

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau I : Conversion pour le calcul de l'indice CAP.....	34
Tableau II : Répartition des utilisatrices selon l'âge	35
Tableau III : Répartition des méthodes selon l'âge des clientes.....	36
Tableau IV : Répartition des utilisatrices selon les méthodes utilisées.....	37
Tableau V : Répartition des méthodes selon le niveau d'instruction des utilisatrices	38
Tableau VI : Répartition des méthodes utilisées selon le niveau d'instruction des Utilisatrices	39
Tableau VII : Répartition des utilisatrices selon la date de début de la contraception.....	40
Tableau VIII: Répartition des méthodes selon la date de début de la contraception par Trimestre	41
Tableau IX : Répartition des utilisatrices selon la source d'information	42
Tableau X : Répartition des utilisatrices selon la situation matrimoniale.....	43
Tableau XI : Répartition des méthodes selon la situation matrimoniale.....	43
Tableau XII : Répartition des utilisatrices selon le motif d'adhésion	44
Tableau XIII : Répartition des méthodes selon le motif d'adhésion à la PF	44
Tableau XIV : Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants	45
Tableau XV : Répartition des méthodes selon le nombre d'enfants vivants	46
Tableau XVI : Répartition des utilisatrices selon le suivi et contrôle	47
Tableau XVII : Répartition des méthodes selon le suivi et contrôle	48
Tableau XVIII : Répartition des utilisatrices selon le changement des méthodes	49

LISTE DES SCHEMAS

	Pages
Schéma 01 : Organes pelviens : coupe sagittale	5
Schéma 02 : Organes génitaux masculins : coupe sagittale	5

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 01 : Fréquence des utilisatrices selon l'âge	35
Figure 02 : Fréquence des méthodes selon l'âge des utilisatrices	36
Figure 03 : Fréquence des utilisatrices selon la méthode	37
Figure 04 : Fréquence des utilisatrices selon le niveau d'instruction.....	38
Figure 05 : Fréquence des méthodes utilisées selon le niveau d'instruction des utilisatrices	39
Figure 06 : Fréquence des utilisatrices selon la date de début de la contraception	40
Figure 07 : Fréquence des méthodes utilisées selon la date de début de la contraception des utilisatrices	41
Figure 08 : Fréquence des utilisatrices selon la source d'information	42
Figure 09 : Motifs d'adhésion à la Planification familiale	44
Figure 10 : Fréquence des utilisatrices selon le motif d'adhésion à la Planification Familiale	44
Figure 11 : Fréquence des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants	45
Figure 12 : Fréquence des méthodes selon le nombre d'enfants vivants	46
Figure 13 : Fréquence des utilisatrices selon le suivi et contrôle	47
Figure 14 : Fréquence des méthodes selon le suivi et contrôle	48

%	:	Pourcentage
CSB	:	Centre de Santé de Base
PF	:	Planification Familiale
CO	:	Contraceptif Oral
COC	:	Contraceptif Oral Combiné
CI	:	Contraceptif Injectable
CCV	:	Contraception Chirurgicale Volontaire
CCC	:	Communication pour le Changement de Comportement
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
FSH	:	Follicule Stimulating Hormone
LH	:	Luteinizing Hormone
IEC	:	Information – Education –Communication
DMPA	:	Acetate de Medroxyprogesterone Dépôt
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
DIU	:	Dispositif Intra Utérin
LST	:	Ligature Section des Trompes
MAMA	:	Méthode d’Allaitement Maternel et Aménorrhée
CAP	:	Couple – Année de Protection

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	2
I.1. RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES	2
I.1.1. LE SYSTEME REPRODUCTIF DE LA FEMME	2
I.1.2. LE SYSTEME REPRODUCTIF DE L'HOMME	2
I.2. LE CYCLE MENSTRUEL	3
I.3. GENERALITES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE	6
I.3.1. QUELQUES DEFINITION	6
I.3.2. OBJECTIFS DE LA PLANNIFICATION FAMILIALE	6
I.3.3. BIENFAITS DE LA PLANNIFICATION FAMILIALE	7
I.3.4. LES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES	8
DEUXIEME PARTIE : ETUDE PROPREMENT DITE	21
II.1. OBJECTIFS DE L'ETUDE	21
II.2. CADRE DE L'ETUDE	21
II.3. METHODOLOGIE	30
II.3.1. METHODE	30
II.3.2. MATERIELS D'ETUDE	30
II.4. RESULTATS	32
II.4.1. FREQUENCE	32
II.4.2. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES	34
TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS	50
III.1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	50
III.1.1. FREQUENCE	50
III.1.2. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES	51
III.2. Suggestions	54
CONCLUSION	68
ANNEXES	
BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

“ La santé reproductive se définit comme étant le bien- être général et dynamique tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ” (1). Cela suppose que les couples sont en mesure d'avoir une vie sexuelle satisfaisante dépourvue de danger et qu'ils ont à la fois les moyens de procréer et la liberté de décider, quand et avec quelle fréquence ils le font. Cette dernière condition sous entend le droit des hommes et des femmes d'être informés et d'avoir accès à des méthodes de planification familiale de leur choix. La planification familiale, une des composantes de la santé reproductive est considérée désormais comme un droit de la personne, un élément essentiel de la dignité humaine et les décisions portant sur la santé reproductive et la pratique de la contraception comptent parmi les plus importantes qu'on puisse prendre quand on est en âge de procréer.

Actuellement, les Centres de santé font des meilleurs travaux afin de rendre disponibles et accessibles les informations sur la planification familiale et les méthodes contraceptives à la communauté environnante du centre en vue de la motiver à l'utilisation des contraceptifs.

Notre propos est ici de rapporter une étude rétrospective des utilisatrices des méthodes contraceptives au Centre de Santé de Base II Ambohimangakely au cours de l'année 2003. Ceci nous semble nécessaire parce que malgré les facteurs socio-économiques, moraux, religieux qui contribuent à l'adoption de la planification familiale; les rumeurs et les bruits qui entouraient ce sujet disparaissent peu à peu et elle est devenue de plus en plus utilisée par la communauté. D'où cette thèse qui s'intitule “ LES ACTIVITES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU CENTRE DE SANTE DE BASE II AMBOHIMANGAKELY ”

Cette étude comprend trois grandes parties dont la première relate une revue de la littérature sur la contraception à savoir les rappels anatomo- physiologiques des appareils génitaux, le cycle menstruel et les généralités sur la planification familiale. La deuxième partie analyse les données des utilisatrices des méthodes contraceptives dudit Centre au cours de l'année 2003. Elle comporte l'objectif , le cadre, la méthodologie et les résultats de notre étude. La troisième partie consiste aux commentaires et suggestions relatifs à notre étude suivie d'une conclusion générale.

PREMIERE PARTIE :
REVUE DE LA LITTERATURE

I.1 - RAPPELS ANATOMO –PHYSIOLOGIQUES

I.1.1 - LE SYSTEME REPRODUCTIF DE LA FEMME(2)

I.1.1.1- Les organes génitaux externes

- La vulve comprend les grandes lèvres; les petites lèvres; les glandes de Bartholin et le clitoris.
 - Le vestibule est une dépression entre les petites lèvres
- Le méat urinaire et le vagin s'y ouvrent

I.1.1.2- Les organes génitaux internes

- Le vagin est un conduit entouré en partie de muscles. Il est situé entre la vessie et le rectum.
- L'utérus est l'organe de la nidation. C'est un muscle triangulaire, creux situé en arrière du pubis et tapissé de muqueuse appelée endomètre.

Il est composé du corps (partie haute, renflée, ouverte par deux minuscules orifices des trompes) et du col (partie inférieure faisant saillie dans le fond du vagin).

- Les trompes sont les voies de conduction de l'ovule. Leurs extrémités sont évasées et coiffent les ovaires :ce sont les pavillons ;
- Les ovaires sont des glandes situées de chaque cotés de l'utérus.

Ils produisent les cellules femelles de la reproduction(les ovules) et secrètent les hormones femelles (œstrogène et progestérone)

I.1.2 -LE SYSTEME REPRODUCTIF DE L'HOMME(2)

- Les testicules comportent deux parties:

Une partie germinale constituée des tubes séminifères qui produisent les spermatozoïdes (cellules sexuelles masculines) et des cellules de Sertoli qui ont un rôle nourricier vis à vis des cellules germinales.

Une partie interstitielle formée par les cellules de Leydig produit la testostérone.

- Le scrotum est une enveloppe cutanée contenant les testicules.
- Les épididymes sont des canaux situés au dessus et le long des testicules.
- Les canaux déférents sont deux conduits allant des épididymes à la prostate

- Les vésicules séminales sont abouchées aux ampoules déférentielles. Elles produisent un suc épais qui protège et nourrit les spermatozoïdes.
- La prostate est une glande située sous la vessie. Elle secrète un suc qui fournit aux spermatozoïdes un environnement favorable à leur conservation dans le vagin
- Le pénis est l'organe érectile masculin destiné aux rapports sexuels.
- L'urètre situé dans le pénis ,est à la fois le canal d' éjaculation et le canal urinaire.

I.2 - LE CYCLE MENSTRUEL(3)

Le cycle menstruel de la femme se déroule sur une durée de 28 jours divisée en 3 périodes: pré-ovulatoire; ovulatoire et post-ovulatoire.

Il implique des organes situés à 3 niveaux: l'hypophyse, les ovaires et l'utérus.

- L'hypophyse libérant les hormones hypophysaires à savoir:
 - ◆ FSH(Follicle Stimulating Hormone) stimule la croissance et le développement du follicule ovarien qui contient l'ovule. Elle est secrétée à la première moitié du cycle ovarien.
 - ◆ LH(luteinizing Hormone)libérée surtout à mi-cycle. Elle provoque l' ovulation et maintient le corps jaune en 2°moitié du cycle
 - ◆ La Prolactine:
 - assure le développement des seins pendant la grossesse
 - provoque la montée laiteuse et entretien la lactation
 - inhibe l'ovulation pendant l' allaitement
 - L'ovaire
- ◆ Période pré-ovulatoire, le follicule se développe et secrète l'oestradiol en quantité abondante.
- ◆ Au milieu du cycle sous l'effet de la LH, le follicule expulse l'ovule et se transforme en corps jaune
- ◆ Période post-ovulatoire, le corps jaune secrète de l'oestradiol et de la progestérone
 - Le corps utérin et l' endomètre

- ◆ Période pré-ovulatoire, l'endomètre prolifère sous l'effet de l'oestradiol
- ◆ Période post-ovulatoire, l'endomètre se transforme sous l'effet de la progestérone et de l'oestradiol(endomètre sécrétoire). Cette muqueuse devient propice à la nidation.
 - Le col
- ◆ Période pré-ovulatoire sous l'effet de l'oestradiol, le mucus cervical devient plus abondant, plus transparent, plus visqueux et plus propice à la pénétration des spermatozoïdes.
- ◆ Période post-ovulatoire, sous l'effet de la progestérone, le mucus cervical s'épaissit et devient imperméable à la progression des spermatozoïdes.

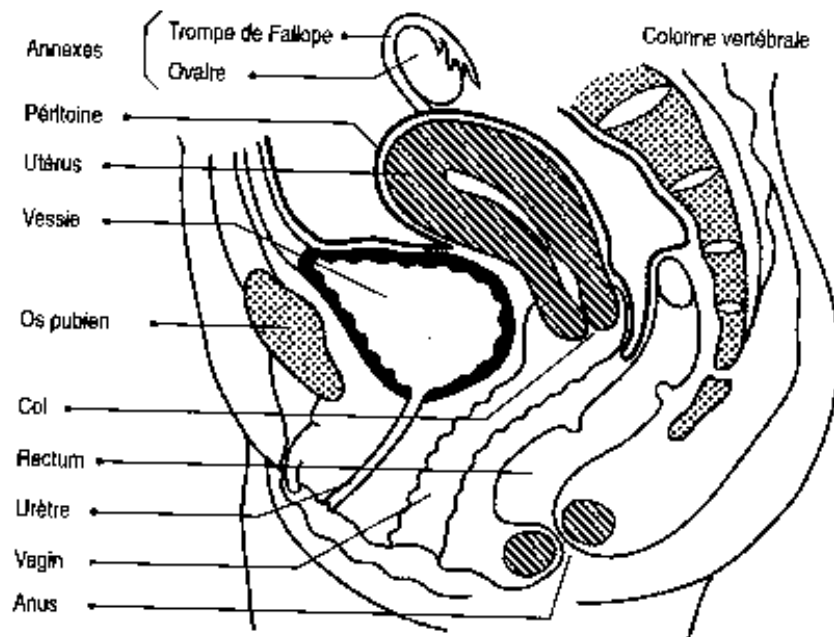


Schéma 01 : Organes pelviens : coupe sagittale (1)

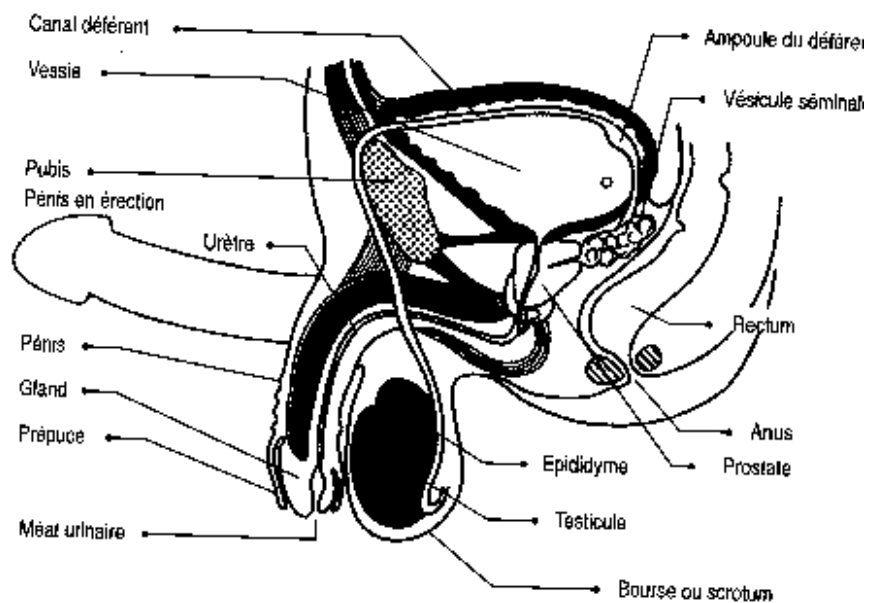


Schéma 02 : Organes génitaux masculins : coupe sagittale (1)

I.3 - GENERALITES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

I.3.1 - QUELQUES DEFINITIONS

I.3.1.1- Planification Familiale(4)

La planification familiale peut être définie comme un ensemble de moyens et de techniques permettant

- d'éviter des grossesses non désirées
- de décider du nombre d'enfants désirés
- d'assurer un espacement convenable entre les naissances
- de programmer les naissances au meilleur moment

I.3.1.2- Contraception(5)(6)

La contraception est l'ensemble des moyens ou des méthodes qui permettent d'éviter la grossesse pendant une période voulue.

C'est l'ensemble des procédés par lequel un rapport sexuel entre un homme et une femme est rendu non fécondant de façon temporaire et réversible et ceci dans le but de limiter et d'espacer les naissances.

I.3.1.3- Espacement des naissances(7)

L'espacement des naissances est la séparation des deux naissances successives par un intervalle de temps convenu par les couples pendant lequel ils utilisent des méthodes contraceptives réversibles

I.3.1.4- Limitation des naissances(7)

La limitation des naissances signifie qu'une femme fertile ne désire plus d'enfants en utilisant ou non une méthode contraceptive .

I.3.2 -OBJECTIF DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

L'objectif de la planification familiale est (8)

- d'assurer une bonne gestion de la conception de la famille

- de garantir aux individus l'accès à l'information et aux services de PF afin qu'ils puissent mener une vie sexuelle satisfaisante, en toute sécurité et atteindre le nombre désiré d'enfants en bonne santé, ainsi de connaître les droits reproductif de l'homme.

L'information se fait sous forme d'IEC sur:

♦ La vie familiale

La Planification familiale amène à donner des conseils aux clients que ce soit des couples tracassés par des problèmes d'harmonie sexuelle ou des problèmes matériels au regard de l'accroissement de la famille, ou des célibataires craignant de voir leur vie compromise par une naissance non souhaitée.

♦ La stérilité

Apparemment, la Planification Familiale semble lutter contre la natalité, elle est en fait chargée de la protéger et il sera utile en cas de consultation pour stérilité d'éduquer les couples sur la fécondité qui peut être à la fois et une méthode contraceptive et une lutte contre la stérilité.

♦ La maternité et l'accouchement

Dès l'accouchement, les femmes doivent allaiter au sein car l'allaitement a d'importants avantages pour la santé et aide à empêcher la grossesse (Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée MAMA).

1.3.3 - BIENFAITS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE(9)

Les programmes et les prestataires de planification familiale peuvent être fiers de leur travail car la planification familiale aide tout le monde .en particulier:

1.3.3.1- Les femmes

La planification familiale aide les femmes à se protéger contre les grossesses non souhaitées et les épargne aussi aux dangers de grossesses à hauts risques ou d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions; ainsi si toutes les femmes pourront éviter les grossesses à hauts risques,le nombre de mortalité maternelle pourrait diminuer d'un quart. En outre, beaucoup de méthodes de planification familiale offrent

d' autres avantages pour la santé(arrêter l'anémie, réduire les salpingites, atténuer les crampes et les douleurs menstruelles, voire empêcher certains types de cancer).

1.3.3.2- Les enfants

La Planification Familiale sauve les vies des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances.

Actuellement, entre 13 et 18 millions d' enfants de moins de cinq ans meurent chaque année. Si chaque naissance est espacée d'au moins deux ans, la mortalité infantile tomberait de 20 à 30 %.

1.3.3.3- Les hommes

La planification familiale aide les hommes à leur assurer une meilleure existence et à améliorer le bien être familial.

Les couples qui ont moins d'enfants sont mieux en mesure de leur donner suffisamment de nourriture et de vêtement, de leur assurer un logement et de les scolariser.

1.3.3.4- La nation

Dans les pays où les femmes ont moins d' enfants que leur propre mère, la population voit s' améliorer sa situation économique plus rapidement qu' ailleurs.

La Planification Familiale aide la nation à se développer ainsi tout le monde aura plus de possibilités d' avoir une bonne existence.

1.3.4 - LES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES

Presque tout le monde peut employer sans danger les méthodes modernes de la planification familiale et en même temps les dispensateurs sont en mesure de dépister ceux qui ne doivent pas utiliser telle ou telle méthode.

Pour la plupart des méthodes, la majorité des clients n'ont pas besoin de subir des examens physiques ni des tests de laboratoire mais une bonne consultation qui aide les clients à pratiquer la planification familiale plus longtemps et avec succès.

Si aucune raison médicale ne s'y oppose, les clients doivent recevoir les méthodes qu'ils souhaitent .

Les couples peuvent choisir entre plusieurs méthodes: les contraceptifs injectables; les contraceptifs oraux; les méthodes barrières à savoir les préservatifs, les spermicides, les diaphragmes et les capes cervicales; les méthodes de référence dans le cadre de

programme national qui sont les dispositifs intra-utérins, la stérilisation féminine et masculine, les implants. On peut se servir aussi pour empêcher la grossesse la méthode basée sur la connaissance de la fécondité et sur l'allaitement.

1.3.4.1 Le contraceptif injectable

Cette méthode consiste à faire des injections aux femmes pour empêcher la grossesse.

Deux produits sont disponibles à Madagascar:

- L'énanthate de noréthisterone ou NORISTERAT qui contient 200mg de progestérone;
- L'acétate de medroxyprogestérone-dépot ou DEPOPROVERA (DMPA) qui contient 150 mg de progestérone et qui est utilisé dans le cadre du programme " santé de la reproduction " du Ministère de la Santé.

Le DMPA est administré tous les trois mois et renferme un progestatif analogue à l'hormone naturelle que produit le corps féminin. L'hormone est libérée lentement dans le sang également appelée acétate de médroxyprogestérone retard, *Depo-provera*®. Elle épaissit la glaire cervicale ce qui rend difficile le passage des spermatozoïdes et arrête l'ovulation. (10)

Une visite de suivi est obligatoire tous les trois mois mais la cliente peut revenir jusqu'à deux semaines plus tôt et deux à quatre semaines plus tard pour recevoir l'injection suivante.

Le DMPA n'interrompt pas une grossesse existante.

1.3.4.1.1- Etapes de la procédure d' injection(11)

- Désinfecter le site d' injection en utilisant un antiseptique local;
- secouer vigoureusement l'ampoule avant d'en aspirer le contenu avec la seringue essuyez le dessus du flacon de depo-provera avec un désinfectant;
- aspirer le contenu du flacon en totalité sans laisser la moindre goutte;
- injecter tout le contenu en intramusculaire profonde;
- tamponner le site d'injection mais ne massez pas (car un massage peut accélérer la libération du progestatif et donc raccourcir la durée de son efficacité).

1.3.4.1.2. Début de l'administration(12)

- Au moment des règles:
 - A n'importe quel moment où on est certain que la femme n'est pas enceinte;
 - si la femme commence les 7 premiers jours après le début de ses règles, on n'a pas besoin de méthodes d'appoint pour donner une protection supplémentaire;
 - si elle commence le 8^{ème} jour de ses règles ou plus tard, elle doit employer d'autres méthodes contraceptives pendant les 48 heures suivantes(préservatif ou spermicide).
- Au cours de l'allaitement:
 - Elle peut commencer dès 6 semaines après l'accouchement si elle ne nourrit son enfant que partiellement au sein; si elle attend plus longtemps, la fécondité peut revenir;
 - un allaitement exclusif empêche la grossesse pendant au moins 6 mois ou jusqu'à ce qu'elle ait ses règles. le DMPA peut fournir une protection supplémentaire.
- Après une fausse couche ou un avortement:
 - Immédiatement ou durant les 7 premiers jours après

1.3.4.1.3 -. Avantages(13)

- Il peut être employé par des femmes de tout âge avec ou sans enfant; méthode très efficace et sans danger même durant l'allaitement;
- Aucun effet secondaire dû à un œstrogène (il ne fait pas augmenter le risque de complication lié à l'œstrogène telle la crise cardiaque);
- Aide à empêcher les grossesses ectopiques;
- Aide à empêcher le cancer de l'endomètre et des ovaires ;
- Aide à empêcher les fibromes utérins ;
- Pour certaines femmes, aide à empêcher l'anémie ferriprive ;
- Rend moins fréquente et moins douloureuses les crises de drépanocytose .

1.3.4.1.4. Inconvénients(13)

- Au cours de l'utilisation, il peut y avoir des changements de saignement vaginal :au début, il y aura des saignements à des moments inattendus; le

volume du sang diminue avec le temps et après 6 à 12 mois d'utilisation, elle aura probablement peu ou pas de saignement vaginal. Il faut rassurer la femme que l'aménorrhée est normale pour les utilisatrices de DMPA et n'est pas dangereuse.

- Un gain de poids est fréquent et le retour à la fécondité est retardé. Il est important de donner des conseils à l'avance.
- Il ne protège pas contre les IST et le VIH /SIDA.

1.3.4.1.5 Les symptômes exigeant des soins médicaux au cours de l'utilisation (14)

- Maux de tête très sévères après le commencement de l'administration du DMPA;
- Douleur abdominale violente;
- Peaux ou yeux anormalement jaunes;
- Saignement très abondant ou très prolongé (deux fois plus longtemps que ses règles d'ordinaire).

1.3.4.2. Les contraceptifs oraux

Les contraceptifs oraux constituent la méthode la plus utilisée et une des plus efficaces pour la régulation de la fécondité. C'est une méthode contraceptive à base d'hormones dont il existe deux catégories selon la composition :

Les contraceptifs oraux combinés et les contraceptifs oraux à base de progestérone (pilule progestative).

1.3.4.2.1. Les contraceptifs oraux combinés

La seule pilule disponible à Madagascar dans le cadre du programme est le **Lo-féménal** qui est un comprimé dosé à 30 µg d'œstrogène.

Les femmes qui utilisent les contraceptifs oraux avalent chaque jour une pilule, à la même heure, sans un jour de manque pour empêcher la grossesse. Elles doivent commencer par le premier comprimé clair.

La première prise devra être le premier jour des règles ou 7 jours après le post abortum ou 6 semaines après l'accouchement.

Les contraceptifs oraux combinés renferment des hormones analogues à celles des naturelles : un œstrogène et un progestatif. Ils sont assurés par l'association de l'éthinylestradiol (œstrogène de synthèse) et d'un progestatif (dérivé 19-norstéroïde) agissant de la manière suivante :

- action anti-gonadotrope qui bloque l'ovulation;
- modification de l'endomètre qui ne permet pas la nidation;
- modification de la glaire cervicale qui ne laisse pas passer les spermatozoïdes.

Ils n'interrompent pas la grossesse existante.(15)

Avantages(13)

- Ils peuvent être employés par des femmes de tout âge avec ou sans enfant; méthode efficace et réversible;
- Aident à empêcher les grossesses ectopiques;
- Aident à empêcher le cancer de l'endomètre et des ovaires;
- Aident à empêcher les kyste ovarien;
- Aident à empêcher les maladies bénignes des seins;

peuvent servir de contraceptif d'urgence après des rapports sexuels non protégés

Inconvénients(13)

- Non recommandés pour les femmes allaitantes (car ils diminuent la qualité et la quantité du lait maternel);
- Au cours de l'utilisation, il peut y avoir des changements de saignement vaginal : saignotement, léger saignement dans l'intervalle des règles ou aménorrhée;
- Un léger gain de poids est fréquent;
- Embarras gastriques : Maux d'estomac, nausée;
- peuvent causer des changements d'humeur y compris la dépression et la diminution de la libido.
- Il ne protège pas contre les IST et le VIH/ SIDA.

Notons que :

Une femme qui choisit les contraceptifs oraux combinés a intérêt à recevoir des bons conseils (16)

- expliquer comment employer les pilules ;

- lui donner des préservatifs à employer si elle commence une plaquette de pilule en retard ou si elle oublie de prendre plusieurs pilules de suite ou si elle cesse de prendre les pilules pour une raison quelconque;
- inciter la cliente à revenir en n'importe quel moment en cas de problèmes;
- décrire les symptômes qui exigent des soins médicaux : douleurs profondes du ventre, à la poitrine ou aux jambes; maux de tête très sévère; diminution de la vision; difficulté pour parler; jaunisse;
- prévoir une nouvelle visite suffisamment à temps pour lui donner des nouvelles pilules avant que son approvisionnement ne s'épuise (on doit disposer d'une nouvelle plaquette de pilules tous les vingt - huit jours).

Les femmes qui courent le plus de risque sont celles à forte tension artérielle, les femmes âgées de plus de trente cinq ans et les femmes qui fument.

1.3.4.2.2. Les contraceptifs oraux progestatifs(17)

La seule marque disponible à Madagascar dans le cadre du programme est l'**Ovrette**.

Pour éviter la grossesse, les femmes qui utilisent les contraceptifs oraux progestatifs doivent prendre une pilule chaque jour de préférence si possible au même moment de la journée sans un jour de manque et à commencer par le premier comprimé de la plaquette le premier jour des règles.

Les contraceptifs oraux progestatifs renferment des quantités infimes d'une seule hormone: un progestatif. Ils contiennent entre la moitié et le dixième du volume de progestatif qu'on trouve dans les contraceptifs oraux combinés.

Ils épaississent la glaire cervicale ce qui rend difficile le passage des spermatozoïdes et arrête l'ovulation.

Ils n'interrompent pas la grossesse existante.

Un allaitement exclusif empêche la grossesse pendant au moins six mois ou jusqu'à ce que la femme ait ses règles. Les contraceptifs oraux progestatifs peuvent lui donner une protection supplémentaire si elle ne nourrit l'enfant que partiellement au sein. La sixième semaine après l'accouchement est le meilleur moment pour commencer les pilules.

Après une fausse couche ou un avortement, la femme peut prendre la pilule immédiatement ou durant les sept premiers jours.(17)

Avantages(13)

- Un bon choix pour les femmes allaitantes;
- Très efficaces durant l'allaitement (ne réduit pas la quantité du lait maternel);
- Aucun effet secondaire dû à un œstrogène (exemple: crise cardiaque);
- Aident à empêcher le cancer de l'endomètre et des ovaires;
- Aident à empêcher les maladies bénignes des seins;
- peuvent servir de contraceptif d'urgence après des rapports sexuels non protégés.

Inconvénients(13)

- Au cours de l'utilisation, pour les femmes qui n'allaitent pas, il peut y avoir des changements de saignement vaginal : saignotement, léger saignement dans l'intervalle des règles ou aménorrhée;
- Maux de tête;
- N'empêchent pas les grossesses ectopiques;
- Ils ne protègent pas contre les IST et le VIH/ SIDA.

Il est indispensable de prévoir une nouvelle visite suffisamment à temps pour lui donner des nouvelles pilules avant que son approvisionnement ne s'épuise (on doit disposer d'une nouvelle plaquette de pilules tous les vingt - huit jours).

1.3.4.2.3. Le contraceptif oral d'urgence(18)

Le contraceptif oral d'urgence peut empêcher la grossesse après des rapports sexuels non protégés appelé "*contraception post coitale ou pilule du lendemain*".

Il agit surtout en arrêtant l'ovulation (libération de l'ovule par l'ovaire).

L'emploi de la contraception orale d'urgence doit commencer jusqu'à soixante douze heures après des rapports non protégés.

La femme doit prendre quatre contraceptifs oraux combinés ou vingt à vingt cinq contraceptifs oraux progestatifs puis prendre douze heures plus tard une autre dose identique.(18)

Une grande étude de l'OMS a constaté que les pilules progestatives sont préférables aux contraceptifs oraux combinés (progestatifs + œstrogène) pour la contraception d'urgence. En effet, les pilules progestatives sont plus efficaces et provoquent moins de nausées et de vomissements.(19)

1.3.4.3. Les méthodes barrières

Les méthodes barrières disponibles dans le programme national sont:(20)

- le préservatif masculin ou condom;
- l'ovule spermicide: conceptrol.

Elles sont les méthodes contraceptives non chirurgicales qui empêchent les spermatozoïdes de rencontrer l'ovule.

Indications

- Couple à risque d'être exposé aux IST/SIDA;
- besoin d'une méthode complémentaire (oubli de pilule);
- état contre indiquant l'utilisation d'une méthode hormonale;
- besoin d'une méthode de substitution avant l'utilisation d'une méthode plus efficace.

1.3.4.3.1. Le préservatif masculin(21)

Les préservatifs aident à empêcher la grossesse et les IST et le VIH/SIDA.

C'est une mince gaine en latex à mettre en place sur le pénis en érection avant le rapport sexuel pour recueillir la semence et empêcher le sperme de se répandre dans le vagin.

On lui donne également le nom de capote ou de condom.

Mode d'emploi:

- Avant le rapport sexuel:
 - Placer le préservatif non déroulé sur l'extrémité du pénis en érection avant tout contact sexuel;
 - pincer avec les doigts le bout du préservatif pour chasser l'air;
 - dérouler le préservatif jusqu'à la base du pénis;
 - s'assurer qu'il est vide pour recueillir le sperme.
- Après le rapport sexuel:

- Retirer le pénis sitôt après l'éjaculation en maintenant fermement le préservatif;
- jeter le préservatif utilisé dans une fosse septique, latrines ou l'enterrer.

Avantages:

- Les préservatifs empêchent les IST et le VIH/SIDA, ainsi que la grossesse quand on s'en sert correctement à l'occasion de chaque rapport sexuel;
- sans danger, aucun effet secondaire hormonal;
- peuvent être employés à n'importe quel moment et par des hommes de tous âges sans consultation médicale préalable ;
- employés correctement ils empêchent les spermatozoïdes et tout organisme pathogène du sperme de pénétrer dans le vagin. Inversement, ils empêchent aussi tout organisme pathogène du vagin de pénétrer dans le pénis;
- faciles à se procurer et faciles à conserver au cas où des rapports auraient lieu de façon inattendue;
- offrent un moyen de contraception occasionnel sans obligation d'utilisation quotidienne.

Une seule situation médicale empêche l'emploi des préservatifs: une forte allergie en latex (forte rougeur, démangeaisons, tuméfaction après l'emploi) .

1.3.4.3.2. Les spermicides(20)

C'est l'ovule spermicide "conceptrol " qui est utilisé dans le cadre de programme national. Ils ont pour effet d'inactiver ou de tuer les spermatozoïdes.

Mode d'emploi:

- Se laver les mains;
- mouiller l'ovule;
- introduire profondément l'ovule à l'intérieur du vagin 10 mn avant les rapports sexuels;
- attendre six heures après le rapport pour la toilette intime.

Avantages:

- Méthodes sans danger, faciles à employer avec un peu de pratique;
- pas d'effets secondaires imputables aux hormones;

- empêchent efficacement la grossesse si l'on s'en sert correctement à l'occasion de chaque rapport sexuel.

1.3.4.4 Les méthodes contraceptives de longue durée

Ce sont les méthodes de référence dans le cadre de programme national à savoir:

1.3.4.4.1. Les implants norplant(22)

Le système d'implants Norplant est un ensemble de 6 petites capsules placées sous la peau, à la face interne de l'avant bras de la femme(des petites interventions chirurgicales sont nécessaires pour poser et retirer les capsules).

C'est une méthode hormonale à libération prolongée renfermant un progestatif, analogue à une hormone naturelle que produit la femme et qui peut empêcher la grossesse pendant au moins 5 ans mais la fécondité revient aussitôt après que les capsules aient été retirées.

Avantages:

- Protection à long terme contre la grossesse mais réversible;
- rien à se rappeler et pas besoin ni de faire quoi que ce soit au moment des rapports ni de revenir au dispensaire;
- pas d'effets secondaires dus à un œstrogène.

Inconvénients:

- Effets secondaires habituels: changements de saignement menstruel;
- certaines femmes ont des maux de tête, des étourdissements, de la nervosité, des nausées, un changement d'appétit, un gain de poids , de l'acné ou une éruption cutanée ,une chute des cheveux mais la plupart de ces effets disparaissent avant un an.

1.3.4.4.2. Dispositif Intra-Utérin (DIU)(23)

Un dispositif intra-utérin est en général une petite armature flexible en plastique. Souvent, un fil ou des manchons de cuivre le recouvre partiellement. On le pose dans l'utérus d'une femme en passant par son vagin.

Le DIU a un ou deux fils qui leur sont rattachés. Ces fils qui sortent par l'ouverture du col se trouvent dans le vagin et la femme peut vérifier la position des fils en mettant ses doigts dans le vagin.

Sa durée d'action est de 10 ans.

Avantages:

Prévention efficace à long terme de la grossesse mais réversible;

- Peut être posé aussitôt après l'accouchement ou après un avortement provoqué .

Inconvénients:

- Effets secondaires habituels: changements menstruels durant les trois premiers mois qui ont tendance à diminuer après;
- ne protège pas contre les IST et le VIH/SIDA;
- Saignements aussitôt après la pose ou fortes crampes et fortes douleurs 3 à 5 jours après.

Une visite routinière de suivi est nécessaire 3 à 6 semaines après la pose.

1.3.4.5. Les méthodes définitives

Ce sont les méthodes chirurgicales de la planification familiale pour ceux qui ne veulent plus d'enfants.

Avantages:

- Action permanente .Une seule intervention permet durant toute la vie de pratiquer sans danger une planification familiale très efficace;
- Rien à se rappeler, pas besoin de produit ni de revenir au dispensaire;
- Aucun effet secondaire à long terme ou risque pour la santé;
- Ne gêne en rien la vie sexuelle et n'affecte pas la possibilité de rapports sexuels.

1.3.4.5.1 Stérilisation Féminine (24)

C'est une méthode chirurgicale de contraception permanente pour les femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants, connue sous les appellations de contraception chirurgicale volontaire (CCV) ou ligature section des trompes (LST).

L'intervention est simple et sans danger, faite sous simple anesthésie locale et légère sédation au niveau des centres bien équipés.

On pratique une petite incision abdominale de la femme et on bloque ou coupe les deux trompes de Fallope qui servent au passage des ovocytes entre les ovaires et l'utérus.

Quand les trompes sont bloquées, l'ovocyte ne peut pas rencontrer les spermatozoïdes de l'homme.

Une visite de suivi est nécessaire dans les 7 jours ou au moins 2 semaines après l'intervention.

La femme doit revenir immédiatement si elle présente des signes d'infection ou une diarrhée ou une syncope.

1.3.4.5.2. Vasectomie(25)

La vasectomie offre un moyen de contraception permanent aux hommes qui décident de ne plus vouloir d'enfants. C'est une intervention chirurgicale simple et rapide.

On pratique une petite ouverture dans le scrotum de l'homme. On obture les deux canaux qui transportent le sperme en provenance des testicules. Ce dispositif empêche les spermatozoïdes de se mêler au sperme mais l'homme peut continuer à avoir des érections et à éjaculer des spermes qui ne peuvent plus féconder une femme.

Il est possible qu'au moins les 20 premières éjaculations après la vasectomie renferment des spermatozoïdes et le couple doit utiliser une autre méthode de contraception.

Une visite de suivi dans les 7 jours suivants ou dans les 2 semaines suivantes est recommandée.

1.3.4.6 Méthodes d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée (MAMA)(26)

La MAMA offre une protection naturelle contre la grossesse et encourage à commencer à utiliser une autre méthode au moment voulu. Une femme est naturellement protégée de la grossesse si elle n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement et si elle nourrit exclusivement son enfant au sein pendant les six premiers mois qui suivent l'accouchement c'est ce qu'on appelle la Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée(MAMA).

Les avantages de la MAMA sont :

- peut être employée immédiatement après l'accouchement;
- encourage les meilleures modalités d'allaitement: 8 à 10 tétées par jour dont au moins une la nuit. Durant la journée, les tétées ne doivent pas être espacées régulièrement de plus de 4 heures et durant la nuit de plus de 6 heures;
- n'a pas de coût direct sur la planification familiale ou de l'alimentation de l'enfant;
- n'a aucun produit ou méthode susceptible d'induire des effets secondaires pour empêcher la grossesse.

Toutes femmes allaitantes qui utilisent ou non la méthode MAMA doivent recevoir des conseils pour leur indiquer quand elles peuvent et doivent commencer telle ou telle méthode contraceptive; les avantages et inconvénients de chaque méthode y compris les effets sur l'allaitement.

1.3.4.7 Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité(13)

Une femme peut recourir à plusieurs méthodes pour savoir quand commence et se termine sa période féconde:

- méthode de calendrier: compter le nombre de jours pour identifier le début et la fin de sa période féconde (qui dépend de la longueur des cycles menstruels précédents) à savoir du 12^o au 19^o jour avant la date prévue pour l'apparition des règles suivantes. En pratique, on considère que les dix jours qui précèdent et qui suivent l'apparition des règles sont stériles, et que seule la semaine qui occupe le milieu du cycle est favorable à la fécondation.

la femme doit relever les 6 à 12 derniers cycles pour identifier la période féconde;

- sécrétions cervicales: quand une femme voit ou ressent des sécrétions cervicales, elle peut être féconde. Cela peut être simplement une humidité du col;
- température basale: la température du corps d'une femme au repos augmente légèrement au moment de l'ovulation;
- palpation du col : au moment où commence la période féconde, l'orifice du col est plus souple, s'entrouvre et est humide. Quand elle n'est pas féconde, l'orifice est plus ferme est fermé.

DEUXIEME PARTIE :
ETUDE PROPREMENT DITE

II.1 - OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif général est de réaliser une étude rétrospective sur les activités de la PF au CSB II Ambohimangakely au cours de l'année 2003.

Les objectifs spécifiques sont de:

- Réaliser une étude sur les supports de gestion et les indicateurs utilisés en PF ;
- Analyser les différents paramètres de chaque cliente ;
- Etudier les méthodes utilisées et ses effets secondaires.

II.2 - CADRE DE L'ETUDE

II.2.1 - SITUATION GEOGRAPHIQUE

Le CSB II Ambohimangakely se trouve dans la Commune Rurale d'Ambohimangakely située sur la Route Nationale II, à 10 km à l'Est de la capitale, sous -préfecture d'Antananarivo Avaradrano dans la province autonome d'Antananarivo.

Sa superficie est de 53 Km². Elle est composée de 17 Fokontany . Il est délimitée :

- au Nord par la Commune Rurale de Fieferana
- au Nord Ouest par la Commune Rurale d'Ankadikely Ilafy
- à l'Ouest par la Commune Urbaine d'Antananarivo -Renivohitra
- au Sud Est par la Commune Rurale d'Ambohimanambola
- et à l'Est par la Commune Rurale d'Ambohimalaza

II.2.2 - MILIEU PHYSIQUE

Située sur les hautes terres malgaches, la Commune Rurale d'Ambohimangakely appartient au type de climat tropical d'altitude lequel est caractérisé par deux saisons distinctes : une saison sèche du mois de Mai au mois d'Octobre et une saison humide du mois de Novembre au mois d'Avril. La température moyenne annuelle est de 18° C avec des minima de 10°C et des maxima de 26 °C; sa pluviométrie annuelle varie de 1000 mm à 1600 mm.

II.2.3 - SITUATION DEMOGRAPHIQUE

En 2003, le nombre total d'habitants de la commune est de 26 261 dont 15 756 de sexe féminin et 10 505 de sexe masculin.

Les femmes en âge de procréer sont au nombre de 6653 soit 23 % de la population totale.

II.2.4 - CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE

II.2.4.1 - Social

01 Centre de Santé de Base II

01 Maternité

04 Formations Sanitaires Privées

03 Formations Sanitaires Semi - Privées

06 Eglises et Temples

01 Dépositaire de médicaments

II.2.4.2 - Economique

La commune d' Ambohimangakely est divisée en deux parties bien distinctes selon le mode de vie de la population:

- une partie exerçant des activités rurales : agriculture, élevage ;
- une partie exerçant des activités urbaines : commerce, artisanat.

II.2.5 - ACTIVITES DU CSB II AMBOHIMANGAKELY

Les activités actuelles sont :

- Consultations externes
- Hospitalisation
- Services d' Urgences
- Soins et pansements
- Activités concernant la nutrition
- Planification Familiale
- Médecine légale

- Pharmacie à gestion communautaire
- Maternité: accouchement; consultation pré-et postnatale; surveillance des nourrissons et vaccinations
- Information - Education - Communication (IEC)

II.2.6 - RESSOURCES HUMAINES DU CSB II AMBOHIMANGAKELY

L'administration sanitaire du CSB II d' Ambohimangakely est assurée par un personnel composé de :

- Un Médecin chef
- Un Médecin adjoint
- Deux sages femmes
- Un infirmier
- Deux secrétaires
- Un Servant

II.2.7 - INFRASTRUCTURES DU CSB II AMBOHIMANGAKELY

L'enceinte du CSB II Ambohimangakely est constituée de 03 bâtiments

Un bâtiment pour le logement du Médecin - chef

Un bâtiment comportant 07 salles dont la répartition est la suivante :

- 01 salle de Consultation Pré et Post Natale
- 01 salle d'accouchement
- 01 salle des accouchées
- 01 salle pour le CRENI
- 01 salle d'hospitalisation
- 01 Bureau du Médecin Chef
- 01 Bureau de Secrétariat

Un bâtiment comportant 03 salles :

- 01 Bureau du Médecin Adjoint
- 01 salle de soins
- 01 salle de distribution de médicament

II.2.8 - SERVICE DE PLANIFICATION FAMILIALE

II.2.8.1 - Les clients

Il y a les nouvelles utilisatrices et les utilisatrices régulières.

Sont dits :

- nouvelles utilisatrices celles qui adoptent une méthode moderne de contraception pour la première fois dans la vie.
- utilisatrices régulières les utilisatrices qui sont fidèles au rendez-vous.

II.2.8.2- Prestations de service de la Planification Familiale

Les Centres de santé ne peuvent être vraiment efficaces que si la population comprend la valeur de la Planification Familiale et apporte son appui et sa collaboration.

La facilité d' accès à des soins de bonne qualité est la clé de la réussite de la planification familiale. Si l' accès est facile, la population peut obtenir sans problème des services efficaces et sans danger qui répond à ses besoins.

II.2.8.2.1 -Conduite de consultation avec les nouveaux utilisateurs

La conduite de la consultation avec des nouveaux utilisateurs au sujet de la planification familiale se fait sous la forme de counseling comportant six (06) étapes. On peut se les rappeler grâce à l'acronyme **BERCER** (27)

Bienvenue: mise à l'aise du client

Les personnels de santé doivent créer une atmosphère de confiance. Ils montrent aux clients qu'il peut parler franchement même aux questions délicates et que rien de ce qu'il dit ne sera répété à d'autres personnes.

Entretien: poser aux clients des questions les concernant

Renseignement : parler de choix au client, mentionner toutes les méthodes contraceptives

Les clients ont besoin d'informations pour pouvoir bien choisir (28)

Quand une personne prend librement une décision réfléchie qui se fonde sur des informations utiles et exactes, elle fait un choix informé.

Il faut vérifier que le client comprend bien et on peut lui donner aussi une documentation à emporter, cela aide à se rappeler ce qu'il doit faire. Ces documents peuvent être communiqués à d'autres personnes.

Les informations portant sur la planification familiale peuvent être également obtenues par le biais des média : la radio, la télé, les affiches et les brochures ou durant des réunions communautaires. Quand les clients disposent d'informations exactes avant même de voir un dispensateur de planification familiale, ils peuvent prendre des meilleures décisions.

Choix : aider le client à faire un " choix informé "

Il faut aider les clients à faire un choix :

- Les clients peuvent choisir entre toute une série de méthodes de planification familiale
- Les clients prennent leurs propres décisions: les dispensateurs de la planification familiale aident les clients à bien fonder leurs décisions mais n'exercent pas sur eux des pressions pour faire tel ou tel choix.

" *informé* " veut dire que:

- Les clients ont des informations claires, précises et exactes dont ils ont besoin pour faire eux mêmes leur propre choix de procréation y compris un choix parmi les méthodes de la planification familiale.
- Les clients comprennent leurs propres besoins par rapport à leur propre situation.

Les meilleures décisions en matière de planification familiale sont celles qu'on prend soi-même, sur la base d'informations exactes et d'une série d'options de contraception.

Le prestataire va prescrire la méthode appropriée en respectant le choix de l'utilisateur mais en tenant compte de son état de santé. Si aucune raison médicale ne s'y oppose, les clients doivent recevoir les méthodes qu'ils souhaitent .

Explication : expliquer dans les détails le mode d'emploi, les indications, les contre-indications, les avantages et inconvénients de la méthode choisie en insistant surtout sur les effets secondaires conduisant souvent à l'abandon.

Retour : fixer la date d'une nouvelle visite de contrôle ou réapprovisionnement en produits.

Un examen clinique (avec prise de la tension artérielle, poids), gynécologique (toucher vaginal pour rechercher une éventuelle infection), et mammaire est recommandé avant et six (6) mois après le début de la contraception.

Il sera nécessaire de revoir au bout d'un certain temps les intéressés, pour savoir si la méthode choisie leur convient bien, s'ils n'ont pas de problèmes et si nécessaire conseiller d'autres méthodes.

II.2.8.2.2 - Conduite d'une consultation avec les utilisatrices régulières:(27)

La consultation avec un client de retour consiste à trouver ce que veut le client puis à y répondre. S'assurer qu'il utilise sa méthode correctement et offrir de l'aide dans le cas échéant.

Le prestataire doit procéder aux examens suivants:

- à chaque consultation: pesée et prise de la tension artérielle;
- une fois par an: toucher vaginal, examen au spéculum et examen des seins.

La décision est révisable en fonction des critères de tolérance des produits confirmant que la médecine est un art mais pas un catalogue.

II.2.8.3 - Système de gestion en matière de Planification Familiale

L'efficacité de service de la planification familiale dépend d'un bon système d'information pour assurer une continuité des soins afin d'éviter certains problèmes de gestion graves notamment celles des stocks des contraceptifs.

II.2.8.3.1 - Supports de gestion

Les principaux supports de gestion utilisés sont l'échéancier; la fiche et le registre de consultation; la fiche de suivi.

D'autres fiches telles que celle de stocks, de référence, rapport mensuel d'activités ; le cahier de bon de commande/livraison et le cahier de matériel sont indispensables pour l'ensemble de prestation.

II.2.8.3.2 - Approvisionnement en contraceptif

Les commandes des produits contraceptifs sont adressés au service de santé du District . Les produits contraceptifs disponibles dans le Centre sont les contraceptifs injectables, les contraceptifs oraux et les méthodes barrières. Depuis son ouverture, le service n'a jamais connu de rupture de stocks en contraceptifs oraux et injectables mais a connu des produits périmés pour les méthodes barrières depuis février 2003 .

II.2.8.4- Prise en charge des effets secondaires liés à la méthode contraceptives

Les effets indésirables les plus fréquents qui mènent les femmes à une nouvelle consultation et parfois même entraînant un abandon lors de l'utilisation des contraceptifs injectables sont

- *L'aménorrhée*: une absence des règles en dehors de la grossesse .(29)

Le médecin doit s'assurer que la femme n'est pas enceinte .

Demander à la femme la durée de l'aménorrhée . Si c'est moins de trois mois, la rassurer que l'aménorrhée est normale pour les utilisatrices de contraceptif injectable; que la femme n'est ni stérile ni enceinte, lui expliquer que son corps n'évacue pas de sang et que cela peut aider à empêcher l'anémie .

Continuer les injections aux dates fixées.

Si la femme est toujours inquiète, proposer un changement de méthode, ce qui est rare après conseil bien rassurant .

- *le spotting*(29): un saignement irrégulier durant un ou deux jours en dehors des règles .

Après la première injection, le spotting est sans particularité, essayer toujours de rassurer la femme et la conseiller de patienter .

Au delà de la deuxième injection si le spotting persiste, procéder à un examen gynécologique .

- En cas d'anomalie, référer la femme vers un centre spécialisé. Dans le cas contraire prescrire une plaquette de contraceptifs oraux combinés 30 µg à dose de 1 comprimé par jour et si il y a amélioration continuer le contraceptif injectable au prochain rendez-vous.

– *la menometrorragie: Hémorragie massive*(29)(20)

Dans ce cas ,Il faut toujours procéder à un examen gynécologique .

Si une situation anormale cause un saignement abondant ou prolongé, évaluer et soigner la pathologie ou l'envoyer se faire soigner à un autre établissement .

Si le saignement n'a pas d'autre cause mais lié probablement à la méthode ,

Prescrire un contraceptif oral combiné à 30 µg à raison de 2x3 Comprimés à 12 heures d'intervalle (s'il y a amélioration, donner une plaquette de contraceptifs oraux 30 µg et continuer le contraceptif injectable au prochain rendez-vous si non changer de méthode voire même référer en cas de persistance de saignement) ou à raison de un comprimé par jour pendant 7 à 21 jours ou prescrire seulement des anti-inflammatoires non stéroïdiens autres que l' Aspirine.

Les prises en charge de ces effets secondaires doivent donner entière satisfaction à la cliente .Dans le cas contraire, cela va mener à un abandon de la méthode.

Les clientes signalent parfois la présence de l'un des effets secondaires des contraceptifs oraux combinés et il faut toujours suggérer une solution à ces problèmes.

Les plus fréquents sont:

- La nausée: prendre la pilule le soir avec de la nourriture;
- Les maux de tête: prendre de l'antalgique ou des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens;
- L'aménorrhée: s'assurer que la femme n'est pas enceinte; continuer la prise et attendre la prochaine règle.

Si persistance de l'aménorrhée il faut déclencher les règles et changer de méthode, dans le cas contraire continuer la prise. Le déclenchement des règles se fait en prenant un contraceptif oral combiné a raison de 1comprimé par jour matin et soir pendant 5 jours.(20)

Vomissement ou diarrhée importante: utiliser des préservatifs jusqu'à ce que la cliente ait pris des comprimés pendant 7 jours consécutifs ,continuer toujours à prendre les pilules (si on peut)

Dans tous les cas ,il ne faut jamais ignorer ces inquiétudes ou les prendre à la légère.

- Si la femme s'inquiète ,on doit toujours la rassurer que ces effets secondaires ne sont pas généralement dangereux, qu'ils s'atténuent et disparaissent dans les trois mois.

- Lui demander de continuer à prendre une pilule par jour même si elle a ces effets secondaires car si elle cesse de prendre la pilule, elle risque de devenir enceinte.

L'inconvénient le plus fréquent lors de l'utilisation des contraceptifs oraux combinés est l'oubli de pilule alors il est nécessaire d'en donner des instructions efficaces.

Au cas où elle oublie une pilule claire: La conseiller de prendre la pilule oubliée dès que possible puis prendre la pilule suivante à l'heure habituelle (oubli d'une pilule)

Si elle a oublié de prendre 2 ou plusieurs pilules, conseiller de prendre un comprimé chaque jour dès que possible et utiliser d'autres méthodes d'appoint dans les 7 jours consécutifs car la femme est non protégée.

En cas d'oubli de pilule brune, jeter les comprimés oubliés et continuer la prise.(30)

- L'hypertension artérielle au cours de l'utilisation des COC

En cas d'hypertension artérielle (>14/9) sous contraceptifs oraux combinés

On doit arrêter la prise et prescrire d'autres méthodes. C'est l'un des cas qui mène à l'arrêt voire même à l'abandon définitif de la méthode.

Si la tension artérielle reste élevée deux semaines après, référer vers un autre établissement.

- En cas de prise d'autres médicaments tels que: Rifampicine; Ampicilline; Phénobarbital; Insuline qui diminuent la concentration sanguine des hormones contraceptives, utiliser une méthode d'appoint jusqu'au septième jour après traitement. Ce qui n'est pas toujours évident pour les utilisatrices.

Ces causes menant à l'arrêt de l'utilisation des COC donnent lieu parfois à l'utilisation des COP car elles sont indiquées pour les femmes allaitantes de moins de 6 mois ou celles ayant un antécédent d'hypertension artérielle et de maux de tête ou femmes ne tolérant pas le contraceptif oral combiné ou même pour les femmes jeunes.(13)(20)

II.3 – METHODOLOGIE

II.3.1 - METHODE

Notre méthode de travail consiste à réaliser une étude rétrospective des utilisatrices des méthodes contraceptives au CSB II Ambohimangakely au cours de l'année 2003 en exploitant les dossiers existants dans les supports de gestion en planification familiale et nous avons choisi 270 cas au hasard.(valeur moyenne des utilisatrices régulières au cours de l'année).

II.3.2-MATERIELS D' ETUDE

Ce sont :

- Les registres de consultation permettant l'enregistrement et les suivis des activités en planification familiale du centre (Voir Annexe I).
- Les fiches de consultations pour analyser les différents paramètres de chaque client et les visites de suivi (Voir Annexe II).
- Les données issues de l' échancier à savoir le nombre des utilisatrices régulières, les nouvelles utilisatrices et les perdues de vue.

II.3.3 - SELECTION

II.3.3.1 - Critères d'inclusion

Sont incluses dans cette étude les femmes en âge de procréer qui font une consultation au service de planification familiale et dont les dossiers sont complets durant l'année 2003.

II.3.3.2 - Critères d'exclusion

Nous avons exclu les femmes dont les dossiers ne sont pas bien remplis, ainsi que les femmes ménopausées.

II.3.4 - PARAMETRES D'ETUDE

Nous avons étudié les paramètres suivants :

- ◆ Indicateurs utilisés en Planification Familiale
 - Nouvelles utilisatrices par mois
 - Utilisatrices régulières
 - Taux de perdues de vue

- Contraceptifs Distribués Annuels
- ◆ L'âge réparti en trois classes
 - Moins de 20 ans
 - 20 à 35 ans
 - plus de 35 ans
- ◆ Les méthodes contraceptives utilisées
 - Contraceptifs Injectables (CI)
 - Contraceptifs Oraux (CO)
 - Méthodes barrières (BAR)
- ◆ Niveau d'instruction réparti en trois classes
 - illettré
 - étude primaire
 - étude secondaire
- ◆ Date de début de la contraception
 - premier trimestre
 - deuxième trimestre
 - troisième trimestre
 - quatrième trimestre
- ◆ Source d'information en quatre classes
 - personnel de santé
 - famille/amis
 - radio/télévision
 - brochure/affiche
- ◆ Situation matrimoniale
 - vit en couple
 - vit seule
- ◆ Motifs d'adhésion
 - espacement des naissances
 - limitation des naissances
- ◆ Nombre d'enfants vivants en trois classes
 - néant

- 1 à 3
- 4 et plus
- ◆ Suivi et contrôle
 - la tolérance
 - l'arrêt de la méthode
 - l'abandon
- ◆ Changement de méthodes
 - contraceptifs injectables
 - contraceptifs oraux
 - méthodes barrières

II.4 - RESULTATS

II.4.1- FREQUENCE

II.4.1.1-Nouvelles utilisatrices par mois

Sont dites nouvelles utilisatrices tout individu qui adopte une méthode moderne de contraception pour la première fois dans la vie.

Les transferts ou les utilisatrices qui reviennent après un arrêt, quel que soit le motif sont des anciens bien qu'on leur donne un nouveau numéro.

Le pourcentage des nouvelles utilisatrices est utilisé pour voir si le programme est en train d'atteindre ses objectifs et pour évaluer si le centre arrive à fournir les besoins des clients .

L'indicateur utilisé est le taux d'acceptation qui se définit par la formule :

$$\text{taux d'acceptation} = \frac{\text{nouvelles utilisatrices}}{\text{utilisatrices régulières}} \times 100 \quad (31)$$

Le nombre des nouvelles utilisatrices est estimé au nombre de 15 par mois en moyenne avec un taux d'acceptation moyen de 5,9% au cours de l'année 2003.

Une baisse est très marquée au mois de novembre, le nombre est diminué à 6 avec taux d'acceptation de 1,6% par rapport à 10,6% au mois de janvier.

II.4.1.2- Nombre d'utilisatrices régulières

Ce sont les utilisatrices protégées par les méthodes contraceptives (l'ensemble de toutes les nouvelles utilisatrices et anciennes qui courent dans l'échéancier bleu après épuration des perdues de vue).

Leur nombre sera compté à partir du nombre total des fiches dans l'échéancier (nouvelles ou anciennes utilisatrices) après épuration des perdues de vue.

En 2003 les utilisatrices régulières varient au de 224 à 419 avec des chiffres apparemment stables de janvier en septembre.

Le nombre a connu une augmentation très marquée à partir du mois d'octobre. Le taux d'accroissement est de 51,26% avec 419 utilisatrices régulières au mois de Décembre.

II.4.1.3-Taux de perdues de vue

Les perdues de vue sont les utilisatrices qui ne reviennent pas 4 semaines après la date de rendez-vous fixée pour les méthodes renouvelables et 6 semaines après la date de rendez vous fixé pour le dispositif intra- utérin .Les cas d'abandon quel que soit le motif sont considérés comme perdues de vue.

Les transferts vers un autre centre se font en envoyant la fiche de consultation de l'utilisatrice vers le centre de référence .Ceux- ci ne sont pas perdues de vue.

Le taux de perdues de vue est le rapport entre le nombre de perdues de vue et le nombre des utilisatrices régulières avant l'épuration de l'échéancier exprimé en pour cent.

Dans notre étude, le taux de perdues de vue est estimé à 6,1% en 2003 avec un léger accroissement de 10% au mois d'août. En effet, les chiffres sont apparemment stables le long de l'année.

II.4.1.4- Contraceptifs distribués annuels

Le Couple - Année de Protection (CAP) est obtenue en convertissant le volume annuel de contraceptifs distribués en nombre annuel de femmes efficacement protégées par les méthodes contraceptives.

En 1991, l'USAID a proposé un tableau de conversion pour le calcul de l'indice CAP dans lequel on a tiré ce qui nous intéresse pour notre étude.(32)

Tableau I : Tableau de conversion pour le calcul de l'indice CAP

Année 2003

	Contraceptifs oraux (en cycle)	Doses de Dépoprovéra (ml)	Autres (Condoms, Conceptrol)	TOTAL
Quantité annuelle de Contraceptifs distribués	449	1179	0	1623
Coefficient de conversion	0,067	0,25	0,07	

Le nombre de Couple - Années de Protection assuré par le centre de planification familiale est de 325 CAP pour l' année 2003 soit 325 femmes efficacement protégées (pour un an) par l'ensemble des contraceptifs distribués.(33)

II.4.2- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Les critères analysés sont :

- L'âge réparti en trois classes
- Les méthodes contraceptives utilisées
- Niveau d'instruction réparti en trois classes
- Date de début de la contraception
- Source d'information en quatre classes
- Situation matrimoniale
- Motif d'adhésion
- Nombre d'enfants vivants en trois classes
- Suivi et contrôle
- Changement de méthodes

II.4.2.1- - L'âge des utilisatrices

Tableau II: Répartition des utilisatrices selon l'âge

Age	Effectif des utilisatrices	%
Moins de 20 ans	16	5,9
20 à 35 ans	207	76,7
Plus de 35 ans	47	17,4
Ensemble	270	100

Les groupes cibles sont les femmes en age de procréer (généralement de 15 à 49 ans) dans le secteur sanitaire d' Ambohimangakely.

Les femmes qui fréquentent le plus le service de planification familiale sont celles âgées entre 20 et 35 ans soit les 76,7% des utilisatrices.

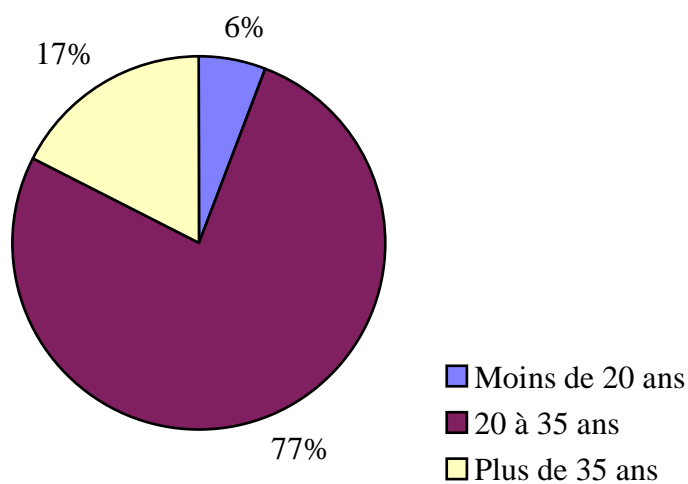


Figure 01 : Fréquence des utilisatrices selon l'âge

Tableau III : Répartition des méthodes selon l'âge des clientes

Age	Méthodes			
	CI		CO	
	N	%	N	%
Moins de 20 ans	7	2,6	9	3,3
20 à 35 ans	196	72,6	11	4,1
Plus de 35 ans	43	15,9	4	1,5
Ensemble	246	91,1	24	8,9

Dans l'ensemble, 91,1% des clientes utilisent le contraceptif injectable dont 72,6% sont entre 20 et 35 ans.

Pour la tranche d'âge de moins de 20 ans, le CO tient la première place

Les méthodes barrières sont disponibles au Centre mais ne sont pas utilisées par les clientes

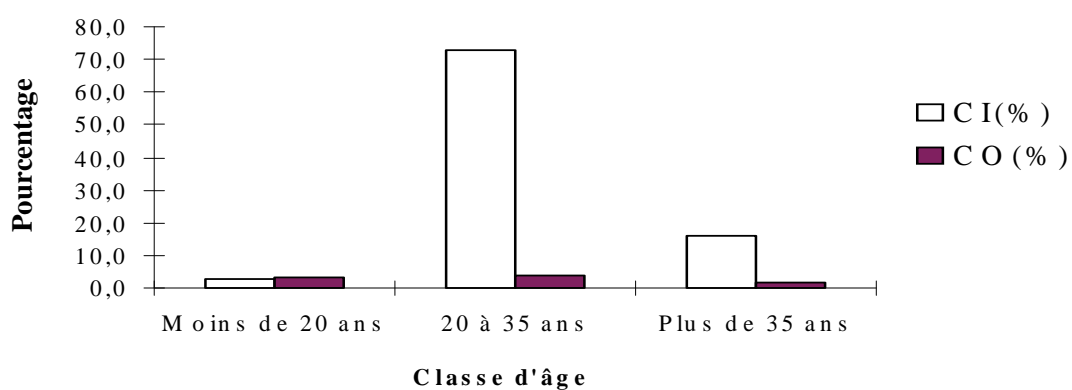


Figure 02 : Fréquence des méthodes selon l'âge des utilisatrices

II.4.2.2- Méthodes contraceptives utilisées

Tableau IV: Répartition des utilisatrices selon les méthodes utilisées

Méthodes	Effectif des utilisatrices	Pourcentage
CI	246	91
CO	24	9
Ensemble	270	100

91% des utilisatrices choisissent les contraceptifs injectables

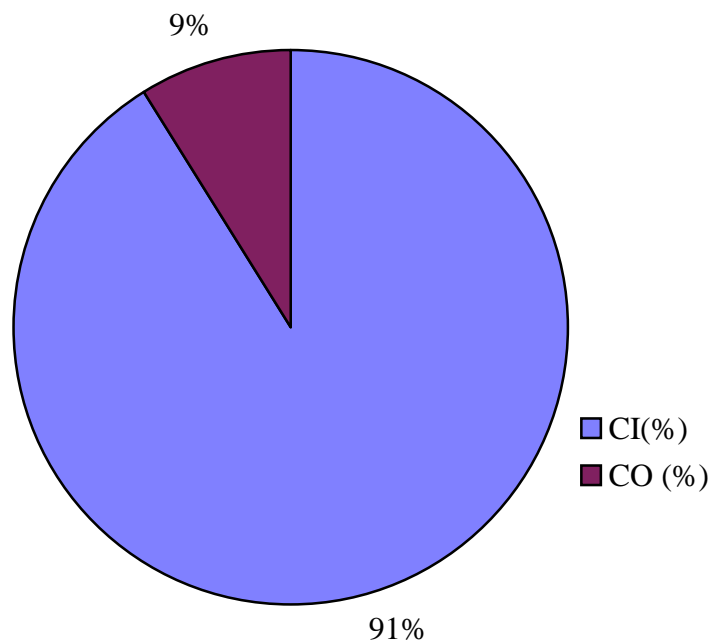


Figure 03 : Fréquence des utilisatrices selon la méthode utilisée

II.4.2.3- Niveau d'instruction des utilisatrices

Tableau V: Répartition des méthodes selon le niveau d'instruction des utilisatrices

Niveau d'instruction	Effectifs	%
Illettrée	32	12
Etude primaire	157	58
Etude secondaire	81	30
Ensemble	270	100

58%des utilisatrices ont suivi des études primaires

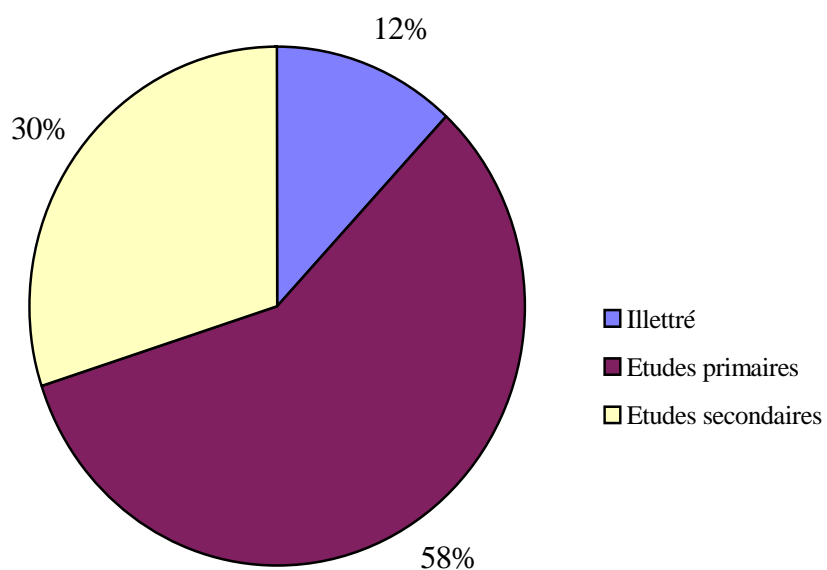


Tableau VI: Répartition des méthodes utilisées selon le niveau d'instruction des Utilisatrices

	Méthodes			
	CI		CO	
	N	%	N	%
Illettrée	30	11,1	2	0,7
Etude primaire	143	53,0	14	5,2
Etude secondaire	73	27,0	8	3,0
Ensemble	246	91,1	24	8,9

Les femmes ayant suivi des études primaires sont plus nombreuses à adopter une méthode contraceptive. 53% des CI sont utilisés par cette classe.

Les illettrées choisissent plutôt les CI(11% des produits).

Les CO ont été choisis aussi bien par les femmes de niveau primaire que secondaire.

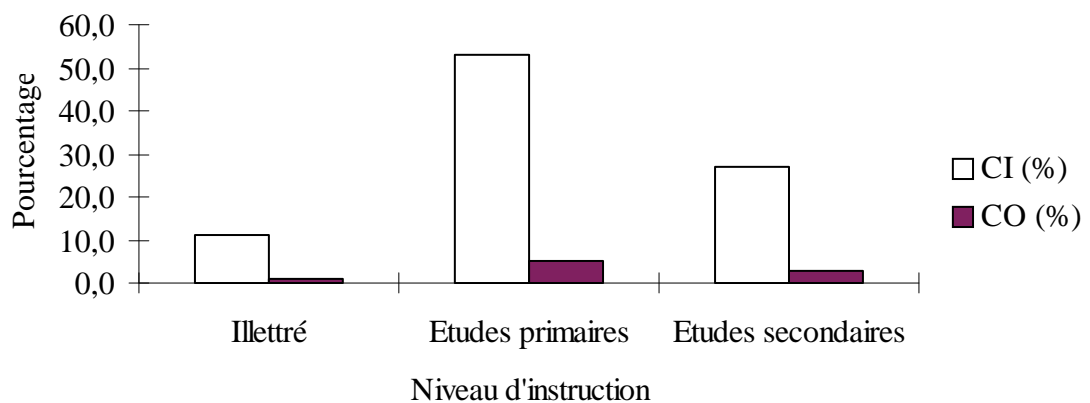


Figure 05 : Fréquence des méthodes utilisées selon le niveau d'instruction des utilisatrices

II.4.2.4- Date de début de la contraception

Tableau VII : Répartition des utilisatrices selon la date de début de la contraception

<i>Date de début de la contraception</i>	<i>Effectifs des utilisatrices</i>	<i>Pourcentage</i>
Premier trimestre	48	17,8
Deuxième trimestre	57	21,1
Troisième trimestre	68	25,2
Quatrième	97	35,9
Ensemble	270	100

35,9% des utilisatrices débutent leurs contraceptions dans le quatrième trimestre de l'année d'étude

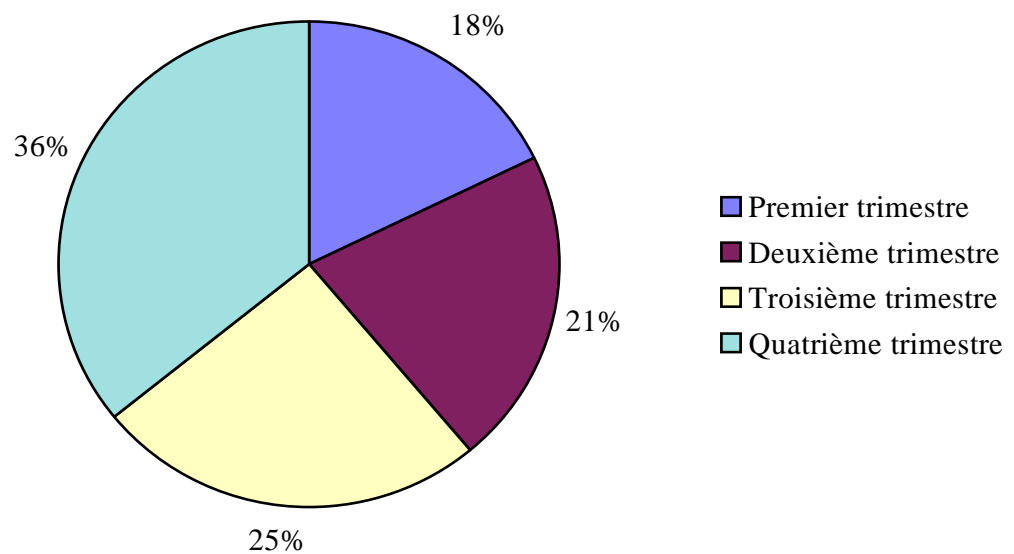


Figure 06 : Fréquence des utilisatrices selon la date de début de la contraception

Tableau VIII: Répartition des méthodes utilisées selon la date de début de la contraception par trimestre

<i>Date de début de la contraception</i>	<i>CI</i>		<i>CO</i>	
	N	%	%	N
Premier trimestre	41	15,2	7	2,6
Deuxième trimestre	53	19,6	4	1,5
Troisième trimestre	62	23,0	6	2,2
Quatrième trimestre	90	33,3	7	2,6
Ensemble	246	91,1	24	8,9

L'utilisation des produits que ce soit le CO ou le CI est quasi -constante durant toute l' année

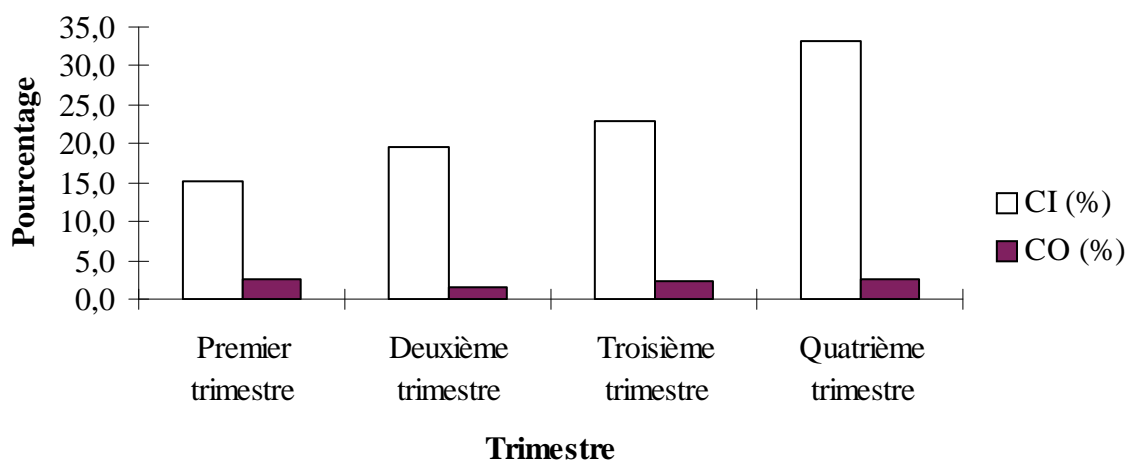


Figure 07 :Répartition des méthodes utilisées selon la date de début de la contraception par trimestre

II.4.2.5- Sources d'information

Tableau IX : Répartition des utilisatrices selon la source d'information

<i>Source d'information</i>	<i>Effectifs des utilisatrices</i>	<i>%</i>
Personnel de santé	170	63
Famille ou amis	54	20
Radio/TV/Journal	41	15
Brochures/Affiches	05	02
Ensemble	270	100

63% des utilisatrices ont eu les informations sur la méthode contraceptive par les personnels de santé.

Les brochures et les affiches n'ont sensibilisé que 2% des utilisatrices

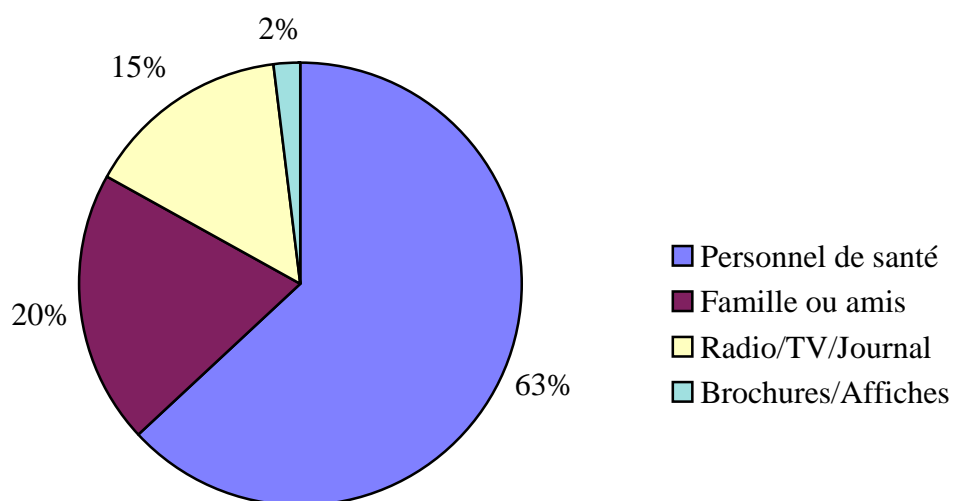


Figure 08 : Fréquence des utilisatrices selon la source d'information

II.4.2.6- Situation matrimoniale

Tableau X: Répartition des utilisatrices selon la situation matrimoniale

<i>Situation matrimoniale</i>	<i>Effectif des utilisatrices</i>	<i>%</i>
Vit en couple	270	100
Vit seule	0	0
Ensemble	270	100

Les femmes qui viennent en consultation pour une contraception sont toutes des femmes mariées.

Tableau XI: Répartition des méthodes selon la situation matrimoniale

<i>Situation matrimoniale</i>	<i>Méthodes</i>			
	CI		CO	
	N	%	N	%
Vit en couple	246	91,1	24	8,9
Vit seule	0	0,0	0,0	0,0
Ensemble	246	0,0	24	8,9

91,1% des utilisatrices préfèrent le contraceptif injectable.

II.4.2.7- Motif d'adhésion

Tableau XII: Répartition des utilisatrices selon le motif d'adhésion

<i>Motif d'adhésion à la PF</i>	<i>Effectif des utilisatrices</i>	<i>%</i>
Espacement des naissances	231	85,6
Limitation des naissances	39	14,4
Ensemble	270	100

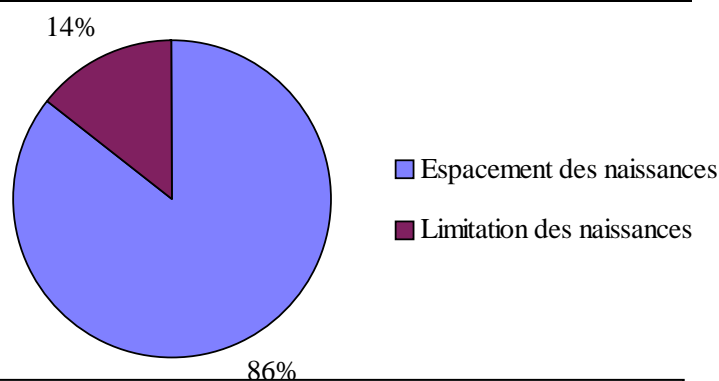


Figure 09 :Motifs d'adhésion à la Planification Familiale

La majorité des utilisatrices choisissent l'espacement des naissances soit les 85,6%

Tableau XIII : Répartition des méthodes selon le motif d'adhésion à la PF

<i>Motifs d'adhésion à la PF</i>	<i>Méthodes</i>			
	CI		CO	
	N	%	N	%
Espacement des naissances	212	78,5	19	7,0
Limitation des naissances	34	12,6	5	1,9
Ensemble	246	91,1	24	8,9

Les femmes qui choisissent les CI restent partout majoritaires

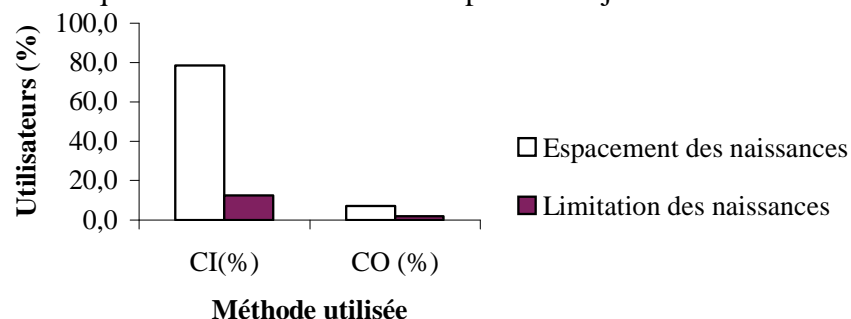


Figure 10 : Fréquence des utilisatrices selon le motif d'adhésion à la Planification Familiale

II.4.2.8- Nombre d'enfants vivants

Tableau XIV: Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants

<i>Nombre d'enfants vivants</i>	<i>Effectif des utilisatrices</i>	<i>%</i>
0	0	0,0
1 à 3	206	76,3
4 et plus	64	23,7
Ensemble	270	100,0

La majorité des utilisatrices ont 1 à 3 enfants vivants

Les femmes n'ayant aucun enfant vivant n'utilisent pas de méthode contraceptive

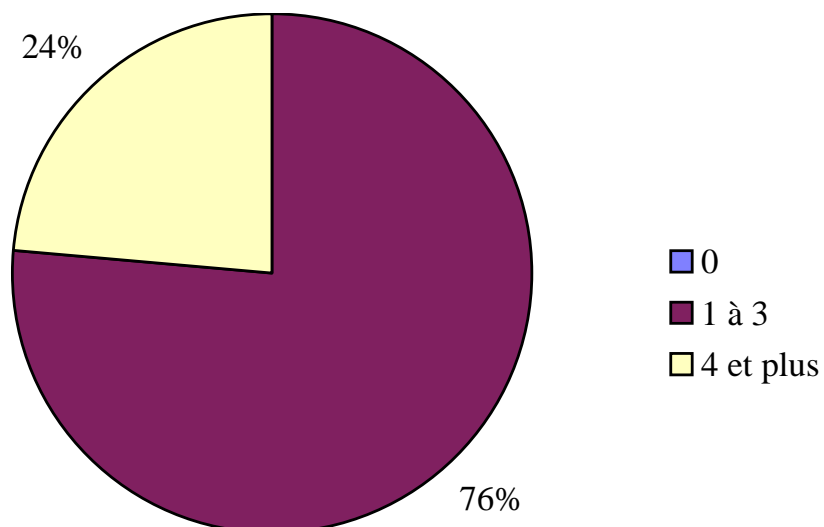


Figure 11 : Fréquence des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants

Tableau XV: Répartition des méthodes selon le nombre d'enfants vivants

<i>Nombre d'enfants vivants</i>	<i>Méthodes utilisées</i>			
	CI		CO	
	N	%	N	%
0	0	0,0	0	0,0
1 à 3	185	68,5	21	7,8
4 et plus	61	22,6	3	1,1
Ensemble	246	91,1	24	8,9

68,5% des femmes utilisant les CI ont des enfants de 1 à 3 ans

Les CO sont moins utilisés par les femmes ayant 4 enfants vivants et plus

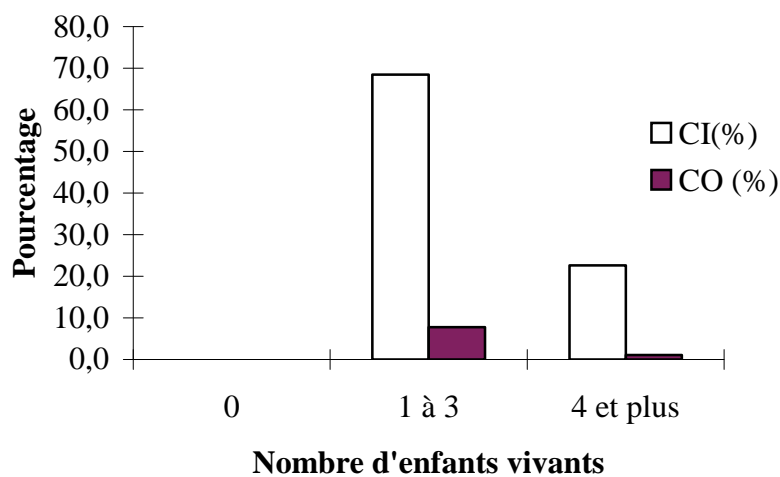


Figure 12 : Fréquence des méthodes selon le nombre d'enfants vivants

II.4.2.9- Suivi et contrôle

Tableau XVI: Répartition des utilisatrices selon le suivi et contrôle

<i>Suivi et contrôle</i>	<i>Effectif des utilisatrices</i>	<i>%</i>
Tolérance	224	83
Arrêt	5	1,9
Abandon	11	4,1
Changement de méthode	30	11,0
Ensemble	270	100,0

83% des utilisatrices ont une bonne tolérance des méthodes contraceptives utilisées.

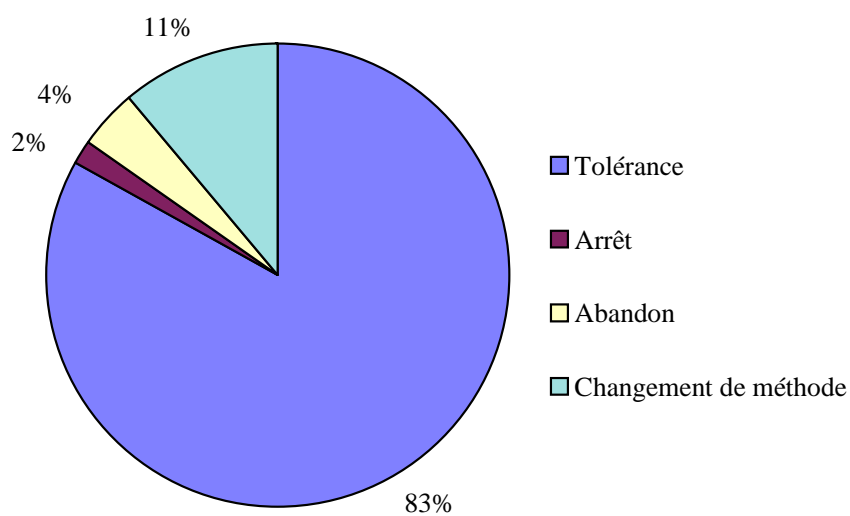


Figure 13 : Fréquence des utilisatrices selon le suivi et contrôle

Tableau XVII: Répartition des méthodes selon le suivi et contrôle

<i>Suivi et contrôle</i>	<i>Méthodes</i>			
	CI		CO	
	N	%	N	%
Tolérance	217	80,4	7	2,6
Arrêt	2	0,7	3	1,1
Abandon	9	3,3	2	0,7
Ensemble	228	84,4	12	4,4

La majorité des femmes ayant abandonné le PF a utilisé les CO .Sur les 12 utilisatrices qui ont adopté le CO ,3 ont arrêté et 2 abandonné.

Dans l' ensemble, toutes les utilisatrices ont bien tolérés les méthodes utilisées.

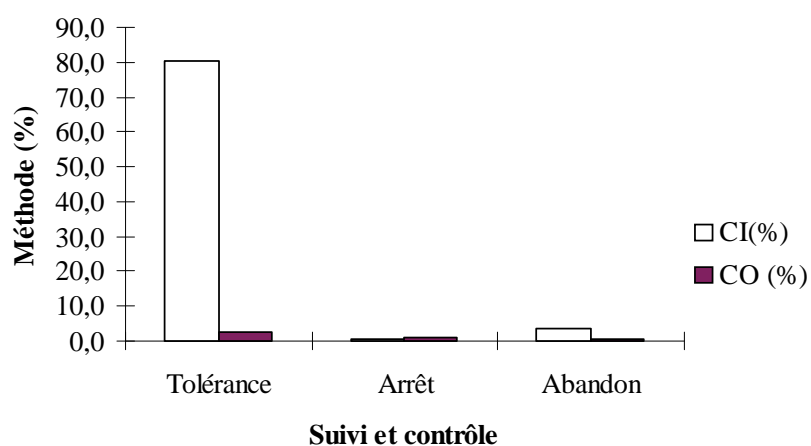


Figure 14 : Suivi et contrôle

II.4.2.10- Changement des méthodes

Tableau XVIII: Répartition des utilisatrices selon le changement des méthodes

<i>Première méthode pratiquée</i>	<i>Effectif des utilisatrices ayant changé de méthode</i>	<i>%</i>
CO	12	4,4
CI	18	6,7
Ensemble	30	11,1

40% des femmes ayant changé de méthode prenaient des contraceptifs oraux.

TROISIEME PARTIE :
COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

III.1- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

III.1.1- FREQUENCE

III.1.1.1- Nouvelles utilisatrices par mois

Ce pourcentage faible du taux d'acceptation peut s'expliquer par le fait que la population cible ne connaît pas encore l'existence de la Planification Familiale ou que l'emplacement du Centre n'est pas pratique ou simplement pour des problèmes financiers ou l'existence d'autres services dans la zone qui arrivent déjà à répondre à la demande des clients. On peut même parler de mauvaise qualité de service à savoir le manque des caractères privés pendant la consultation et les IEC ou des rumeurs et informations erronées au sujet de la Planification qui maintiennent à distance les clients.

III.1.1.2- Nombre d'utilisatrices régulières

Le nombre des utilisatrices régulières nous permet d'évaluer si les clients trouvent que les prestations de service dans le centre sont acceptables. On pourra indiquer des problèmes de prestations de service de Janvier à Septembre lesquels découragent les clientes à continuer l'utilisation des contraceptifs par exemple un counseling ou suivi inadéquat ou seulement le fait que les produits contraceptifs sont disponibles ailleurs (cas des méthodes barrières).

III.1.1.3- Taux de perdues de vue

Le taux d'accroissement des perdues de vue au mois d'août peut s'expliquer soit les clientes prévoient un accouchement pendant la prochaine saison de moisson soit elles préparent la rentrée scolaire de leurs enfants ou la prochaine saison de leur culture.

III.1.1.4- Contraceptifs distribués annuels

Le nombre annuel des CAP assuré par le Centre au cours de l'année 2003 montre une idée de sa performance. A titre de référence, en 2001 le nombre CAP assuré par le Centre est de 112 CAP et en 2002 155 CAP.

Dans notre étude la quantité annuelle distribuée pour les méthodes barrières est nulle car son utilisation n'est pas considérée comme motif de consultation par les clientes. En effet, elles préfèrent se procurer les produits dans les autres services de la zone qui arrivent à répondre à leur demande.

III.1.2- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

III.1.2.1- L'âge des utilisatrices

Nous avons constaté que la fréquentation du service de Planification Familiale survient avec une nette prédominance chez les clientes âgées de 20 à 35 ans (76,7%). En effet, c'est la période correspondant à la pleine activité génitale.

Le taux de 17,4% des utilisatrices âgées de plus de 35 ans peut s'expliquer par le fait qu'à partir de 35 ans, les femmes préfèrent les méthodes de référence qui ne sont pas disponibles au Centre

Pour les moins de 20 ans l'utilisation de CO tient la première place tandis que entre 20 et 35 ans 72,6 % utilisent le CI. Le taux d' utilisation des CO très bas (1,5%) pour les femmes de plus de 35 ans s'explique aussi par le fait que la prescription des CO est contre indiquée pour les femmes âgées de 40 ans et les femmes présentant des risques de maladie cardio-vasculaire.

III.1.2.2- Méthodes contraceptives utilisées

Dans l'ensemble 91,1% des clientes utilisent le CI et 8,9% seulement le CO car le CI a beaucoup plus d'avantages que les autres méthodes contraceptives de par :

- son utilisation discrète;
- sa durée d'action longue;
- ne demande aucun effort de mémoire sauf pour la consultation de suivi;
- n'altère pas de manière significative la quantité et la qualité du lait maternel.

Par contre, la préférence des CO pour les moins de 20 ans peut s'expliquer par la peur des effets secondaires de CI notamment sur le problème de saignement vaginal et le retour à la fécondité retardé.

III.1.2.3- Niveau d'instruction

Le taux de 58 % des utilisatrices qui ont suivi des études primaires a une relation avec le niveau d'instruction de la commune dont la plupart de la population n'accède que l'école primaire.

III.1.2.4- Date de début de la contraception

Les impacts de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) ne deviennent significatifs qu'au quatrième trimestre de l'année au cours duquel le nombre des utilisatrices atteint son maximum (35,9%) tandis que pendant les trois premiers trimestres la tendance est quasi - stable.

Le facteur temps n'a pas d'influence sur le choix de la méthode utilisée.

III.1.2.5- Sources d'information

Compte tenu des résultats obtenus après cette étude, l'utilisation des supports IEC notamment les brochures et les affiches est nécessaire mais non pas suffisante (02%) pour persuader la population cible à pratiquer la Planification Familiale, de même pour la Radio/TV et le Journal (15%). Par contre, la source d'information famille ou amis attire 20 % des utilisatrices .

Ce qui est important, c'est la sensibilisation effectuée par le personnel de santé. Le pourcentage des utilisatrices est très élevée (63%)

III.1.2.6- Situation matrimoniale

La honte de se présenter au centre dans un état de célibat peut expliquer que Les femmes qui viennent en consultation sont toutes des femmes mariées

III.1.2.7- Motif d'adhésion

Comme la majorité des utilisatrices sont encore en pleine période d'activité génitale, 85,6%des clientes préfèrent l'espacement des naissances comme motif d'adhésion à la Planification Familiale. En général, elles utilisent le CI (78,5%) car le CO n'est plus appropriée aux utilisatrices qui veulent faire la limitation des naissances d'où le faible taux d'utilisation de CO (1,9%) .

III.1.2.8- Nombre d'enfants vivants

A partir de 4 enfants et plus, les femmes préfèrent l'utilisation des méthodes de référence. Le pourcentage des utilisatrices dans cette classe est faible (23,7%) par rapport à celui dans la classe ayant 1 à 3 enfants (76,3%).

En tenant compte des autres aspects épidémiologiques notamment l'âge, les utilisatrices ayant 4 enfants et plus ne pratiquent pas la méthode de contraception orale.

Le pourcentage des utilisatrices de CO dans cette classe est très faible (1,1%) .

III.1.2.9 - Suivi et contrôle

L'arrêt (1,9%) et l'abandon (4,1%) peuvent être considérés comme les motifs des pertes de vue (6,1 %)

La qualité de service du centre non satisfaisante ou des problèmes de prestation de service peuvent être pour certaines utilisatrices une raison d'abandon de la contraception .La majorité des femmes ayant abandonné la PF a utilisé le CO .

Le taux de 83 % de tolérance représente la proportion des utilisatrices régulières dans l'ensemble des utilisatrices.

III.1.2.10- Changement de méthodes

11,1%des utilisatrices dont 4,4% de l'ensemble soit 50% des utilisatrices des CO comme première méthode et 6,7 % de l'ensemble soit 7,3 % des utilisatrices ayant choisi le CI comme première méthode ont changé leur méthode de contraception au cours de la période de suivi et contrôle.

La situation d'inconfort provoquée par l'utilisation des méthodes contraceptives entraîne le désir de changement des méthodes ,de même l'intolérance aux produits par la survenue des effets indésirables .

III.2 SUGGESTIONS

Vu les résultats sur l'étude des activités de la planification familiale au Centre de Santé de Base II d'Ambohimangakely au cours de l'année 2003, un projet d'amélioration concernant aussi bien les infrastructures que le personnel est envisagé.

Beaucoup de femmes ne pratiquent pas encore la contraception parce qu'elles ne la connaissent pas suffisamment bien. Elles s'inquiètent des effets secondaires, se heurtent aux critiques de leur mari et de leur entourage .

Le niveau socio-économique et culturel contribue également à l'utilisation de la planification familiale, à noter particulièrement la faiblesse des moyens financiers de la population.

En qualité de dispensateur de la planification familiale, le Centre de Santé de Base d'Ambohimangakely a encore des efforts à fournir pour l'efficacité de son service notamment afin d'augmenter le nombre des nouvelles utilisatrices; diminuer les pertes de vue. Pour cela, il faut attirer l'attention des autorités politiques et religieuses ainsi que les institutions gouvernementales et non gouvernementales responsables médico-sanitaires à tous les niveaux en vue d'apporter un soutien à toute une série d'intervention visant à améliorer l'accès et la qualité de la planification familiale et des services connexes de santé.

Les efforts qu' on doit fournir consistent d'abord en une nette amélioration de la qualité de service de la planification familiale en essayant de trouver une nouvelle modalité qui permet aux clients de pratiquer la planification familiale en toute sécurité et efficacement; donner aux dispensateurs une formation périodique pour qu'ils puissent avoir des aptitudes techniques et des talents de communications sans oublier l'amélioration du système d'information pour la gestion de programme et enfin une sensibilisation de la population qui a pour but de créer un environnement favorable qui encourage non seulement les couples mais d'autres groupes cibles ayant des besoins spécifiques à connaître encore plus les bénéfices de la planification familiale pour leur assurer une meilleure existence.

III.2.1- AMELIORATION DE LA QUALITE DE SERVICE DE SANTE REPRODUCTIVE

Une hausse du nombre des utilisatrices régulières est notée au cours de notre étude. Ceci grâce aux efforts qui ont été consacrés aux services de la planification familiale dans ce centre. Malgré cela on ne peut pas négliger les différents problèmes qu' on a décelés impliquant un apport de solution adéquate pour une nette amélioration de la qualité de service et une sensibilisation de la population à l'utilisation de la planification familiale. Dans ce cas, il est nécessaire d'adopter une nouvelle stratégie plus convaincante que celle qu'on a utilisée auparavant avec une formation des prestataires de service en vue d'améliorer leur connaissance en planification familiale et promouvoir une attitude et pratique responsable sans oublier un bon système d' information pour la gestion .

III.2.1.1-Adopter une stratégie de choix éclairé

Les décisions concernant la procréation et la pratique de la contraception répondront d'autant mieux aux besoins d'une personne qu'elles correspondent à ses souhaits et à ses valeurs, reposent sur des informations exactes et pertinentes et sont conformes aux prescriptions de la médecine en d'autres termes sont des " choix éclairés ".

Pour faire des choix éclairés, il faut savoir ce qu'est la planification familiale, avoir accès à toute une série de méthodes et bénéficier de l' appui politique social et de normes communautaires qui permettent un choix individuel.

La possibilité de faire des choix éclairés ouvre la voie à un partenariat de confiance entre clients et prestataires et encourage à prendre plus de responsabilités pour sa propre santé.

Les programmes et les prestataires de la planification familiale peuvent le faire dans les meilleures conditions en adoptant une stratégie portant sur Cinq domaines(34)

- *Politique de soutien*

Pour aider à faire des choix éclairés en matière de planification familiale, les gouvernements nationaux et les programmes de planification familiale peuvent fixer des normes et établir des directives de prestation de service; éliminer les obstacles médicaux inutiles et les éléments de dissuasion de nature démographique et veiller à ce que la population ait accès aux méthodes qu'elle préfère.

Des politiques sociales et économiques nationales peuvent donner à la population la possibilité de faire elle-même des choix éclairés, par exemple en améliorant l'éducation des femmes et leur condition sociale.

- *Programme de communication*

Les programmes de communication peuvent toucher le public et l'informer au sujet de la planification familiale

Dans les médias et par le biais des réseaux sociaux communautaires, les communications peuvent faire savoir que la population a droit à des informations concernant sa propre santé et peut prendre elle-même de bonnes décisions de planification familiale en fonction de ses propres besoins et ses propres souhaits.

Les messages peuvent mettre en exergue les méthodes de contraception qui sont disponibles et dire où et comment trouver des informations et des services. Les programmes de communication peuvent aussi encourager à rechercher auprès des prestataires de la planification familiale des réponses à des questions et à des soucis.

- *Accès élargi*

On peut d'autant mieux choisir une méthode appropriée et la changer en fonction de l'évolution des besoins qu'on dispose d'un plus grand nombre de méthodes de planification familiale.

En offrant une série de méthodes dans le plus grand nombre possible de lieux, on aide à assurer qu'un choix est à la portée de tous, y compris les habitants des zones rurales, les économiquement faibles, les personnes qui ne peuvent pas facilement quitter leur foyer et celles qui ne veulent pas se rendre dans un dispensaire.

- *Leadership et administration*

Un leadership vigoureux peut faire du principe d'un choix éclairé l'objectif d'un programme et une mesure de sa réussite.

Les responsables de programme peuvent faire du choix éclairé leur norme d'organisation s'ils:

- analysent et améliorent son fonctionnement;
- assurent un bon encadrement;
- forment le personnel ;
- évaluent les résultats.

- *Communication client -prestataire*

On peut faire des choix éclairés sans jamais voir un prestataire de planification familiale. Cependant, quand on va voir un prestataire, celui-ci peut s'assurer que le choix est effectivement éclairé.

Les prestataires peuvent demander aux nouveaux clients quelle méthode ils préfèrent ainsi leur fournir cette méthode et aux clients persistants s'ils voudraient essayer une autre méthode.

Durant une bonne consultation portant sur un choix éclairé, les clients jouent un rôle actif, posent des questions, expriment leur soucis et interviennent sur un pied d'égalité avec les prestataires.

En bref, avec l'acceptation généralisée du principe d'un choix éclairé en matière de planification familiale, les populations sont mieux informées, disposent d'un choix plus grand et d'un meilleur soutien quand il s'agit de prendre des décisions appropriées.

Les donateurs, les services publics , les programmes et les prestataires de planification familiale doivent se donner partout pour but de veiller à ce que les choix soient éclairés en planification familiale.

On note particulièrement que les responsables de programme de la planification familiale peuvent faire du choix éclairé leur norme d'organisation s'ils assurent une formation des personnels en vue d'une amélioration des connaissances et la promotion d'attitudes et pratiques responsables en matière de planification familiale.

III.2.1.2-Attitude et pratique responsable en matière de planification familiale

- *Les modalités nécessaires*

D'habitude la raison pour laquelle les clients ne reviennent plus au prochain rendez-vous ou désirent souvent changer de méthode provient des effets plus ou moins gênants de la méthode adoptée malgré les informations et les conseils qu'on les a donnés. Afin d'éviter cela, certaines modalités sont nécessaires avant de fournir des méthodes de Planification Familiale .

Les modalités qui:(35)

- peuvent être appropriées pour de bons soins préventifs mais pas matériellement liées à l'emploi sans danger d'une méthode de la planification familiale à savoir un examen pelvien; le dépistage des IST; le dépistage des cancers du col; la lecture de la tension artérielle et l'examen du sein qui sont raisonnables sur le plan médical pour l'emploi le plus sûr de la méthode entre autre le contraceptifs oraux combinés; des bonnes méthodes de prévention de l'infection;
- sont essentielles et exigées ou importantes pour employer sans danger la méthode de planification familiale à savoir: les conseils précis concernant la méthode y compris les instructions pour l'oubli de la prise de pilule; les conseils portant sur les changements de règles.

Autrement, il faut convaincre les femmes que les risques liés à la grossesse et à l'accouchement sont beaucoup plus importants que les risques liés à l'utilisation des contraceptifs.

- *Savoir respecter les droits du client(36)*

Le prestataire de service en planification familiale doit savoir que chaque client a droit à:

- une information: il doit être informé des avantages de la contraception, des différentes méthodes et de la disponibilité des services;
- un accès: bénéficier des services sans distinction de sexe, religion, race, état civil ou lieu de résidence;
- un choix: le client décide librement de la pratique et du choix de la méthode;

- une sécurité: il faut qu'il soit assuré de l'efficacité et de l'innocuité des différentes méthodes offertes;
- la confidentialité: toute information que donnera une cliente doit être traitée de manière confidentielle, qu'il s'agisse d'information sur ses antécédents médicaux et des conditions qui l'ont poussé à consulter, des services qui lui ont été fournis et de toute décision qu'elle a pris sur le plan de la planification familiale;
- la dignité: être écoutée et traitée avec respect afin d'exprimer librement son opinion sur les services convenables;
- la continuité: elle doit bénéficier des services et des contraceptifs aussi longtemps que nécessaire sans rupture.

- *Personnaliser le conseil en Planification Familiale(37)*

Au premier contact, le prestataire doit :

- savoir écouter la femme aimablement pour lui donner confiance;.
- demander à chaque femme si elle désire connaître comment choisir le nombre d'enfants voulus ou comment déterminer le délai souhaité entre deux grossesses;
- demander si elle souhaite en savoir plus sur les méthodes contraceptives utilisées et disponibles ou si elle n'a pas de problème de stérilité;
- dédramatiser les rumeurs et les bruits qui courent sur les méthodes contraceptives; ne pas hésiter à demander à la femme ce qu'elle en pense et ce qu'elle croît;
- prendre en charge les femmes qui souhaitent une méthode de la planification familiale (service qui doit être disponible aussi souvent que possible);
- donner un rendez-vous;
- renforcer en particulier les informations auprès des femmes qui ont déjà beaucoup d'enfants ou qui ont subi une opération césarienne en leur expliquant les risques ainsi qu'auprès des adolescents (risque d'avortement).

- *Auto-évaluation des prestataires de service de Planification Familiale(20)*

Afin de pouvoir évaluer leur efficacité , les prestataires doivent remplir les conditions suivantes :

- comprendre et respecter les droits du client;

- avoir une façon de gagner la confiance du client;
- comprendre toutes les méthodes de la planification familiale;
- comprendre la culture et les facteurs psychologiques qui ont un impact sur la décision de la femme sur la méthode de la planification familiale;
- avoir une approche sans jugement de valeur;
- avoir une empathie envers les clients;
- avoir une capacité de présenter l’information sans biais;
- être compétents à encourager les clients à poser des questions; à écouter attentivement leurs préoccupations ;
- avoir une aptitude à référer le client: la connaissance des informations essentielles sur les méthodes contraceptives de longue durée permet au prestataire de référer les utilisatrices aux centres où ces méthodes sont disponibles.

Dans ce cas il a la qualité d’ un conseiller efficace et dans le cas échéant une formation est encore nécessaire.

III.2.1.3- Perfectionnement du système d’information pour la gestion des activités de planification familiale

Chaque centre de santé doit assurer un bon système d’ information. Eu égard aux résultats obtenus en matière de planification familiale par le Centre de Santé de Base d’ Ambohimangakely au cours d’ une année , ce centre possède un bon système mais il doit garder voir même améliorer cette performance. Dans ce cas le système d’ information pour la gestion doit être utilisé par les intervenants à différents niveaux à savoir le prestataire de services, le responsable de la logistique, le superviseur, les autorités, les agences de financement, les motivateurs et les animateurs, la communauté afin de pouvoir faire un suivi des activités de prestation de service, un suivi et évaluation de l’ évolution du programme par rapport à ses objectifs et surtout un réapprovisionnement en matériels et méthodes.

- *Approvisionnement en contraceptifs(38)*

Le but de l’approvisionnement consiste à fournir des contraceptifs sûrs et efficaces au moment où les clients en ont besoin.

Il est donc nécessaire de le faire afin de:

- assurer la continuité des services de prestations;
- assurer la disponibilité d' un produit;
- satisfaire les besoins de l'utilisateur;
- éviter les ruptures de stocks;
- assurer une protection permanente de l'utilisateur contre les grossesses non désirées et les IST .

A noter aussi que le Centre doit maîtriser l'importance des six bons en matière de planification familiale : bonne quantité ; bon produit ; bonne place ; bon moment ; bonne condition et bon prix pour les produits qui seront:

- adaptés aux besoins de la cliente;
- non périmés, ne causant aucun danger pour les clients (éviter les sur stocks);
- bien visibles et accessibles;
- en bonne conservation et efficaces;
- à prix raisonnable, abordable et à la portée de l'utilisateur;

- *Intérêts de Participation Financière des Usagers (PFU)*

La participation financière des usagers est l'un des facteurs qui diminuent la fréquentation des services de la planification familiale à cause du contexte socio-économique et culturel de la population, particulièrement la faiblesse des moyens financiers mais compte tenu de son importance pour la réussite du programme, on doit sensibiliser la population sur l'intérêt de la participation financière des usagers tout en sachant comment bien gérer les produits de contraception et le fond de recette et si possible proposer une ou des solutions réalistes pour ne pas marginaliser les vraiment pauvres .On doit même procéder à une échelle discriminatoire de tarifs ou des plans de paiement spéciaux pour les clients les plus pauvres.

- *Intégration des différentes autorités*

Les efforts des services de la planification familiale seront vains sans un appui des intervenants à différents niveaux à savoir les institutions gouvernementales ou non responsables en matière de planification familiale; les agences de financement; les autorités politiques ainsi que les autorités religieuses.

Cette intégration a pour but d'abord d'organiser une formation pour les prestataires afin d'avoir des personnels qualifiés en la matière puis une réhabilitation et dotation en équipements techniques des formations sanitaires dans le but d'avoir un peu plus d'espace privé pour les examens et le counseling .

Une adhésion des autorités politiques, à tous les échelons depuis l'échelon communal ou municipal jusqu'à l'échelon ministériel ou national pour convaincre la population du sens et de la valeur de la planification familiale.

Une adhésion aussi des autorités religieuses pour un changement de comportement.

Ils doivent admettre que la population doit pouvoir accéder à la contraception sans discrimination morale ou financière.

Malgré une amélioration de la qualité de service ,il faut toujours mettre à part une sensibilisation non seulement des femmes en âge de procréer qui sont les cibles primaires mais aussi les cibles secondaires qui ont aussi des besoins assez spécifiques en la matière à savoir les hommes et les adolescents

III.2.2- . SENSIBILISATION DE LA POPULATION

Si on veut résoudre les problèmes de santé reproductive qui se posent aujourd'hui, l'accès de la population à des informations et des services de la planification familiale est indispensable. Ceci nécessite une étroite collaboration entre les différentes autorités locales et la communauté .

Il faut donc convaincre la population d'abord par les moyens les plus simples à savoir les supports IEC puis une sensibilisation par les mass-media à commencer par une stratégie éducative. Ceci dans le but d'étendre les cibles non seulement les femmes mais tous ce qui ont des besoins en matière de santé reproductive.

III.2.2.1- Utilisation des supports IEC en planification familiale(20)

Les supports IEC utilisés dans les Centres de Santé de Base sont entre autre les cartes d' invitations de planification familiale; les vans présentatoires utilisés lors des counseling et les différents mass-media à savoir des journaux ou genre de bandes dessinés contenant des informations et des conseils en planification familiale voir même en santé reproductive

- *Promouvoir l'utilisation des cartes d'invitations Planification Familiale*

Les cartes d'invitation font partie d'un effort à encourager les couples qui veulent bénéficier de la planification familiale à venir au centre pour choisir effectivement une méthode contraceptive qui leur convient.

Ces cartes seront distribuées par les agents de santé pour tous ceux qui veulent jouir de la planification familiale particulièrement aux femmes enceintes lors de la consultation prénatale; aux femmes qui viennent d'accoucher et aux couples qui utilisent déjà une méthode de contraception afin qu'ils puissent à leur tour donner les cartes d'invitation à d'autres personnes qu'ils pensent être prêts à faire les premiers pas vers un centre de planification familiale.

C'est un moyen de communication parmi tant d'autres qui ont pour but de créer un environnement favorable qui encourage les couples à connaître encore plus les bénéfices de la planification familiale pour le bien de leur famille.

- *Utilisation efficace des vans présentatoires*

Le van présentatoire est une aide visuelle utilisée lors des séances de counseling contenant les méthodes contraceptives à expliquer

Le prestataire doit:

- transmettre le message en utilisant les mots des clients et ceci méthode par méthode ;
- procéder à une allure avec laquelle les clients se trouvent confortables;
- encourager les clients à poser des questions.

- *Sensibilisation par les mass-media*

C'est un moyen de communication utilisé dans le centre de santé parmi tant d'autres comprenant le journal "gazety" sur les thèmes de santé maternelle et infantile et " indray miseho" sur la santé reproductive présenté sous forme de bandes dessinées qui sont destinées à tous ceux qu'on pense pouvoir en bénéficier.

Il y a des dizaines de façons efficaces d'utiliser ces journaux.

Prenons quelques exemples typiques:

Au niveau d'un groupement féminin, suite à une discussion sur les avantages de la contraception moderne, les femmes qui sont intéressées à débiter la planification familiale reçoivent un journal montrant comment les couples décident d'utiliser les méthodes de contraception moderne malgré leur doutes, craintes et les autres obstacles ceci dans le but de faciliter la discussion avec le mari.

Après l'accouchement, la sage femme donne à la mère un "gazety" sur l'allaitement

Les journaux sont conçus pour atteindre un grand nombre d'individu à un prix modiques mais non pas gratuitement afin d'éviter qu'il y aura un moment où ils manquent pour ceux qui en ont vraiment besoin.

Compte tenu des résultats obtenus après cette étude, l'utilisation de ses supports IEC en planification familiale n'est pas suffisante pour sensibiliser la population; l'adhésion des autorités et responsables touchés par les actions de sensibilisation est très importante ainsi un recrutement des experts en CCC pour renforcer les capacités dans le développement des activités de sensibilisation, de mobilisation sociale et de formation ponctuelle.

Actuellement, la population ciblée par les programmes de la planification familiale est constituée essentiellement par les femmes mariées en âge de procréer.

Avec le progrès et dans la mesure du possible une telle cible s'étendra dans le futur à d'autres groupes de population ayant des besoins assez spécifiques tels les hommes ou les adolescents.

- *Sensibilisation des adolescents et des hommes*

L'information des hommes en vue de leur implication dans la planification familiale est très importante car une femme qui veut se protéger contre la grossesse ou la maladie a besoin de la coopération de l'homme.

La participation des hommes à la PF est une stratégie avantageuse pour la santé de la reproduction

- ◆ Promouvoir l'utilisation des préservatifs (39)

La sensibilisation à l'utilisation des préservatifs vise tout le monde mais en particulier les adolescents et les hommes.

D'abord leur expliquer qu'il est important d'employer chaque fois un préservatif car un rapport sexuel non protégé peut conduire à une grossesse non voulue ou une infection sexuellement transmissible et que l'aspect extérieur d'une personne ne peut pas indiquer s'il a ou si elle a une maladie sexuellement transmissible. La personne peut sembler en parfaite santé.

L'utilisation des préservatifs permet d'assumer la responsabilité de la prévention de la grossesse et des IST si on s'en sert correctement.

Certaines personnes peuvent éprouver de la gêne à acheter des préservatifs ou de demander au partenaire de s'en servir voire même de les mettre en place, les enlever ou les jeter. D'autres associent les préservatifs à une sexualité immorale, à des rapports sexuels en dehors du mariage, ou à des relations avec des prostituées.

Malgré cette réputation médiocre, il faut noter que c'est la seule méthode qui partage la responsabilité du couple en matière de planification familiale et que son utilisation est facile, sans danger il peut être employé par des hommes de tous âges ne nécessitant pas une consultation préalable d'un agent de santé et on s'en procure facilement car il est en vente dans de nombreux endroits.

On doit toujours avoir des préservatifs de réserve même si on ne prévoit pas de rapport sexuel.

♦ Nouvelle méthode de contraception pour les hommes (40)

En matière de santé de reproduction, les hommes ont leur part de responsabilité pour améliorer le rôle et le statut de la femme. De nos jours, on note une lassitude de la femme à prendre sa pilule quotidiennement et qui souhaite passer le relais à son partenaire.

une méthode contraceptive destinée aux hommes associant testostérone et progestérone est parvenue pour la première fois à prévenir toute grossesse chez 55 couples pendant un an. Pendant trois à six mois, les hommes ont d'abord reçu de la progestérone en injections et des implants de testostérone de façon à stopper la production de spermatozoïdes. Ensuite, pendant une période de douze mois, aucune grossesse n'a été enregistrée. Cette méthode demandera encore quelques années avant sa commercialisation.

- ◆ Communication pour le changement de comportement (CCC) sur la santé de la reproduction des jeunes

La population ciblée par les services de planification familiale comprend toujours les femmes mariées en âge de procréer alors que beaucoup de jeunes souffrent encore plus d'un nombre disproportionné de grossesses non planifiées, d'infections sexuellement transmissibles ou d'autres problèmes de santé reproductive ; dans ce cas attirer l'attention de ces jeunes à venir au centre.

On doit (41)

- Créer des services de planification familiale spécifiques aux jeunes;
- organiser des forum sur la Planification Familiale en relation avec l'association des jeunes;
- faire une éducation sur la reproduction des jeunes et des adolescents et la parenté responsable: mise en place d'une procédure de communication interpersonnelle par des visites inter domiciliaire et causerie éducative. Les stratégies éducatives découlent surtout des opportunités qu'offrent les organisations socio -culturelles de la communauté.;
- faire une éducation à la vie familiale qui cause typiquement un délai du commencement de l'activité sexuelle et les aider à éviter les comportements à risque quand l'activité commence;
- organiser des conférences publiques sur la planification familiale pour les changements de comportement: promouvoir un comportement sexuel responsable.

- *Comportement sexuel responsable*

Il faut apporter de l'aide pour éduquer la communauté à reconnaître les risques en sexualité et à modifier leur comportement sexuel par les médias et les programmes de contacts personnels .On peut suivre pour cela l'un des trois principes (42)

A: Abstention

B: Bien fidèle. avoir toujours des rapports sexuels avec le même partenaire. Cette personne doit aussi ne pas avoir de rapports sexuels avec un tiers et ne doit pas avoir de maladies sexuellement transmissibles

C: Condoms ou préservatifs utilisés constamment. L'employer en tout temps et correctement

En bref, il est nécessaire de coupler contraception et protection pour neutraliser l'acte sexuel et on ne conservera que plaisir quand la grossesse n'est pas souhaitée.

La sensibilisation de la population par les médias; les supports audio-visuels; les différentes activités communautaires ont pour but de créer un environnement favorable qui encourage les couples à connaître encore plus les bénéfices de la planification familiale pour le bien de leur famille ainsi un développement rapide de la nation.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'un des plus grands défis que doivent relever les programmes de la planification familiale consiste à trouver des moyens de mieux aider primordialement les femmes car actuellement la population ciblée par la planification familiale reste encore les femmes mariées en âge de procréer.

Nous avons choisi le Centre de Santé de Base II d' Ambohimangakely pour effectuer une étude sur les activités de la planification familiale au cours de l'année 2003 les résultats de notre étude montrent:

Le nombre mensuel des utilisatrices régulières varie de 224 à 419 en 2003. Le taux d'accroissement est de 51,26% au cours de l'année ainsi le centre assure 325 CAP. En moyenne, le taux d'acceptation est de 5,9% et le taux de pertes de vue estimé à 6,1% .

91% des utilisatrices choisissent les contraceptifs injectables, pas d'utilisateur des méthodes barrières.

72,6% des utilisatrices sont âgées de 20 à 35 ans; les 91,1% d'entre elles utilisent le contraceptif injectable.

58% ont suivi des études primaires dont 53% utilisent le CI, les CO ont été choisis aussi bien par les femmes de niveau primaire que secondaire et les illettrées choisissent plutôt les CI.

La majorité des utilisatrices débutent leur contraception dans le quatrième trimestre de l'année, l'utilisation des produits que ce soit CO ou CI est quasi- constante durant toute l'année.

63% des utilisatrices ont eu les informations sur la contraception par les personnels de santé, les brochures et affiches n'ont sensibilisé que 2% des utilisatrices.

Les femmes qui viennent pour une PF sont toutes des femmes mariées, 85,6% d'entre-elles ont opté pour un espacement de naissance . 76,3% ont 1 à 3 enfants vivants.

83% des utilisatrices ont une bonne tolérance des méthodes contraceptives utilisées.

Nous croyons pouvoir dire que trois problèmes sont à retenir :

1) Le manque de la sensibilisation de la population sur la pratique de la contraception

2) Le niveau socio- économique et culturel très bas de la population

3) La qualité de service de la planification familiale non satisfaisante

Après avoir considéré les contraintes et apporté les meilleures solutions possibles, nous pensons qu'une adhésion entière des différentes autorités en particulier politiques; religieuses et responsables du programme est nécessaire.

Il va de soi que notre travail ne constitue qu'un simple maillon d' une chaîne de grande envergure qui contribuera à d'authentique progrès en matière de planification familiale dans ce centre de santé ainsi qu' à tous les prestataires de services de Planification Familiale.

Enfin, il convient d'aborder à court terme de promouvoir, encourager et améliorer au fur et à mesure une politique d'utilisation de la planification familiale ainsi d'étendre dans le futur dans la mesure du possible la population ciblée par la planification familiale à d'autres groupes de population ayant des besoins assez spécifiques. Dans ce cas, introduire un programme de formation en santé de la reproduction incluant la planification familiale dans les établissements scolaires et aider les personnels de santé à améliorer leur prestation de services en matière de planification familiale.

Ce sera peut-être un pas de plus sur cette longue route que doit mener un jour la population malgache vers le niveau le plus élevé de santé sexuelle et reproductive./.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Legrain G, Delvoye P, Ranjalahy Rasolofomanana J.** La santé de la reproduction pratique et opérationnelle. Ministère de Santé/FNUAP, Antananarivo, 2001 :3,35,48
- 2- Rosenfield A, Fathalla MF.** Manuel de la reproduction humaine.FIGO, 1994.
- 3- Fathalla MF.** From obstetrics and gynecology to women's health.The road ahead. The parthenon publishing group, 1997.
- 4- Legrain G, Delvoye P.** La planification familiale pratique et opérationnelle. Paris : Hatier, 1994.
- 5- Blumenthal P., Mc Intosh N.** Guide de poche à l'intention des prestataires de planning familial. JHPIEGO, 1995.
- 6- IPPF.** Directives médicales et de prestation de service pour la planification familiale Angleterre : IPPF, 1993 : 2.
- 7- Westoff CF.** Reproductive preference and fertility rates. International family planning perspective.1990 : 16.
- 8- Institut National De la Statistique.** Rapport principal, Enquête auprès des ménages. Antananarivo : INSTAT/DSM/EPM.2001 ; 39.
- 9- Hatcher RA et coll.** Contraceptive technology, 16^eédition.New York : Irvington publishers,1994.

- 10-Solter C.**Comprehensive reproductive health and family planning training curriculum, module 6 : DMPA Injectable contraceptive.Watertown, Massachusetts : Pathfinder International, 1996.
- 11-Tietjen L, Cronin W, Mc Intosh N.** Infection prevention for family planning service programs, a problem-solving reference manual. Baltimore : Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO), 1992 .
- 12-Technical Guidance/Competence Working Group .** Recommendations for updating selected practices in contraceptive use.Chapel Hill, Caroline du nord : Program for International training in health, 1994; 1.
- 13-Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller J, Shelton JD.** Éléments de la technologie de la contraception. Baltimore : Programme d'information sur la population, école de santé publique, Université Johns Hopkins, 2000.
- 14-Organisation mondiale de la santé (OMS).** Pour un meilleur accès de soins de qualité en matière de planification familiale. Genève: OMS, 1996.
- 15-Fattorusso V, Ritter O.**Vademecum clinique. Paris : Masson, 16^eédition, 2001.
- 16-Blackburn RD, Cunkelman JA, Zlidar VM.** Les contraceptifs oraux : situation actuelle.Baltimore : Johns Hopkins school of public Health, population information program, Population Reports, 2000; Série A; 9.
- 17-Mc Cann MF, Potter LS.** Progestin only oral contraception : a comprehensive review. Contraception, 1994; 50; 6.
- 18-Trussell J.** Emergency contraceptive pills : A simple proposal to reduce unintended pregnancies. Family planning perspectives, 1992 ; 24 ; 6.

- 19- Organisation mondiale de la santé (OMS).** Progress in human reproduction. Genève : OMS, 1992 ; 21.
- 20- Ministère de la santé.** Formation des prestataires de service en planification familiale. Ministère de la Santé/Projet JSI, Antananarivo, 1999.
- 21- Population Action International.** A guide to methods of birth control. Washington : D.C ; Population action international, 1991.
- 22- Mc Intosh N, Blouse A, Shaefer L.** Norplant guidelines for family planning service programs, a problem-solving reference manuel. Baltimore: JHPIEGO, 2^e edition, 1995.
- 23- Mc Intosh N, Kinrie B, Blouse A.** IUD guidelines for family planning service programs, a problem-solving reference manuel. Baltimore: JHPIEGO, 2^e edition, 1995.
- 24- AVSC International.** Safe and voluntary surgical contraception: Guidelines for service programs. New York : AVSC International, 1995.
- 25- Liskin L, Benoit E, Blackburn R.** La vasectomie. Baltimore : JHPIEGO, Population reports 1992 ; série D ; 5.
- 26- Labbok M, Cooney C, Coly S.** Guidelines : breastfeeding, family planning and Lactational Amenorrhea Method-LAM . Washington : D.C. Georgetown university , Institute for reproductive health, 1994.
- 27- Angle M.** Guidelines for clinical procedures in family planning, a reference for trainers . Chapel Hill, North carolina : program for International training in health (INTRAH), 2^e edition, 1993.

- 28- Cooperating Agencies informed choice task force.** Informed choice : Report for the cooperating agencies task force. Baltimore : Johns hopkins school of public health, center for communication Programs, 1989.
- 29- Fraser IS.** Injectable contraceptive: Vaginal bleeding patterns with monthly injectable contraceptive. Contraception, 1992 ; 49 ; 4.
- 30- Family health international(FHI).** How to take the pill. FDI patient package insert instructions for OC use. North carolina : research triangle park, 1994.
- 31- Bertrand JT, Magnani RJ, Knowles JC.** Handbook of indicators for family planning program evaluation. Chapel Hill, 1994.
- 32- AID.** Task force in standardization of family planning program performance indicators : Revised CYP factors. Draft report , 1991.
- 33- Shelton J.** What's wrong with CYP. Studies in family planning. Draft report , 1991.
- 34- Robey B, Ross J, Bhushan I.** Meeting unmet need :New strategies. Baltimore : Johns Hopkins School of Public Health,Population Information Program, 1996.
- 35- Groupe des travailleurs sur les orientations / Compétence technique.** Méthodes de planning familial : nouvelles directive. Baltimore : Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1996.
- 36- Bonnet D, Guillaume A.** La santé de la reproduction : concept et acteurs. Document de recherche. Paris : ETS/IRD, 1999, 8.
- 37- Gallen M, Lettenmaier C, Green CP.** Counseling makes a difference. Baltimore : JHPIEGO, Population reports 1987; Série J ; 35.

- 38- Management Sciences for Health.** Stratégie de gestion pour améliorer les services de planification familiale. Kumarian press, 1994.
- 39- Organisation mondiale de la santé (OMS).** Management of sexually transmitted diseases. Genève : OMS, 1994.
- 40- Storey JD, Ilkhamov A, Saksvig B.** Perceptions of family planning and reproductive health issues. Baltimore : Johns Hopkins Center for communication Programs, 1997.
- 41- Kirsten L, Themmen EM.** Education communautaire pour une meilleure santé de la reproduction. Family care internationale, 1998.
- 42- Liskin L.** MST : prévention, diagnostic, traitement et suivi. Baltimore : Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Population reports 1993; Série L ; 9.

Name and First name : RAKOTOARIVELO Holiarimanga

Title of the Thesis : THE ACTIVITIES OF PLANNING FAMILIAL IN THE
HEALTH CENTER II AMBOHIMANGAKELY

Classification : PUBLIC HEALTH

Number of figures: 14 **Number of draw :** 02 **Number of pages :** 69

Number of Tables : 18 **Number of annexes :** 02

Number of bibliographical references : 42

SUMMARY

We have chosen the Health Center II Ambohimangakely to study the activities of the Planning Familial during the 2003. This study allows us to advance the following conclusions as:

The number of regular users varies from 224 to 419

The rate of increase is 51.26%

The rate of acceptance is 5.9%, the rate of lost of view is 6.1 %

The Center assure 325 Couple – Year of Protection

91% of users choice the Inject Contraception, 2.6 % of them have 20 to 35 years

58% have followed the primary study

The majority of users begin their contraception in the fourth trimester of year. 6.3 % of them have the information of contraception by the health team. They are all women married and have 1 to 3 children. 83% have the tolerance of contraception method used.

Three problems must be considered :

Sensibly of the population is not enough

The socio – cultural and economical degree is down

The allowance quality is not satisfactory

To resolve theses problems the application of the whole authorities is necessary also the narrow collaboration between of the Health Center Communities and the responsible authorities.

Key word : Planning familial – Contraception – User –
Inject Contraception - Tolerance

Director of Thesis : Professor RANDRIANARIVO

Reporter of Thesis : Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal

Adress of the Author : Lot II E 2YW Ambohimirary Ampasapito – Antananarivo

Nom et Prénom : RAKOTOARIVELO Holiarimanga

Titre de la Thèse : LES ACTIVITES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU
CENTRE DE SANTE DE BASE II AMBOHIMANGAKELY

Rubrique : SANTE PUBLIQUE

Nombre de figures : 14 **Nombre de Schéma :** 02 **Nombre de pages :** 69

Nombre de Tableaux : 18 **Nombre d'annexes :** 02

Nombre de références Bibliographiques : 42

RESUME

Nous avons choisi le Centre de Santé de Base II d' Ambohimangakely pour effectuer une étude sur les activités de la planification familiale au cours de l'année 2003 .Ce qui permet d'avancer les conclusions suivantes : Le nombre mensuel des utilisatrices régulières varie de 224 à 419.Le taux d'accroissement est de 51,26% ainsi le Centre assure 325 couples-années de protection au cours de l'année. En moyenne, le taux d'acceptation est de 5,9%; le taux de pertes de vue estimé à 6,1%

91% des utilisatrices choisissent les contraceptifs injectables,

72,6% des utilisatrices sont âgées de 20 à 35 ans,

58% ont suivi des études primaires.

La majorité des utilisatrices débutent leur contraception dans le quatrième trimestre de l'année. 63% des utilisateurs ont eu les informations sur la contraception par le personnel de santé. Ce sont toutes des femmes mariées. 85,6% d'entre-elles s'adhèrent pour un espacement de naissance. 76,3% ont 1 à 3 enfants vivants. 83% des utilisatrices ont une bonne tolérance des méthodes contraceptives utilisées.

Trois problèmes sont à retenir : le manque de la sensibilisation de la population concernant l'utilisation de la contraception ; le niveau socio- culturel et économique très bas et la qualité de service non satisfaisante. Pour résoudre ces problèmes, une adhésion entière des différentes autorités est nécessaire : une collaboration étroite entre communauté, centre de santé et autorité responsable.

Mots clés : Planification Familiale – Contraception – Utilisatrices –
Contraceptifs Injectables - Tolérance

Directeur de Thèse : Professeur RANDRIANARIVO

Rapporteur de Thèse : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

Adresse de l'auteur : Lot II E 2YW Ambohimirary Ampasampito –Antananarivo 101