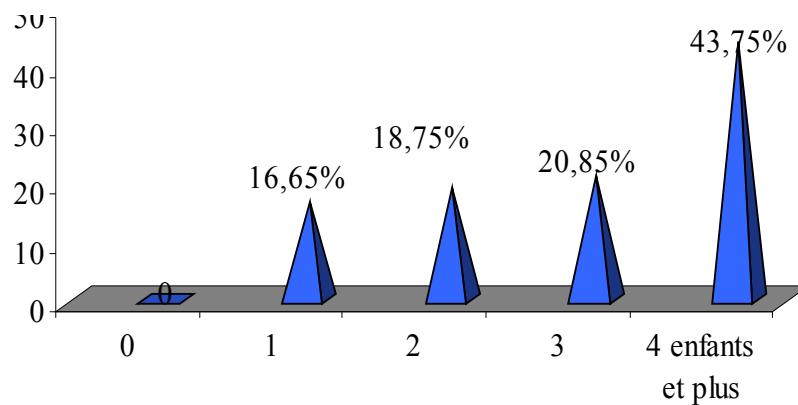
e- Nombre d'enfants vivants

**Tableau n°8** : Répartition des acceptantes selon le nombre d'enfants vivants

| Nombre d'enfants Vivants | Effectif des acceptantes | Pourcentage |
|--------------------------|--------------------------|-------------|
| 0                        | 0                        | 0           |
| 1                        | 16                       | 16,65       |
| 2                        | 18                       | 18,75       |
| 3                        | 20                       | 20,85       |
| 4 enfants et plus        | 42                       | 43,75       |
| Total                    | 96                       | 100%        |

43,75% des acceptantes ont 4 enfants vivants et plus.

Pourcentage (%)



**Figure n°11** : Nombre d'enfants vivants des clientes

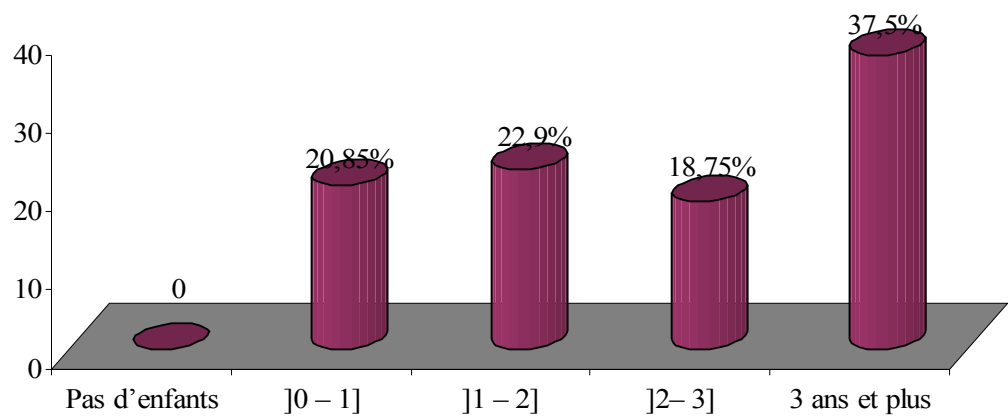
f- Age du dernier-né

**Tableau n°9** : Répartition des acceptantes selon l'âge du dernier-né

| Age du dernier-né | Effectif des acceptantes | Pourcentage |
|-------------------|--------------------------|-------------|
| Pas d'enfants     | 0                        | 0           |
| ]0 – 1]           | 20                       | 20,85       |
| ]1 – 2]           | 22                       | 22,90       |
| ]2– 3]            | 18                       | 18,75       |
| 3 ans et plus     | 36                       | 37,50       |
| Total             | 96                       | 100%        |

L'âge du dernier-né de 37,50% des acceptantes est de 3 ans et plus.

Pourcentage (%)



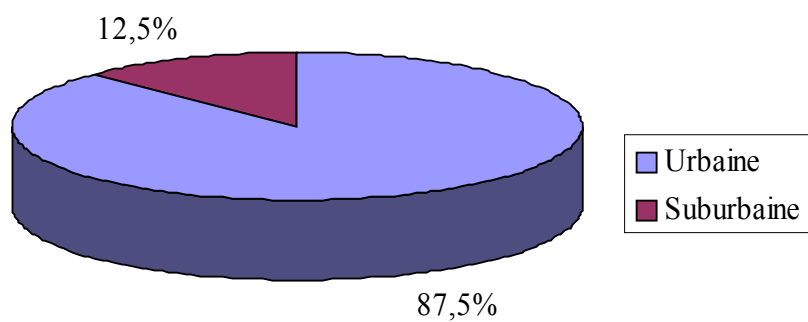
**Figure n°12** : Age du dernier-né des acceptantes

g- Résidence

**Tableau n°10** : Répartition des clientes selon la résidence

| Résidence  | Effectif | Pourcentage |
|------------|----------|-------------|
| Urbaine    | 84       | 87,50       |
| Suburbaine | 12       | 12,50       |
| Total      | 96       | 100%        |

La plupart des clientes vivent dans le milieu urbain (87,50%).



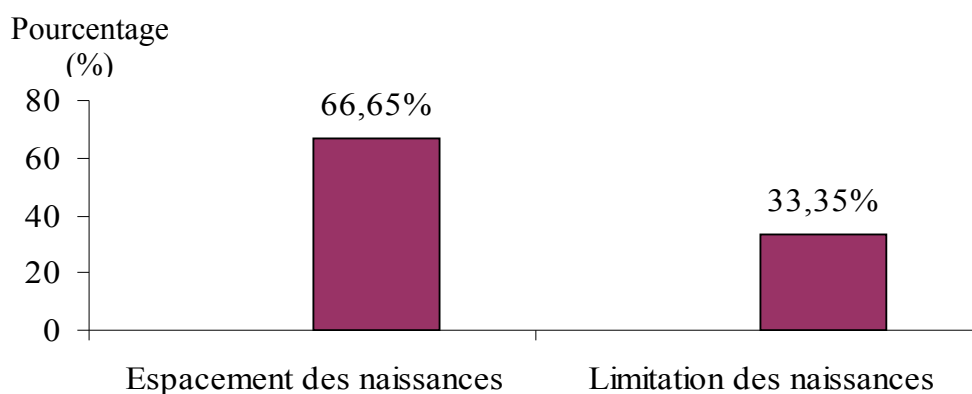
**Figure n°13** : Résidence des clientes

#### h- Motifs d'adhésion

**Tableau n°11** : Répartition selon les motifs d'adhésion

| Motifs d'adhésion         | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------|----------|-------------|
| Espacement des naissances | 64       | 66,65       |
| Limitation des naissances | 32       | 33,35       |
| Total                     | 96       | 100%        |

La majorité des utilisatrices, 66,65% sont motivées par l'espacement des naissances.



**Figure n°14** : Motifs d'adhésion des clientes

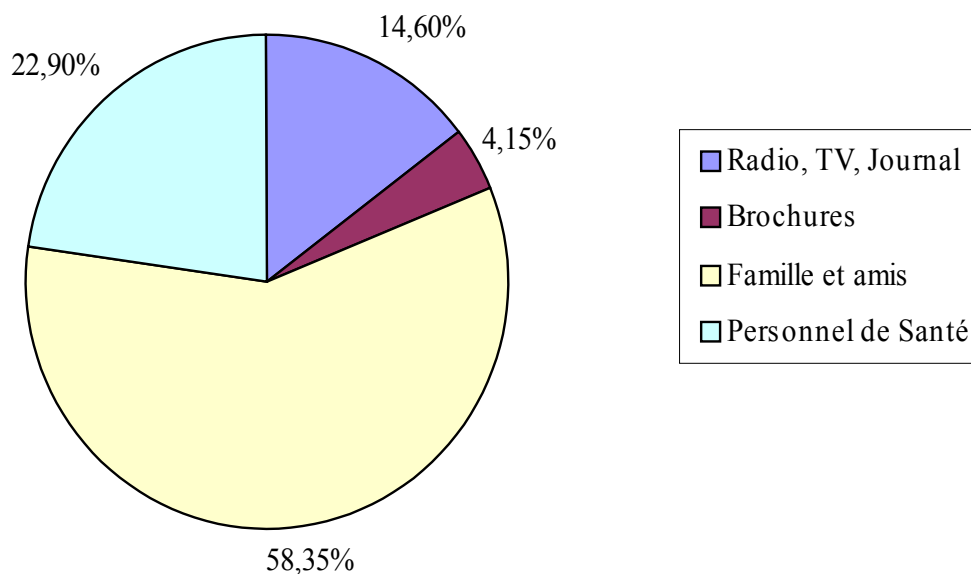
i- Sources d'informations

**Tableau n°12** : Répartition des clientes selon la source d'information

| Source d'information | Effectif | Pourcentage |
|----------------------|----------|-------------|
| Radio, TV, Journal   | 14       | 14,60       |
| Brochures            | 4        | 4,15        |
| Famille et amis      | 56       | 58,35       |
| Personnel de Santé   | 22       | 22,90       |
| Total                | 96       | 100%        |

La famille et les amis constituent la principale source d'information pour 58,35% des clientes.

**Figure n°15** : Source d'information des clientes





j- Suivi et contrôle

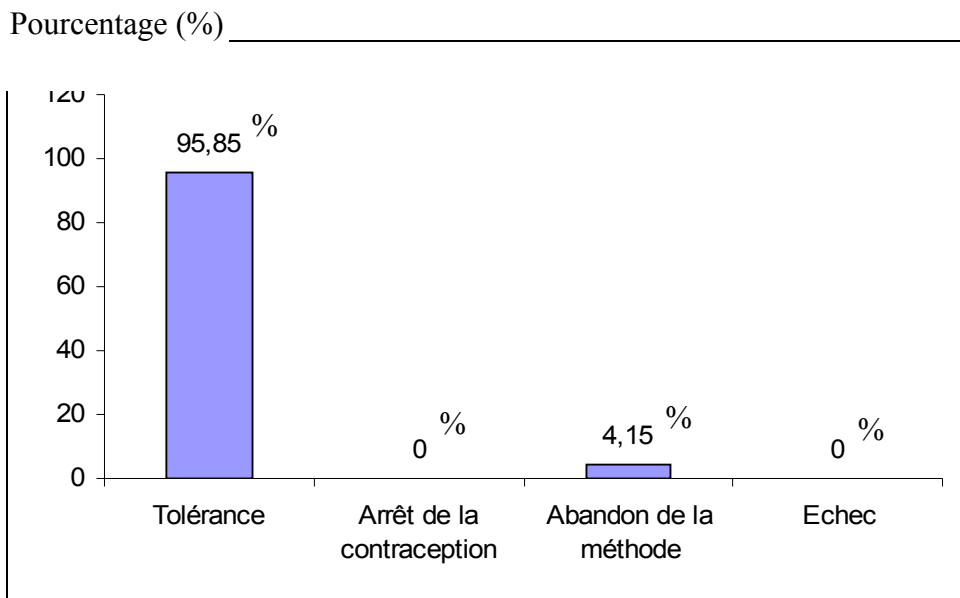
**Tableau n°13** : Répartition des clientes selon le suivi et contrôle

| Suivi et contrôle         | Effectif des acceptantes | Pourcentage |
|---------------------------|--------------------------|-------------|
| Tolérance                 | 92                       | 95,85       |
| Arrêt de la contraception | 0                        | 0           |
| Abandon de la méthode     | 4                        | 4,15        |
| Echec                     | 0                        | 0           |
| Total                     | 96                       | 100%        |

Abandon de la méthode = la cliente opte pour un changement de méthode

Arrêt de la contraception = la cliente décide de ne plus utiliser les méthodes contraceptives

La presque totalité des clientes ont bien toléré la contraception injectable, soit 95,85% des cas.



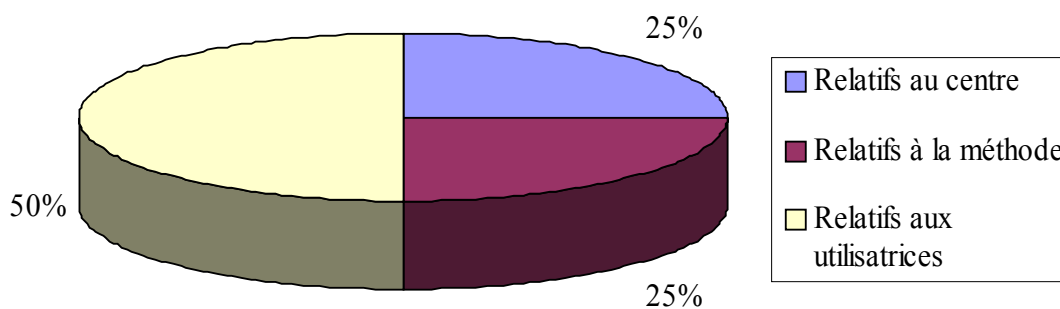
**Figure n°16** : Les clientes selon le suivi et contrôle

### k- Le changement de méthode

**Tableau n°14** : Répartition des acceptantes selon le changement des méthodes et les motifs

| Changement et motifs       | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------|----------|-------------|
| Relatifs au centre         | 1        | 25          |
| Relatifs à la méthode      | 1        | 25          |
| Relatifs aux utilisatrices | 2        | 50          |
| Total                      | 4        | 100%        |

Le motif de changement de méthode contraceptive vient des clientes pour la moitié d'entre elles.



**Figure n°17** : Changement de méthode et motifs

## **TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1- COMMENTAIRES**

Au terme de notre étude, ayant porté sur l'utilisation des contraceptifs injectables au centre de santé de base niveau II (CSB II) de Fénériver-Est durant l'année 2000, nous avons pu retenir les faits suivants :

#### 1.1- Fréquence

##### 1.1.1- Effectif étudié

L'effectif total des utilisatrices de méthodes contraceptives pendant l'année 2000 dans le CSB II de Fénériver-Est est de 172 dont 96 parmi elles ont opté pour les contraceptifs injectables, soit 55,80%.

Par rapport à la population cible du CSB II (2.116), le taux de couverture contraceptive dans le Centre est de 8,13%. Ce chiffre est largement inférieur à celui fixé dans les objectifs du service de Planification familiale (P.F) du CSB II de Fénériver-Est qui est d'atteindre un taux de couverture contraceptive égale à 50%.

Ceci peut s'expliquer par une sensibilisation encore insuffisante.

##### 1.1.2- Fréquence mensuelle

Le nombre de nouvelles utilisatrices varie d'un mois à l'autre tout au long de l'année.

On observe un nombre élevé de participants au mois de juillet alors qu'il y a baisse de fréquentation au mois d'Août. Ceci est dû peut-être à d'autres préoccupations d'ordre socio-économique.

##### 1.1.3- Place de la contraception injectable parmi les méthodes contraceptives

La contraception injectable tient la première place dans l'utilisation des moyens contraceptifs disponibles dans le CSBII de Fénériver-Est pour 55,80 % des utilisatrices. Ceci correspond à ce qui a été observé dans d'autres études faites dans différents centres de PF comme le CSBII d'Ampefy ou le Centre de santé maternelle et infantile d'Ambositra. (54) (55)

Cela peut s'expliquer par le fait que c'est une méthode à longue durée d'action, discrète, efficace et sans contrainte de prise quotidienne.

Ensuite, viennent en deuxième position les contraceptifs oraux. Cela correspondrait à la hantise des injections et à la volonté de prendre les comprimés aux moments où il le faut.

Les conceptrols et le DIU occupent la troisième place. Au cours d'entretien avec les utilisatrices et les prestataires de service, il s'agit là d'une méthode plus ou moins gênante.

## **1.2- Analyse épidémiologique**

### **1.2.1- Concernant l'âge**

Les femmes jeunes de 18-35 ans représentent 65,63% des utilisatrices de contraceptifs injectables. Elles s'y intéressent beaucoup plus car elles sont plus actives en matière de relation sexuelle, et elles ne veulent pas encore d'une grossesse initiale ou nouvelle.

Les femmes âgées de plus de 35 ans représentent 28,12% des utilisatrices du fait qu'elles ont sans doute le nombre d'enfants voulu.

Les femmes âgées de moins de 18 ans sont beaucoup moins motivées (6,25%), probablement du fait du manque d'information ou d'hésitation et surtout parce que dans l'opinion générale on se marie pour avoir des enfants.

### **1.2.2- Profession**

Les cultivatrices représentent le plus gros effectif avec 45,25% des utilisatrices. Cela est peut-être dû au fait que le Centre est situé dans une zone rurale et que donc cette catégorie de femmes est majoritaire dans la collectivité.

Les ménagères occupent la deuxième place avec 19,15% ,suivies ensuite par les commerçantes avec 12,50%,les institutrices 10,40% et les bureaucrates 2,10%.

### 1.2.3- Etat matrimonial

La majorité de la population de notre étude est constituée de femmes vivant en couple (75%). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'elles sont plus soucieuses du bien-être de la famille.

Mais le nombre des utilisatrices célibataires n'est pas négligeable. Elles représentent 23% des clientes.

### 1.2.4- Niveau intellectuel

#### a- Niveau d'instruction des utilisatrices

Les femmes qui ont fait des études primaires et secondaires représentent 77,10% des adhérentes, probablement parce qu'elles sont plus sensibles à l'information.

Mais on note un nombre non négligeable d'illettrées (18,75%) qui utilisent la méthode. Malgré leur manque d'instruction, ces femmes ont compris l'utilité de la planification familiale.

On observe aussi un taux faible d'universitaires (4,15%) dû sans doute à la faible représentativité de ce groupe au sein de la population cible.

#### b- Niveau d'instruction du conjoint

La majorité des utilisatrices de contraceptif injectable a des conjoints qui ont fréquenté l'école primaire et secondaire (87,50%). Cela est important car les conjoints instruits sont plus réceptifs aux messages de P.F et par conséquent laissent facilement et encouragent même leurs femmes à fréquenter les sites de P.F. 10% des utilisatrices ont des conjoints illettrés et 2% seulement ont des conjoints universitaires. Quoi qu'il en soit, la décision de la femme l'emporte toujours.

### 1.2.5- Nombre d'enfants vivants

La quasi totalité des clientes ont des enfants mais on note une forte participation de celles qui ont 4 enfants et plus (43,75%).

Ceci peut s'expliquer par le fait qu'elles sont soucieuses du bien être de la famille dont la taille mérite d'être réduite à partir d'un certain seuil.

L'absence de nullipares utilisatrices de la méthode est probablement due au fait qu'elles veulent au contraire faire des enfants, ou aux rumeurs erronées selon lesquelles les contraceptifs injectables rendent stériles. Cette dernière assertion n'est pas superflue même si on ne déclare pas ouvertement, et ceci est à rapprocher des « on dit » dans la province de Toliara à une certaine époque où certaines personnes croyaient que la vaccination du Programme Elargi de Vaccination (PEV) rendrait stérile.

#### 1.2.6- Age du dernier-né

43,75% des utilisatrices ont un dernier-né âgé de moins de 2 ans. Cela est dû au souci d'espacer les naissances pour préserver surtout la bonne santé familiale en général, et de celle des enfants en particulier.

Néanmoins, il y a un nombre non négligeable de clientes ayant un dernier né âgé de 3 ans et plus (37,50%). Ceci peut s'expliquer plutôt par la volonté de limiter ces naissances à un chiffre voulu par la femme ou par le couple.

#### 1.2.7- Résidence

La plupart des utilisatrices proviennent du milieu urbain (87,50%). Elles sont beaucoup plus informées en matière de Planification Familiale.

Cependant, l'éloignement du lieu de résidence pour les 12 femmes vivant en milieu suburbain ne constitue pas un obstacle pour s'inscrire au site de Planification familiale. Ceci peut s'expliquer par l'existence de paysannes (commerçantes notamment) dont les activités quotidiennes se passent en ville, ou tout simplement parce qu'elles ont ce souci et cette volonté d'accéder aux soins de santé.

#### 1.2.8- Motifs d'adhésion.

Les utilisatrices choisissent une méthode contraceptive pour deux raisons :

- l'espacement des naissances qui est l'échelonnement des grossesses en utilisant une méthode contraceptive donnée pour la promotion de la santé materno-infantile,

- la limitation des naissances qui est l'emploi de moyens contraceptifs sur une grande échelle incluant l'avortement et la législation en vue de limiter le taux de croissance de la population (56).

La majorité des utilisatrices est motivée par l'espacement des naissances (66,65%). Elles ont opté pour les contraceptifs injectables probablement pour leur réversibilité et pour leur réalisation pratique

Cependant, un bon nombre de clients (33,35%), ont choisi la contraception injectable pour limiter les naissances sans doute à cause du nombre déjà élevé d'enfants et par ce qu'elles croient que c'est plus efficace et/ou moins contraignant.

#### 1.2.9- Sources d'informations

Ce sont la famille et les amis qui représentent la source d'information la plus importante, pour convaincre les clientes (58,35%). Ceci peut s'expliquer par le fait que la Planification Familiale est un sujet très intime dont on parle entre proches et les conseils de ces derniers peuvent influencer le choix d'une méthode contraceptive.

Les 22,90% des utilisatrices ont été informées par le personnel de santé probablement lors des consultations pré et post-natales, les séances de vaccination et les séances d'éducation pour la santé.

Les médias (Radio, Télévision, journal) représentent 14,60% dans la motivation de femmes à utiliser les contraceptifs injectables.

Les brochures ne représentent que 4,15%.

#### 1.2.10- Suivi et contrôle

La grande majorité des clientes tolèrent bien les contraceptifs injectables avec 95,85% des cas.

On a constaté que 4,15% des utilisatrices ont abandonné la méthode. Ceci est peut-être en rapport avec le désir d'une nouvelle grossesse, l'oubli du prochain rendez-vous ou autres motifs.

Par ailleurs, on n'a noté ni échec ni arrêt de la contraception sans doute à cause de l'efficacité de la méthode.

#### 1.2.11- Changement de méthode

On a noté que deux femmes ont changé de méthode contraceptive injectable à cause peut être du non respect de nouveau rendez-vous :

Une femme a aussi changé de méthode pour des causes relatives à la méthode, probablement les effets secondaires des contraceptifs injectables.

Une autre femme a changé de méthode pour des motifs relatifs au Centre de Planification Familiale, sans doute une rupture de stock, car personne n'a signalé ni mauvais accueil ni mauvaise organisation du service.

## **2- SUGGESTIONS**

Pour atteindre l'objectif fixé, des efforts particuliers doivent être déployés.

### **2.1- Au niveau du Centre et de la communauté**

#### **2.1.1- Amélioration de la prestation de service.**

##### **a- Promotion du choix des méthodes** par la communication pour le changement de comportement (CCC)

- Importance de la CCC sur le choix du client.

En fournissant une information précise et adéquate de même qu'un conseil adapté, les programmes de planification familiale (PF) peuvent garantir que les individus et les couples choisissent une méthode contraceptive en connaissance de cause.

En encourageant des choix corrects, on a des chances d'augmenter la satisfaction de la cliente et de l'amener à un usage plus constant.

- Rôle du personnel dans la CCC .

L'échange réciproque entre la clientèle et le prestataire est l'un des aspects les plus essentiels du processus de CCC.

Il faut donc ;

- établir une communication ouverte interactive avec les clientes.



- répondre aux besoins des clientes, à leurs précautions et rectifier leurs erreurs.
- informer les clientes sur les méthodes disponibles en insistant sur les nombreux avantages des contraceptifs injectables.
- Aider à la sélection de la méthode si elle est appropriée.
- Fournir des renseignements sur la méthode

**b- Amélioration de la qualité de service.**

- Il faudrait recruter une sage-femme de plus dans le service de Planification Familiale du Centre de Santé de Base niveau II(CSBII) de Fénériver-Est pour alléger les tâches.
- Assurer l'accès au service de P.F tous les jours de la semaine
- Assurer des formations et des recyclages périodiques du personnel de P.F
- Améliorer la qualité de l'accueil en évitant l'attente prolongée des clients par l'établissement d'horaires pour les consultations et les suivis en matière de P.F
- Assurer l'approvisionnement correct des produits contraceptifs pour éviter la rupture de stock.

**2-1-2- Renforcement de la sensibilisation des populations cibles**

Il faut améliorer et intensifier la CCC. Celle-ci doit être au premier plan des efforts à déployer en matière de santé en général et de P.F en particulier .

Pour cela, il faut ;

- tenir compte des réalités socio-culturelles de la communauté,
- faire preuve d'un savoir faire lors des séances de causerie et de counseling,

- mettre en avant le caractère discret, efficace et réversible de la contraception injectable,
- Descendre sur le terrain assez souvent, auprès des groupes cibles primaires pour des visites à domicile pour une meilleure information,
- intensifier les séances de formation des adolescents en santé de la reproduction et élargir leurs accès à l'information sur la planification familiale et aux services y afférentes,
- leur expliquer les effets négatifs des grossesses précoces ainsi que la lourde conséquence de la grossesse non planifiée,
- impliquer les hommes dans la CCC en matière de PF pour qu'il n'aient pas de réticences à laisser leurs femmes fréquenter les sites de PF,
- encourager les parents à avoir une communication avec leurs enfants en matière d'éducation pour la vie familiale.

## 2-2-Au niveau national

2-2-1- Implication des décideurs et des bailleurs de fond dans les programmes de PF pour :

- assurer un financement suffisant,
- utiliser les médias,
- développer les matériels pédagogiques,

2-2-2- Mise en place et amélioration des ressources matérielles.

- augmenter le nombre de centres de P.F dans les zones rurales ou enclavées pour améliorer la couverture contraceptive,
- améliorer les infrastructures routières pour faciliter l'accessibilité géographique,

- encourager et soutenir les différents associations et organismes qui s'occupent des activités relatives à la P.F,
- favoriser et promouvoir la création de lieux de rencontre en dehors des structures sanitaires pour les échanges d'expérience et de connaissance sur la planification familiale,
- définir des stratégies de pérennisation de la planification familiale,
- inclure dans les programmes d'enseignement secondaire, l'éducation à la vie familiale comportant des informations sur la santé de la reproduction,
- Organiser une journée ou même une semaine de la planification familiale avec comme activités entre autres :
  - . des conférences – débats,
  - .des expositions,
  - .des tournois sportifs,
  - . des questions pour un champion spéciales

planification familiale,

- . conscientisation de la population par l'intermédiaire des spectacles (théâtre, cinéma fixe et mobile, concerts)
- .émissions radiotélévisées sur la planification familiale avec notamment des appels pour s'informer sur le sujet et une séquence spéciale pour les questions réponses avec remise de prix aux auditeurs qui auront trouvé les bonnes réponses.

- Il faudrait aussi créer une série télévisée traitant de la planification familiale.

## CONCLUSION

A l'aube du troisième millénaire, on parle beaucoup de mondialisation et de globalisation tant au niveau culturel qu'économique.

Pour éviter que nos pays en développement soient réduits à de simples consommateurs, des efforts particuliers doivent être déployés, notamment la politique de population et démographie en particulier ce qui concerne le programme Santé Reproductive (SR)/Planification Familiale (PF).

L'étude que nous avons effectuée pendant l'année 2000 auprès du Service de la planification familiale du Centre de Santé de Base niveau II (CSBII) de Fénérive-Est nous a permis de dégager les fait suivants :

- La contraception injectable est la méthode la plus utilisée par les femmes venues au centre avec un taux de 55,70%
- Les femmes âgées de 18 à 35 ans sont les plus nombreuses avec 65,63% des cas
- Dans 45,25% des cas, ces femmes sont des cultivatrices.
- La majorité d'entre elles vivent en couple avec 75% des cas.
- La plupart de ces femmes ont fréquenté l'école primaire (77,10%).
- Leurs conjoints ont dans leur majorité fréquenté les écoles primaire et secondaire (87,50%).
- Le nombre d'enfants vivants varie de 1 à 4 enfants et même plus avec un nombre élevé des femmes (43,75%) qui ont 4 enfants et plus.
- L'âge du dernier-né varie de 1 à 3 ans et 43,75%des utilisatrices ont un dernier-né âgé de moins de 2 ans.
- La presque totalité des utilisatrices proviennent du milieu urbain(87,50%).
- La majorité de ces femmes sont motivées par l'espacement des naissances(66,65%).
- La famille et les amis constituent la principale source d'information pour les clientes(58,35%)
- La grande majorité des utilisatrices tolère bien les contraceptifs injectables(95,85%).

- 4 femmes ont changé de méthode en cours d'utilisation.
- Aucun échec ni arrêt de la contraception injectable n'a été enregistré. Ce qui explique l'acceptabilité, l'innocuité et l'efficacité de la méthode.

Pour lever les obstacles à la pratique de la contraception injectable et de la planification familiale en général, nous avons émis les suggestions suivantes :

- Améliorer la prestation de service
- Renforcer la sensibilisation par la communication pour le changement de comportement
  - Impliquer davantage les décideurs et les bailleurs de fonds dans les programmes de planification familiale
  - Mettre en place et améliorer les ressources matérielles.

## **ANNEXE I :**

### **LES SEPT DROITS DU CLIENT**

#### **1- L'INFORMATION**

Etre informé des avantages de la contraception et de la disponibilité des services.

#### **2- L'ACCES**

Bénéficier des services sans distinction de sexe, de religion de race, d'état-civil ou de lieu de résidence.

#### **3- LE CHOIX**

Décider librement de la pratique et du choix de la méthode.

#### **4- LA SECURITE**

Etre assuré de l'efficacité et de l'innocuité des méthodes offertes.

#### **5- L'INTIMITE ET LA CONFIDENTIALITE**

Avoir une consultation dans un lieu privé et avoir la garantie du secret professionnel

#### **6- LA DIGNITE, L'OPINION ET LE CONFORT**

Etre écouté et traité avec respect, bénéficier des conditions d'accueil et de services convenables, exprimer librement son opinion sur les services dispensés.

#### **7- LA CONTINUITÉ**

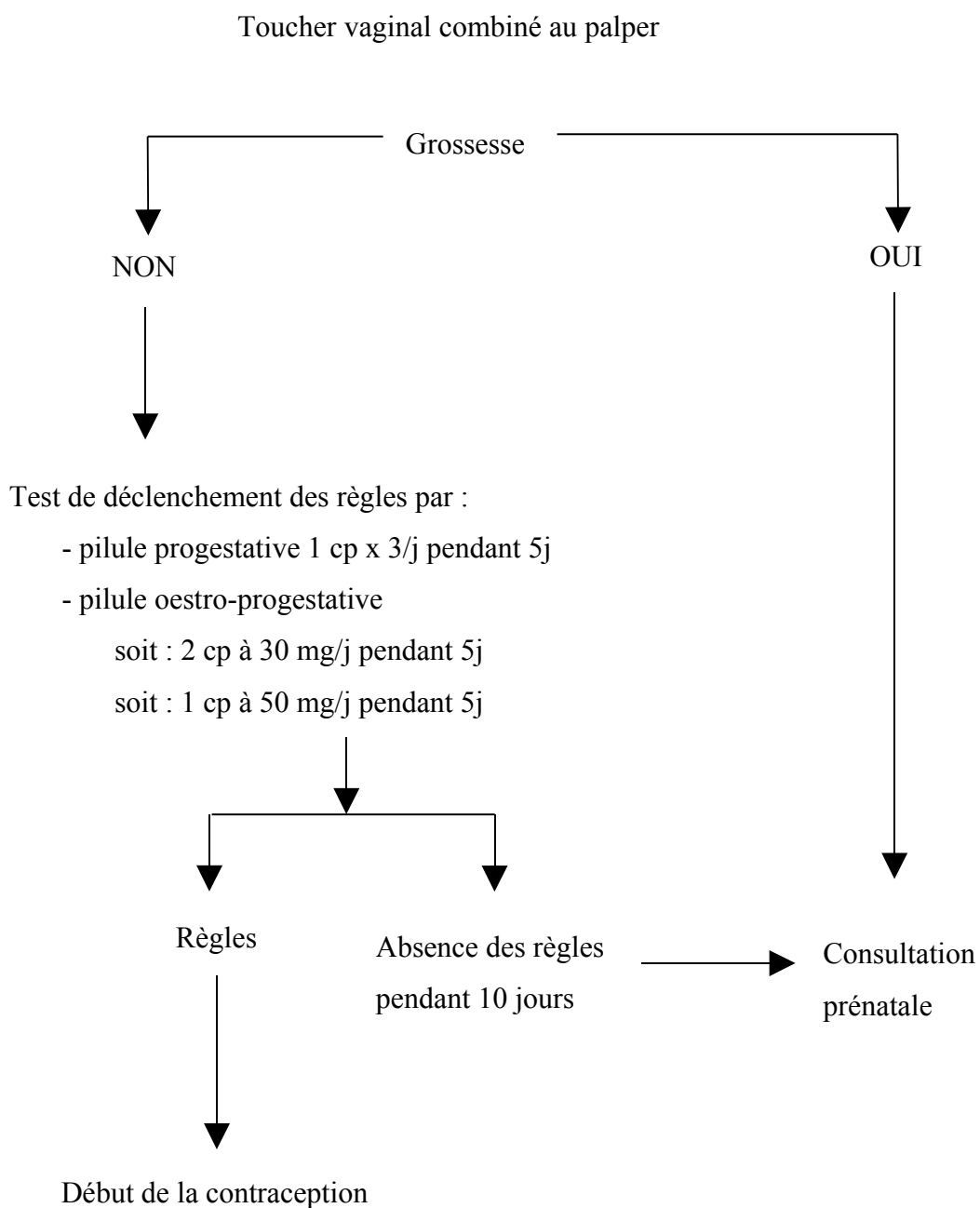
Bénéficier des services et des contraceptifs aussi longtemps que nécessaire.

## ANNEXE II :

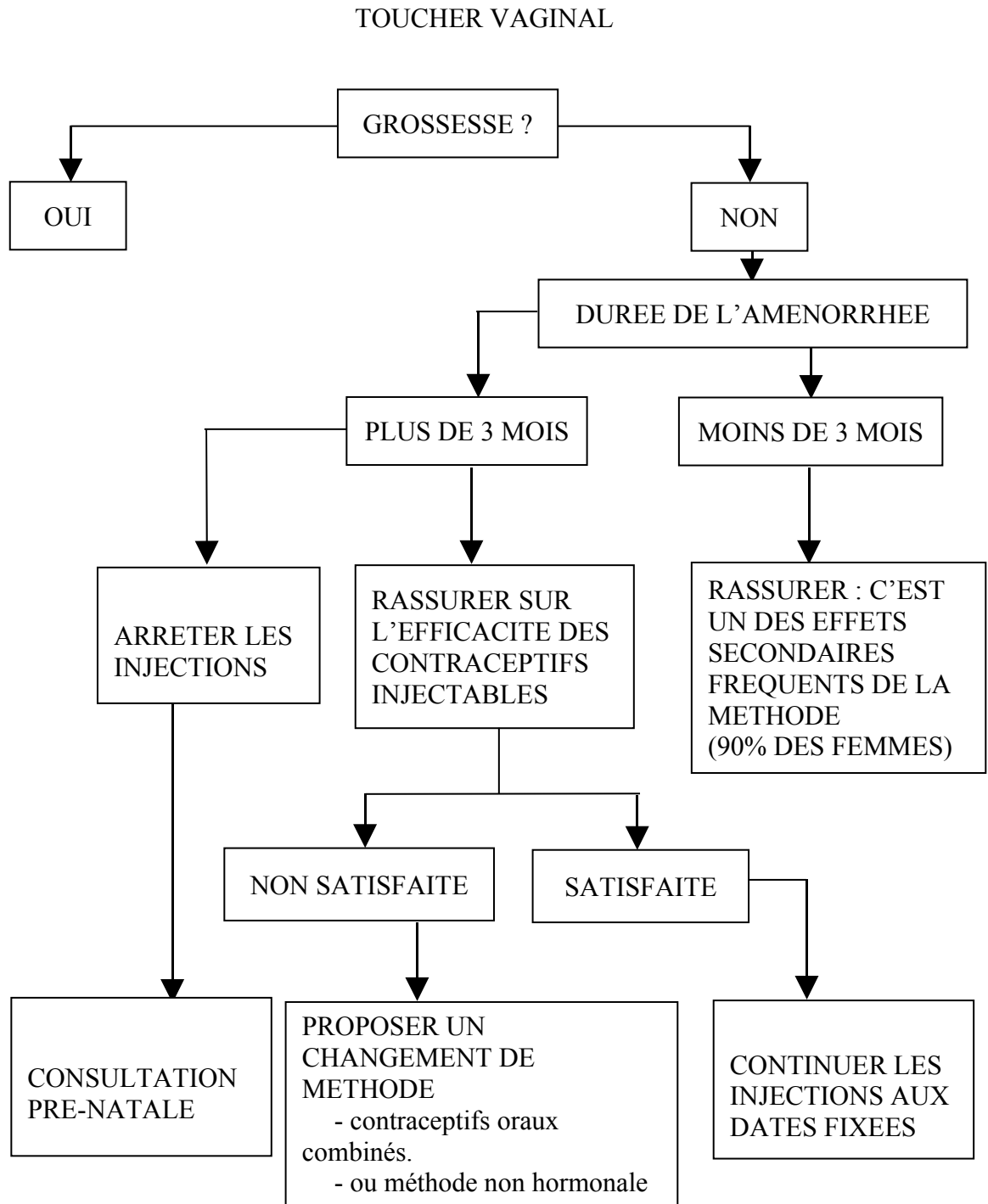
### ARBRES DE DECISION

Les arbres de décision suivants indiquent les différentes précautions à suivre en cas d'incident lors de la pratique de la contraception.

#### RETARD DES REGLES ET DESIR DE CONTRACEPTION

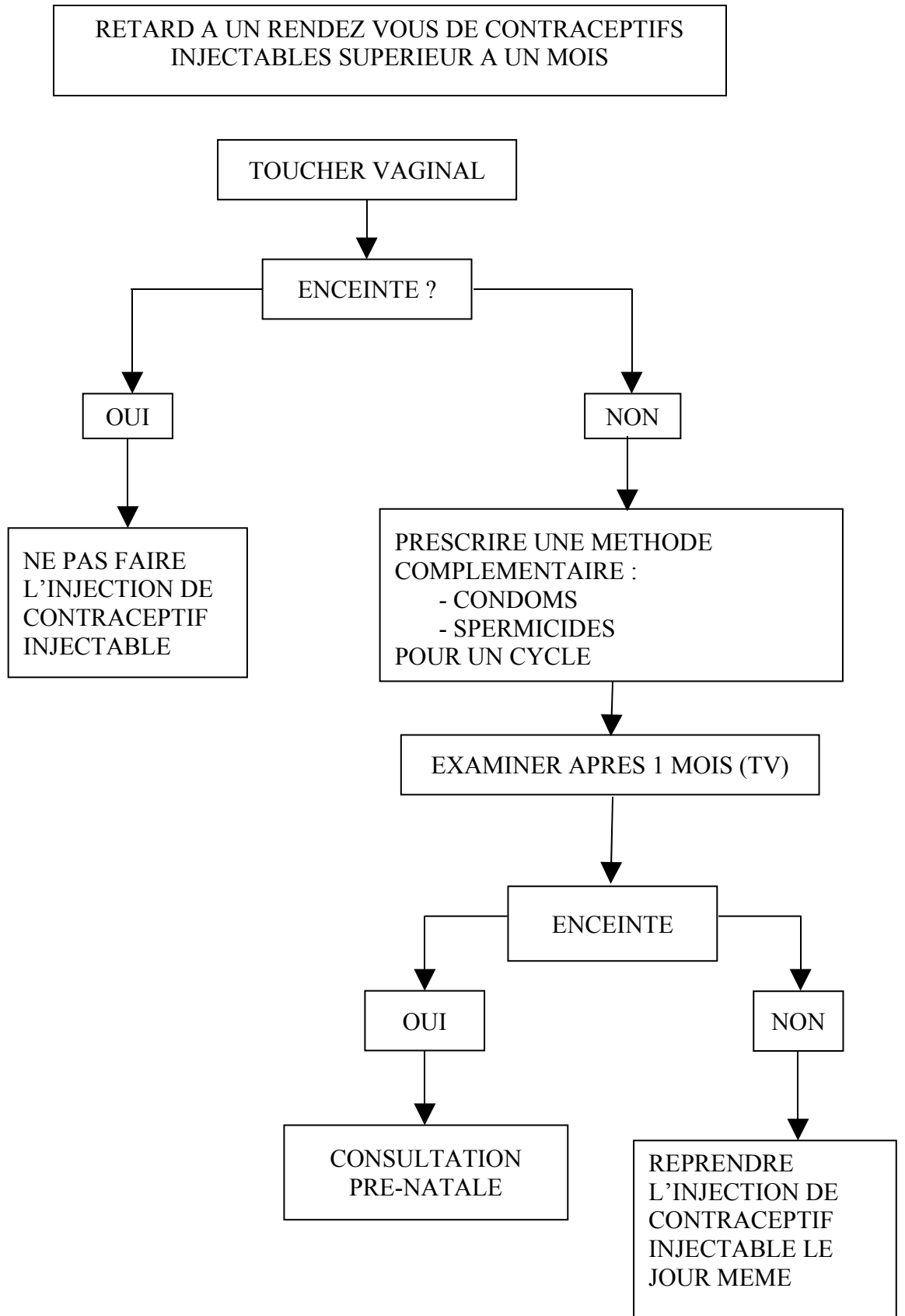


AMENORRHEE SOUS CONTRACEPTIFS INJECTABLES





ANNEXE II (Suite)



**ANNEXE III :  
Les différentes méthodes contraceptives**

|  | <b>Mode d'action</b>  | <b>Mode d'emploi et durée d'action</b>  | <b>Inconvénients</b>  |
|--|---|---|---|
| D.I.U<br>Dispositif<br>intra-utérin            | - entrave la mobilité du spermatozoïde<br>- empêche la fécondité<br>- modifie le transport des ovules<br>- action inflammatoire | - 5 <sup>ème</sup> jour des règles (10 à 12 ans)<br>- 7 <sup>ème</sup> jour du post-abortum<br>- 6 <sup>ème</sup> semaines du post-partum<br>- RV après 6 semaines tous les ans, 7 j après l'introduction | - pose parfois douloureuse<br>- ne protège pas contre MST/SIDA<br>- nécessite un personnel formé pour pose<br>- complication  |
| Méthodes<br>barrières                          | - tue les spermatozoïdes<br>- empêche l'introduction des spermatozoïdes dans le vagin   | CONCEPTROL :-10 mn avant le rapport sexuel<br>- toilette intime 6h après rapport<br>CONDOM :<br>- pose en érection<br>-Retrait juste après éjaculation  | - cas de déchirure du condom<br>- pas de toilettes après rapport sexuel   |
| C.O.C<br>Contraception<br>oro-combiné          | - inhibition de l'ovulation<br>- amincissement de l'endomètre<br>- épaissement de glaire cervicale                              | - 1 <sup>er</sup> jour des règles<br>- 1 cp/j à la même heure<br>- 1 plaquette par mois   | - Prise régulière, tous les jours<br>- Risque d'oubli<br>- Ne protège pas contre MST/SIDA<br>- effet secondaire   |
| C.I<br>Contraception<br>injectable             | - amincissement de l'endomètre<br>- épaissement de glaire cervicale   | - 1 <sup>er</sup> jour des règle<br>injection tous les 2 mois ou 3 mois<br>DMPA (dépo) NET-EN<br>(Norestrat)  | - Aménorrhée<br>- Prise de poids<br>- Métrorragies<br>Ne protège pas contre MST/SIDA  |
| PFN<br>Planification<br>familiale<br>naturelle |   |   | - demande d'une surveillance  |
| Méthode<br>d'urgence                           |   |   |   |
| Norplant                                       | - inhibition de l'ovulation<br>- amincissement de l'endomètre<br>- épaissement de glaire cervicale                              | - 5 premiers jours de règles (5 ans)<br>- 6 semaines après l'accouchement<br>- après retour des couches<br>6 tiges ... S/C du bras gauche<br>S/AL bras<br>RV : 1 semaine-1 mois-<br>3 mois- 6 mois- 1 an  | - chirurgie minime<br>- troubles des règles<br>- Ne protège pas contre MST/SIDA<br>- pose et retrait nécessitant un personnel formé                                       |
| PP pilules<br>progestatif                      | - amincissement de l'endomètre<br>- épaissement de la glaire cervicale  | - 1 <sup>er</sup> jour des règle<br>- 1 cp/j à la même heure<br>efficacité vue le 7 <sup>e</sup> jour de la prise<br>- 1 plaquette par mois   | - Risque d'oubli<br>- Irrégularité du cycle<br>- Ne supprime pas l'ovulation<br>- N'empêche pas le développement du kyste de l'ovaire<br>- Ne protège pas contre MST/SIDA |
| Examen à<br>chaque<br>consultation             | - poids<br>- TA<br>- conjonctives DIU   | - TV<br>- examen au spéculum<br>- seins (nodules)   | - Faire revenir la cliente en cas de signe d'alerte   |

|  |   |            |  |
|--|---|------------|--|
| CCV<br>Contraception<br>chirurgicale<br>volontaire | LST : empêche la rencontre<br>des spermatozoïdes et au<br>niveau de la trompe :<br>VASECTOMIE | définitive | - Vasectomie<br>- Hématome<br>- Stress<br>- Chirurgie minime<br>- Pas de rapport sexuel pendant<br>3 mois après intervention |
|--|---|------------|--|

Remarques : LST= Ligature Segmentaire des Trompes, S/AL = Sous anesthésie locale

### ANNEXE III (Suite)

|  | Avantages  | indication   | Contre indication   |
|--|--|--|---|
| D.I.U<br>Dispositif<br>intra-utérin            | - ne gêne pas le rapport<br>sexuel<br>- pas d'effet hormonal<br>- rythme de suivi espacé   | - Limitation des naissances<br>- Femmes allaitent<br>- Femme ne tolérant pas les<br>méthodes hormonales                            | - Grossesse<br>- Multipare<br>- Infection génitale<br>- Allergie au calcium<br>- Antécédent de GEU<br>- Partenaires multiples<br>- dysménorrhée |
| Méthodes<br>barrières                          | - protège contre MST/SIDA<br>- pas d'effet hormonal<br>- moins cher<br>- facile à utiliser   | - Méthode d'appoint<br>- Couple à risque élevé d'être<br>exposé aux MST/SIDA<br>- Femme ne tolérant pas les<br>méthodes hormonales | - Allergie au latex<br>- Allergie au spermicide (rare)  |
| C.O.C<br>Contraception<br>oro-combiné          | - diminue les problèmes de<br>kystes<br>- effets contraceptifs<br>immédiats<br>- moins cher<br>- n'interfère pas le rapport<br>sexuel                                  | - règles abondantes irréguliers<br>- 7 jours suivant le post-partum<br>- Antécédent de GEU<br>- Kystes de l'ovaire                 | - Grossesse<br>- HTA 15/10<br>- Varices<br>- Tabagismes<br>- Allaitement de bébés moins de<br>6 mois<br>- Diabète, cancer, ictère               |
| C.I<br>Contraception<br>injectable             | - très efficace<br>- longue durée<br>- n'altère pas le lait<br>maternelle<br>- n'interfère pas le rapport<br>sexuel  | - Femme ne tolère pas le COC<br>- Femme allaitant moins de 6 mois  | - Adolescente moins de 18 ans<br>- Métrorragie<br>- Ictère<br>- Cancer<br>- Varice<br>- Grossesse   |
| PFN<br>Planification<br>familiale<br>naturelle | - pas d'effet secondaire<br>- gratuit<br>- accepté par nombreuses<br>religions   | - Femme ne tolérant pas les<br>méthodes hormonales<br>- Cycle régulier   |   |
| Méthode<br>d'urgence                           |  | - Absence de contraception<br>- Viol<br>- Déchirure de condom  |   |
| Norplant                                       | - longue durée<br>- réversible<br>- très efficace<br>- retour rapide à la<br>fécondité<br>- n'interfère pas le rapport<br>sexuel<br>- n'altère pas le lait<br>maternel | - Femme qui ne tolère pas le COC<br>- Femme hésitant à la CCV<br>- Femme voulant une<br>contraception de longue durée              | - Métrorragie d'origine inconnue<br>- Ictère<br>- Cancer<br>- Varice<br>- Grossesse<br>- Anémie sévère, diabète                                 |
| PP pilules<br>progestatif                      | - Retour rapide à la<br>fécondité<br>- Atténue la dysménorrhée<br>- Ne diminue pas<br>l'allaitement<br>maternel  | - Femme qui ne tolère pas le COC<br>- Femme hésitant à la CCV<br>- Femme allaitant moins de 6 mois                                 | - Grossesse<br>- HTA 15/10<br>- Varices<br>- Tabagismes<br>- Allaitement de bébés moins de<br>6 mois  |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  |   | - Diabète, cancer, ictère                                  |
| Examen à chaque consultation                 | - Faire revenir la cliente en cas signe d'alerte |   |  |
| CCV<br>Contraception chirurgicale volontaire | - Contraception définitive                       | - accord des époux<br>- Limitation des naissances > 28 ans et le nombre d'enfants | - Grossesse<br>- Multipare<br>- Adolescent<br>- Varicocèle |



## BIBLIOGRAPHIE ET WEBILOGRAPHIE

1. USAID. Planning Familial. Méthode et pratique pour l'Afrique. Washington, 1984 : 1-3.
2. Déborah M. Le Planning Familial, son effet sur la santé de la femme et de l'enfant. Columbia, 1981 : 5.
3. OMS. Maternité sans risque. Information sur les activités dans le monde, 1996 : 21.
4. FNUAP. Réduire la mortalité maternelle, Déclaration commune OMS/ FNUAP/ UNICEF/ Banque mondiale, 1999 : 2-5.
5. Nivoarisoa R, Jean R.R. Unité de population et de développement. facteurs démographiques et transmission de la pauvreté, 1996 : 38.
6. Rajoelisoa F. Profil des utilisatrices des méthodes réversibles en planification familiale dans la ville d'Antsirabe. Thèse méd Antananarivo, 1992 ; n°2871 : 1-2.
7. Legrain G, Delvoye P, Ranjalahy R. J. La santé de la reproduction. Pratique et opérationnelle, 2001 : 13,100.
8. Objectif et Méthodologie. Recherche qualitative, IEC/PF, résumé exécutif de 6 régions FNUAP Antananarivo, 1996 : 2.
9. Ravoniarisoa L. Education de femmes rurales. Un pas vers l'élimination de la pauvreté. Fédération des femmes rurales à Madagascar [Fvtm@dtsmg](mailto:Fvtm@dtsmg) : 2.
10. Robert HG, Palmer R, Bourgy C , Heyler, Cohen J. Précis de gynécologie. 1979 : 29-48.
11. Domars A, Bourneuf J. Nouveau Larousse médicale. 1992 : 730, 1074, 1045.
12. Serge Kernbaum, Jean Pierre Grünfeld. Dictionnaire de médecine. Flammarion, 6<sup>e</sup> édition, 1998 : 894.
13. Rouvière H. Delmas A. Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle. Tronc Paris : Masson, 13<sup>e</sup> édition, 1992 : 2, 306, 597.
14. Kamina P. Anatomie clinique de l'appareil génital féminin. Encycl Méd Chir Gynéco, 1993 : 10 , 14-18
15. Gérard J, Tortora, Nicholas P, Anagrostakos. Principes d'anatomie et de physiologie. Ed.Firson, Roch, 1981 : 762-769.
16. Paulet C. Régulation des naissances. Institut de Formation de recherches démographiques. Yaoundé, 1984 : 21.



17. Rotsart de Hertaing I, Courtejoie J. Maternité et santé. 1988 : 13-14
18. [http : // www.ac.amiens. Fr/academie/svt/info/logici.../cylhoo.ht](http://www.ac.amiens.fr/academie/svt/info/logici.../cylhoo.ht).
19. Mer et Col. INC. Manuel Merck de Diagnostic et thérapeutique. Editions SIDEM, Firson, Roche, 1<sup>ère</sup> édition, 1988 : 1789-1842.
20. Bellings E. Westmore A. Le contrôle de la fécondité sans recours aux produits chimiques ou aux dispositifs mécaniques. La méthode de Bellings. Paris : Editions Média Paul, 2<sup>ème</sup> édition, 1991: 15-18.
21. Petit Larousse de médecine, 1992 : 272.
22. OMS. Injectables contraceptifs. What health workers need to work. Family Planning and population reproductive health. Genève, 1997 :20.
23. Bueken P. Les méthodes anticonceptionnelles. Clinique de la planification familiale. Wollast, 1994 : 250-264.
24. Ramakavelo M.P. et Col. A propos de la PF a Madagascar. Ministère de la santé, 1983 : 2.
25. INSTAT. Enquête démographique et de la santé. 1997 : 5-47.
26. Malinas Y. La contraception. Paris : Ellipses, 1998 : 21, 25, 76, 83.
27. Meyer L. Planification Familiale. Objectifs, moyens, réglementations et structures. La revue du praticien, 1991 : 1615-1617.
28. FNUAP. Family Planning. Saving children, improving lives. Fond des Nations Unis pour l'enfance. New York, 1992 : 15-18.
29. OMS. La Planification Familiale, un gage de santé. 1995 : 3-14.
30. IPPF. Investir dans la jeunesse. Revue sur la population et le développement, 1985 : 2.
31. The breastfeeding information group. Breastfeed your baby, 1982 : 21.
32. OMS. "Les méthodes naturelles de planification familiale. Guide pour la prestation de services", 1983 : 1-18.
33. Pascal. Médecine et hygiène. La contraception hormonale. 1998 ; 56 : 833-838.
34. Contraception. Liens/links/cours pour les étudiants de médecine/Mat web : 1-15.
35. OMS. Contraception mécanique et spermicide. Leur rôle en planification familiale. Genève, 1997 : 1-3.





36. Reinprayon (D), MO, MPH . Intra-uterine contraception current opinion. *Obstetric and gynecology*, 1992 : 527-530.
37. OMS . La vasectomie. Guide à l'intention du technicien et du gestionnaire. Genève, 1987 : 1.
38. OMS. Contraception d'urgence. Guide pour la prestation de service. Santé de la famille et de la santé reproductive, 1997 : 33.
39. Carlos M, Huezo, Briggs C. Directives médicales et de prestation de service pour la Planification Familiale. Fédération internationale pour la Planification Familiale, 1993 : 77-93.
40. OMS. Bulletin de l'OMS. Quelques faits concernant les contraceptifs injectables. 1982 : 537.
41. Pascal. *International journal of fertility and women's medicine*, New aspects of injectable contraception , 2001 ; 46 : 31-36.
42. Marie C, Rosanna B. Le Depo-provera approuvé comme contraceptif au Canada. La contraception en injection : mieux vaut opter pour la prudence. 1992 : 1-16.
43. Phan Bick Sono *International family perspectives. measuring family program. Effort at the provincial earl. A Vietnam application*, 1999: 1,4-9.
44. Svare E.I. Determinants for contraceptive use in youngs, Dawsh women from the general population, 1997: 287-294.
45. Phillips Owen P. New aspects of injectable contraception. *International journal of fertility and women's medicine USA DA*, 2001 ; 46 : 31-36.
46. OMS. Les contraceptifs injectables. Leur rôle en planification familiale, 1990 : 2, 9, 14.
47. Stewart J.F. *International family planning perspectives family program structure and performance in west Africa*, 1999 : 22-29.
48. Metriko. Twenty yers of epidemiology in fertility regulation. 1996 : 577-587.
49. Adjahato EO. Contraception et avortement provoqué en milieu africain. *Médecine d'Afrique noire*, 1999 : 416-419.
50. URL. [http://www. Fni.org](http://www.Fni.org) web master. Family Health International. Fall sur les contraceptives injectables combines. 2000.
51. Center for communication programs, the John HopKins University of Public health. Contraceptives injectables progestatifs, série J, 2000 : 44



52. AVSC International. [Info@avsc.org](mailto:Info@avsc.org). Contraceptifs injectables (Dépo-provera ou AMPR : Noristerat ou NET-ET) : réponses à vos questions, 2000 : 297.
53. GINE WEB. Gynécologie endocrinienne du Praticien. La contraception hormonale.
54. Randrianampy H.V : Utilisation du contraceptif injectable au Centre de Santé de Base niveau II d'Ampefy durant l'année 2000. Thèse Méd Antananarivo, 2002 ; n° 6088 : 51.
55. Rahanta H.B : Acceptabilité de l'utilisation de méthodes contraceptives au CSMI d'Ambositra année 1998. Thèse Méd Antananarivo, 2001 ; n°5733 : 58.
56. Ratianavololona H : Evolution des différentes méthodes, contraceptives utilisées dans le secteur médical. Dispensaire Urbain d'Anosipatrana du mois d'Octobre 1992 au mois de décembre 1994. Thèse Méd Antananarivo, 1996 ; n° 4090 : 11, 21.