

<b>N°</b>	<b>Nomenclature</b>	<b>Page</b>
01	Les méthodes contraceptives disponibles au centre avec leur coût respectif	53
02	Profil des bénéficiaires par méthode contraceptive	56
03	Répartition des utilisatrices selon les tranches d'âge	62
04	Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction	63
05	Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants	64
06	Répartition des utilisatrices selon l'état matrimonial	65
07	Répartition des utilisatrices selon l'intervalle inter génésique	66
08	Répartition des utilisatrices selon le motif d'adhésion	66
09	Répartition des utilisatrices selon la méthode adoptée	67
10	Répartition des utilisatrices selon les sources d'informations	68
11	Répartition des utilisatrices selon l'âge et le motif d'adhésion	69
12	Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants et le motif d'adhésion	70
13	Répartition des utilisatrices selon l'âge et le nombre d'enfants vivants	71
14	Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants	72
15	Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants et la méthode adoptée	73
16	Répartition des utilisatrices selon le motif d'adhésion et la méthode adaptée	73
17	Répartition des nouvelles utilisatrices selon les différentes méthodes	74
18	Suivi et contrôle	75
19	Motifs de changement selon les effets secondaires	76

## LISTE DES FIGURES

N°	Nomenclature	Page
01	Avantages de la PF	19
02	Les tranches d'âge des utilisatrices	62
03	Le niveau d'instruction des utilisatrices	63
04	Le nombre d'enfants vivants des utilisatrices	64
05	L'état matrimonial des utilisatrices	65
06	La méthode adaptée des utilisatrices	67
07	Les sources d'information des utilisatrices	68
08	L'âge et le motif d'adhésion	69
09	Le nombre d'enfants vivants et le motif d'adhésion	70
10	L'âge et le nombre d'enfants vivants	71
11	Le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants	72
12	Les méthodes utilisées par les nouvelles utilisatrices	74
13	Suivi et contrôle	75

**LISTE DES SCHEMAS**

<b>N°</b>	<b>Nomenclature</b>	<b>Page</b>
01	L'appareil reproducteur féminin	4
02	L'appareil reproducteur masculin	4
03	Le cycle menstruel	8

**LISTE DES ANNEXES**

<b>N°</b>	<b>Nomenclature</b>	<b>Page</b>
01	Fiche de consultation en Planification Familiale	88

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

<i>APPROPOP</i>	: <i>APpui de PROjet pour la POPulation</i>
CASC	: Comité d'Action Sanitaire Communautaire
CI	: Contraceptif Injectable
CIPD	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CCV	: Contraception Chirurgicale Volontaire
CHD	: Centre Hospitalier de District
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
COC	: Contraceptifs Oraux Combinés
CPN	: Consultation PréNatale
<i>CSB II</i>	: <i>Centre de Santé de Base Niveau II</i>
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
FFP	: Fandrindrana ny Fiainam-pianakaviana
FISA	: Flanakaviana Sambatra
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
FSH	: Hormone Folliculo-Stimulante
GTZ	: Agence Bilatérale d'aide du Gouvernement Allemand
HTA	: Hypertension Artérielle
IEC	: Information - Education - Communication
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
JSI	: Jereo Salama Isika
LH	: Hormone Lutéinisante
MAMA	: Méthode de l'Allaitement Maternel de l'Aménorrhée
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisme Non Gouvernemental
ONU	: Organisation des Nations Unies
PF	: Planning Familial = Planification Familiale
PFN	: Planification Familiale Naturelle

PNPDES	: Politique Nationale de la Population pour le Développement Economique et Social
PP	: Pilules Progestatives
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
UPD	: Unité de Population et Développement
USAID	: United States Agency for International Development

## SOMMAIRE

Pages

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE</b>	
1. Rappels anatomo-physiologiques.....	3
1.1. Appareil reproducteur féminin.....	3
1.2. Appareil reproducteur masculin.....	3
2. Le cycle menstruel.....	5
2.1. Mécanisme.....	5
2.2. Schéma du cycle.....	6
3. Le planning familial.....	7
3.1. Quelques définitions.....	7
3.1.1. La planification familiale.....	7
3.1.2. La contraception.....	9
3.1.3. Espacement des naissances.....	9
3.1.4. Limitation des naissances.....	10
3.1.5. Grossesse à risque.....	10
3.1.6. Maternité sans risque.....	11
3.2. Historique.....	12
3.3. Objectifs et bienfaits.....	17
3.3.1. Objectifs.....	17
3.3.2. Bienfaits.....	17
3.4. La contraception.....	20
3.4.1. Les critères de qualité.....	20
3.4.2. Les différentes méthodes contraceptives.....	22

3.4.2.1. Les méthodes contraceptives traditionnelles.....	22
3.4.2.2. Les méthodes contraceptives naturelles.....	25
3.4.2.3. Les méthodes contraceptives modernes.....	29

## ***DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE***

1. Objectifs de l'étude.....	48
2. Cadre d'étude.....	48
2.1. Situation géographique.....	48
2.2. Situation démographique.....	48
2.3. Le CSB II d' ITAOSY.....	49
2.4. Le service de PF.....	50
2.4.1. Les ressources matérielles.....	50
2.4.2. Les méthodes disponibles au Centre et leur coût.....	52
2.4.3. Les activités au service de PF .....	53
3. Méthodologie.....	57
3.1. Méthode d'étude.....	57
3.2. Matériels d'étude.....	59
4. Résultats.....	60
4.1. Résultats du recrutement.....	60
4.2. Résultats de l'évaluation de chaque paramètre.....	61

## ***TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES – DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS***

5. Commentaires et discussions.....	76
6. Suggestions.....	79

<b><i>CONCLUSION.....</i></b>	<b>84</b>
-------------------------------	-----------

<b><i>ANNEXES.....</i></b>	<b>87</b>
----------------------------	-----------

<b><i>BIBLIOGRAPHIE.....</i></b>	<b>89</b>
----------------------------------	-----------



## **INTRODUCTION**

La population mondiale est actuellement de 6 milliards d'habitants. En 2050, elle passera à un chiffre entre 7,3 et 10,7 milliards, selon les dernières prévisions de la division de la population des Nations Unies.

Cette croissance démographique est surtout considérable dans les pays en voie de développement dont Madagascar. Chez nous, le taux de natalité figure parmi les plus élevés du monde (1).

Pourtant, cet accroissement n'est pas proportionnel à celui du niveau socio-économique, ce qui occasionne pauvreté, délinquance et criminalité. Sur le plan santé, les femmes et les enfants sont les plus affectés.

Bon nombre de jeunes femmes en âge de procréer, désœuvrées après avoir abandonné prématurément leurs études, souvent rejetées par leurs familles, se livrent à toutes formes de débauches et acceptent facilement de se faire avorter illégalement (2).

Le faible pouvoir d'achat prive beaucoup de personnes de leurs droits même les plus élémentaires (soins de santé, éducation, alimentation, distraction,...).

La planification familiale peut contribuer d'une façon significative au redressement de ces situations grâce à la maîtrise de la fertilité et la réduction du taux de fécondité qui en résulte. D'où le besoin d'y porter beaucoup plus d'attention.

Plusieurs organismes et Centres œuvrent déjà dans ce domaine pour la rendre plus accessible.

Notre étude se propose justement de connaître la situation du Centre de santé de base, niveau II ou CSB<sub>II</sub>, sis à Itaosy, en pratique de PF pendant l'année 2001.

Vu que ces Centres représentent la formation sanitaire la plus proche de la masse populaire, ils constituent un pilier pour l'amélioration rapide de la couverture contraceptive.

Notre travail essaiera en outre de renforcer la pratique du PF et de donner une motivation à la pratique des méthodes contraceptives : pour le bien être de la famille et du pays.

La première partie de notre travail se portera sur **la revue de la littérature**, mentionnant les rappels anatomo-physiologiques sur les appareils reproducteurs humains, le cycle menstruel ainsi que des notions sur le planning familial (les définitions, son historique, les objectifs et bienfaits, la contraception).

La deuxième partie se portera sur **l'étude proprement dite**. Elle va détailler les objectifs de l'étude, le cadre de l'étude, la méthodologie et les résultats.

A la troisième partie, nous proposerions nos **commentaires** et nos **suggestions**.

Une conclusion terminera notre étude.

## RAPPELS ANATOMO – PHYSIOLOGIQUES (3)

### 1.1. Appareil reproducteur féminin

Le vagin est un canal musculo-membraneux qui mesure environ 9 cm. Il relie les organes génitaux externes de l'utérus.

L'utérus est un muscle creux triangulaire d'une longueur d'environ 8 à 10 cm et une largeur de 5 à 6 cm. Il est tapissé par une muqueuse appelée endomètre. L'utérus est composé de deux parties :

- Une partie supérieure ou CORPS de l'UTERUS où débouchent les trompes utérines
- Une partie inférieure ou COL de l'UTERUS qui fait saillie dans le fond du vagin.

La trompe utérine se termine par le pavillon qui coiffe l'ovaire, la glande sexuelle féminine.

De la puberté à la ménopause, cette glande produit environ 400.000 follicules dont 400 seulement arrivent à maturité, le reste se nécrose dans l'ovaire. Chaque follicule contient un ovocyte ou ovule. C'est ce dernier qui est expulsé de l'ovaire lors de l'ovulation.

Outre la production d'ovule, comme toutes les glandes, l'ovaire secrète des hormones : les œstrogènes et la progestérone.

Chaque mois, un œuf sort d'un des ovaires et se dirige vers l'utérus en passant par l'une des trompes. Si l'ovule rencontre un spermatozoïde, il sera fécondé et va s'implanter dans l'endomètre pour devenir plus tard un fœtus. Mais en absence de fécondation, l'ovule sera évacué au cours des règles suivantes.

#### 1.2. Appareil reproducteur masculin

Le pénis et le scrotum sont les organes génitaux externes immédiatement visibles de l'homme. Ce scrotum enveloppe les glandes génitales masculines : les testicules qui mesurent 3 à 5 cm de longueur et 2 cm d'épaisseur. Ils assurent la production des spermatozoïdes et de l'hormone mâle : la testostérone.

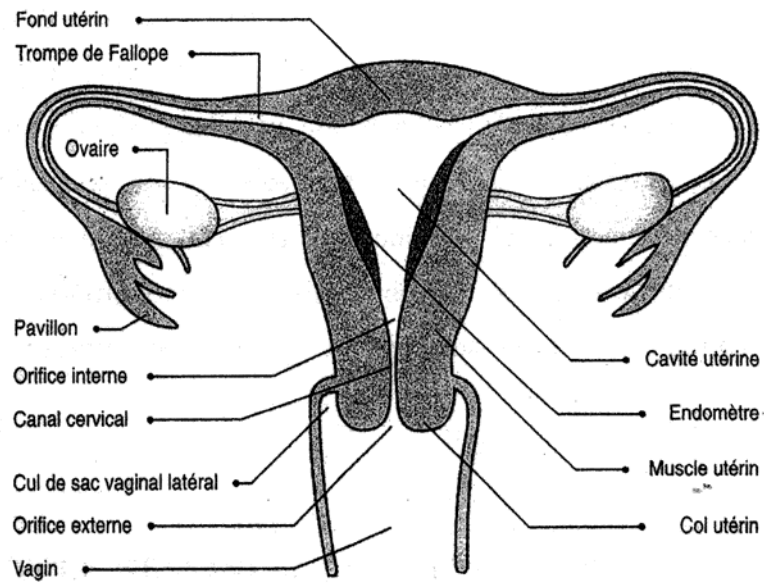


Schéma 01 : *L'appareil reproducteur féminin ( 3 )*

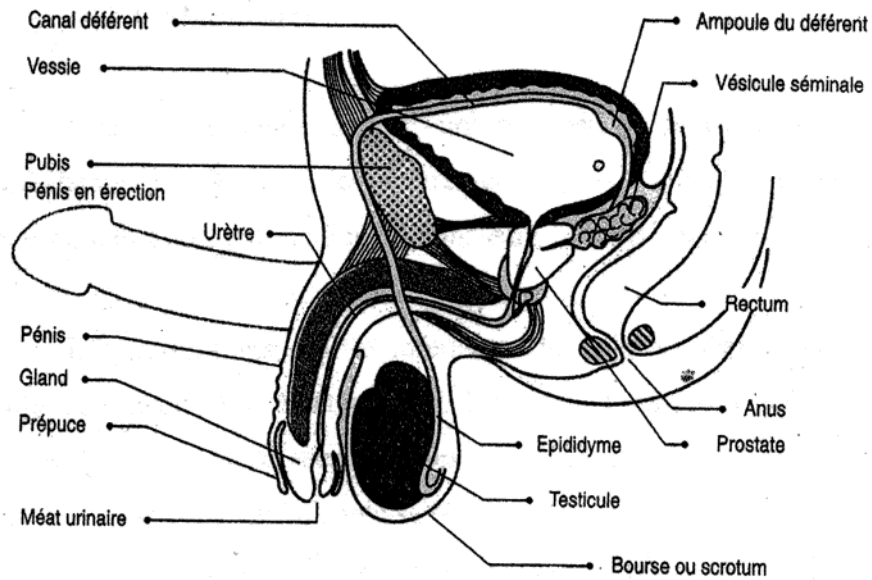


Schéma 02 : *L'appareil reproducteur masculin ( 3 )*

Au sommet du testicule se trouve l'épididyme où s'effectue la maturation complète des spermatozoïdes.

Les spermatozoïdes mûrs longent alors le canal défèrent et le canal éjaculateur pour arriver jusqu'à la prostate, une glande située sous la vessie.

Aux spermatozoïdes vont s'ajouter des substances secrétées par d'autres glandes sur leur trajet (la vésicule séminale, la prostate, les glandes de Cooper). Ces substances contribueront à la survie de ces cellules sexuelles masculines. L'ensemble constitue le sperme, le liquide qui sera émis par le pénis lors de l'éjaculation.

## LE CYCLE MENSTRUEL ( 3 ) ( 4 ) ( 5 )

Le cycle menstruel va du premier jour des règles jusqu'à la veille du premier jour des règles suivantes. Normalement, il est de 28 jours mais peut différer d'une femme à une autre.

### *2.1. Mécanisme*

Quatre organes jouent un rôle dans le cycle de la menstruation : l'hypothalamus, l'hypophyse, les ovaires et l'utérus – dont les commandes sont régies par une équilibration automatique selon leurs besoins : c'est le phénomène de " feedback ".

L'hypothalamus, partie inférieure du mésencéphale constitue le niveau de contrôle supérieur. En émettant un facteur hypophysiotrophique le RELEASING FACTOR, il déclenche la sécrétion des hormones par l'hypophyse, une glande au bas du cerveau. Ces hormones hypophysaires sont :

**-l'hormone folliculo-stimulante ou FSH** qui entraîne la maturation des follicules ovariens;

**-l'hormone lutéinisante ou LH** qui déclenche l'ovulation et entraîne la formation de corps jaune sur l'ovaire, formation sécrétoire de progestérone.

En association avec la FSH, elle permet également la sécrétion des œstrogènes par les follicules ovariens

Les œstrogènes sont représentées essentiellement par l'œstrone et l'œstradiol ou folliculine.

**-la prolactine ou LTH** qui stimule la sécrétion des corps jaunes. Elle assure aussi le développement des seins pendant la grossesse, la montée laiteuse et l'entretien de la lactation. En outre, elle a un effet contraceptif pendant l'allaitement en inhibant l'ovulation.

Sous l'influence des hormones secrétées par les ovaires, l'utérus subit aussi des modifications tant au niveau de sa muqueuse que sur les glaires cervicales qu'elle produit. Ces changements sont différents selon la période du cycle.

## ***2.2. Schéma du cycle***

### **2.2.1. En première moitié du cycle ou période pré-ovulatoire**

Pendant cette période, la libération de LH et notamment de la FSH entraînent le développement des follicules ovariens : ils vont du follicule primordial à ce qu'on appelle follicule de De Graaf. Les innombrables follicules contiennent chacun un ovocyte entouré de cellules folliculaires et d'une double enveloppe : les thèques internes et thèques externes. Ce sont les thèques internes qui secrètent la folliculine ou l'œstradiol en grande quantité. Celle-ci va provoquer à son tour un épaissement progressif de la muqueuse utérine par prolifération cellulaire ainsi qu'une modification de la glaire cervicale qui devient abondante, filante et transparente propice à la pénétration des spermatozoïdes.

### **2.2.2. En milieu du cycle ou période ovulatoire**

L'ovulation se produit généralement 14 jours avant les prochaines règles.

LH et FSH atteignent leur taux maximum au milieu du cycle. Le follicule est à son degré élevé de maturité. L'ovule mûr est alors expulsé du follicule et commence à s'acheminer dans la trompe utérine.

La muqueuse utérine connaît, elle aussi un énorme développement avec des glandes devenues tortueuses.

### **2.2.3. En deuxième moitié du cycle ou période post-ovulatoire**

La sécrétion de LH prédomine pour permettre la formation des corps jaunes, les restes du follicule. Ce sont des formations endocrines temporaires qui secrètent à part la folliculine, une seconde hormone : la progestérone.

La progestérone, en grande quantité, a pour fonction essentielle de préparer la nidation de l'œuf, mais elle a besoin d'être associée à la folliculine. Elle achève la transformation de l'endomètre pré gravidique en le rendant apte à recevoir l'œuf éventuellement fécondé. En outre, elle rend les glaires cervicales de plus en plus épaisses, imperméables à la progression des spermatozoïdes.

14 jours après l'ovulation, les corps jaunes s'atrophient, la quantité de l'œstrogène et de la progestérone diminue. S'il n'y a pas de nidation, la muqueuse utérine s'élimine et c'est l'apparition des règles ou *menstruation* et le cycle recommence.

Tout au long du cycle, la température du corps de la femme subit aussi un changement. Elle connaît une élévation de 0,5 à 1 degré centigrade à partir de l'ovulation et durant la deuxième moitié du cycle due à la production de la progestérone.

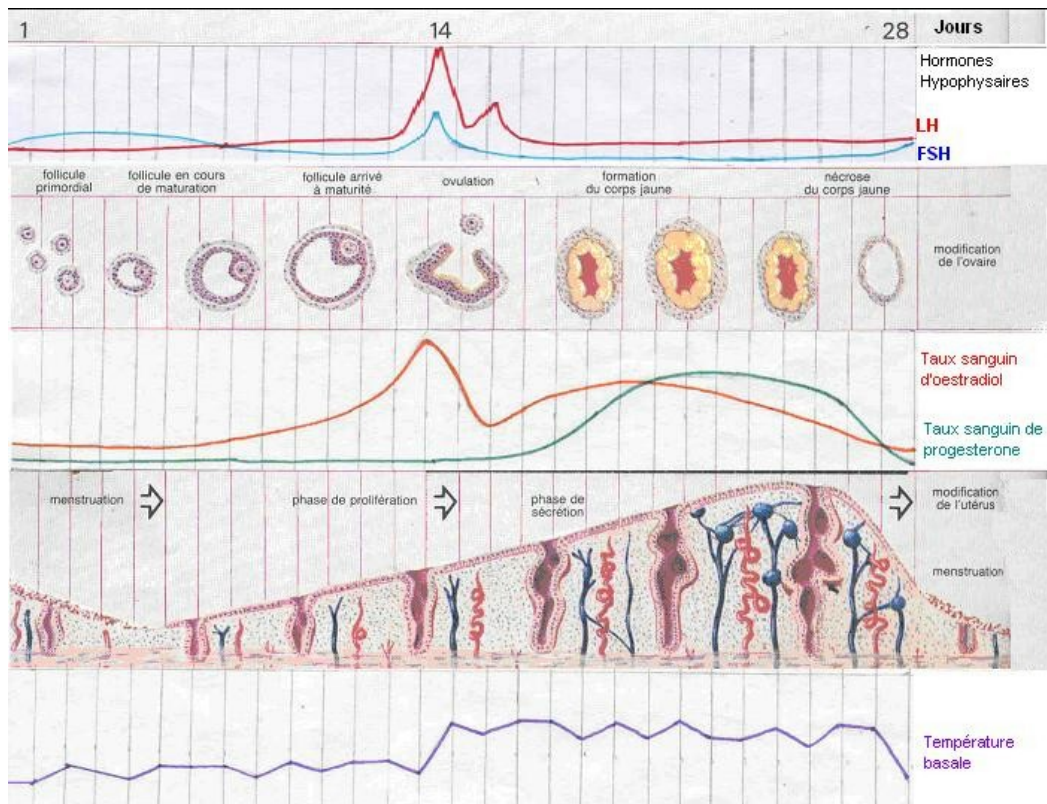
## **LE PLANNING FAMILIAL**

### **3.1. Quelques définitions**

#### **3.1.1. La planification familiale**

D'après l'OMS, la planification familiale se définit comme étant « une manière de penser et de vivre, que des individus et des couples adoptent de leur libre





volonté, en se basant sur des connaissances précises, des attitudes et des décisions réfléchies, afin d'améliorer l'état de santé et le bien être du groupe familial, et par conséquent, de contribuer efficacement au développement social du pays ». ( 6 )

Mais on peut aussi la définir comme une pratique qu'utilisent les couples ou particuliers pour la maîtrise de la fécondité – en adoptant l'espacement ou la limitation des naissances – donnant ainsi une valeur positive à la natalité et aboutissant à une maternité sans risque.

### **3.1.2. La contraception**

Le dictionnaire démographique multilingue la qualifie comme l'utilisation des méthodes anticonceptionnelles qui permettent en général aux femmes de pratiquer soit la limitation ou la restriction des naissances, soit la régulation ou les contrôles de naissance. ( 7 )

Selon *Pierre Simon*, « La contraception est une technique par laquelle un rapport sexuel ne peut conduire à l'implantation de l'œuf de manière réversible ». ( 8 )

Mais il y a aussi la contraception chirurgicale volontaire ou CCV qui peut se définir comme la suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions sexuelles et endocrines.

### **3.1.3. Espacement des naissances**

On parle ici de l'espace de temps entre la fin de la grossesse précédente et la naissance de l'enfant prochain.

D'après les études, un intervalle d'au moins deux ans est bénéfique pour la mère et pour l'enfant.

Cela permettra à la mère de récupérer les forces perdues au cours de la grossesse, l'accouchement et les soins postnataux.

Des naissances trop rapprochées compromettent par ailleurs les chances de survie de l'enfant précédent. La venue du nouveau-né entraîne l'arrêt brutal de l'allaitement au sein pour l'enfant précédent, la mère ayant moins de temps à se consacrer à ce dernier. ( 9 )

A Yémen, le taux de mortalité infantile pour les naissances espacées de moins de 2 ans est deux fois plus élevées que pour celles espacées de 2 à 3 ans, et quatre fois plus élevées pour celles espacées de 4 ans et plus, ( 9 ) selon l'Enquête Démographique et Santé de la Mère et de l'Enfant 1997.

Ainsi, le fait de différer la prochaine conception et d'allonger l'intervalle entre les naissances constitue une partie de soins de santé très importante.

### **3.1.4. Limitation des naissances**

C'est faire une restriction du nombre d'enfants à mettre au monde.

En effet, le risque de décès maternel augmente au-delà de la quatrième naissance. Il est de 1,5 à 3 fois plus élevé chez les mères de cinq enfants ou plus que chez les mères de deux ou trois enfants. ( 9 )

Tout ceci, puisqu'une grande multipare est plus sujette à une fatigue maternelle entraînant soit une fausse couche, soit un accouchement prématuré, soit un accouchement à terme donnant naissance à un nouveau-né de faible poids; sans oublier le risque de diarrhée et de malnutrition ou autres infections qui est très augmenté chez une famille nombreuse.

D'ailleurs, par défaut pécuniaire, les grossesses fréquentes favorisent les accouchements non hygiéniques sources d'infections fatales pour la mère et l'enfant.

D'après les estimations, l'extension des moyens contraceptifs propres à satisfaire les besoins des couples désireux d'éviter une grossesse, permettrait d'éviter chaque année, quelques 850.000 décès d'enfants de moins de cinq ans (Banque Mondiale, 1993)

### **3.1.5. Grossesse à risque ( 9 ) ( 10 )**

On englobe sous ce terme :

- les grossesses avant l'âge de 20 ans
- les grossesses après l'âge de 35 ans
- les grossesses après avoir eu quatre enfants ou plus

- les grossesses espacées de moins de 3 ans
- les grossesses non désirées

Ces types de grossesses entraîneront des risques pour la mère, pour l'enfant, pour la fratrie ainsi que pour la famille.

Les femmes très jeunes ou adolescentes qui se trouvent enceintes exposent dangereusement leur santé car leur organisme n'a pas une maturité physique suffisante pour supporter les sollicitations de la grossesse et de l'accouchement. Le risque de décès maternel est trois fois plus élevé dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans que dans celle de 20 à 24 ans. Les très jeunes femmes sont tout particulièrement exposées aux risques de pré éclampsie et d'éclampsie, de dystocie d'obstacle et d'anémie ferriprive.

Les risques sont également plus grands chez les femmes d'un certain âge qui sont inaptes à supporter les contraintes de la grossesse et de l'accouchement. Après 35 ans, les femmes risquent 5 fois plus de décéder pendant la grossesse ou en couche que les sujets de 20 à 24 ans.

Pour les grossesses non désirées, elles augmentent considérablement le nombre des avortements la plupart du temps clandestins. Et même dans un milieu protégé, on n'est sans savoir que les complications qu'ils entraînent sont non négligeables. Les principales sont la perforation de l'utérus (et parfois du tube digestif et de la vessie), la stérilité suite à des infections, les impacts sur les grossesses ultérieures, l'hémorragie qui peuvent aboutir tous à la mort. Pour l'enfant, il y aura un risque accru de mortalité et de morbidité par abandon et négligence. On estime que 100.000 décès de mères pourraient être évités chaque année si toutes les femmes qui souhaitent ne plus avoir d'enfants avaient les moyens de mettre leur décision à exécution.

La planification familiale peut aider les femmes à éviter ces cinq types de grossesses à haut risque et à réduire ainsi le taux de mortalité maternelle et infantile.

### **3.1.6. Maternité sans risque**

C'est la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum dans les meilleures conditions du possible pour éviter ou du moins réduire la mortalité maternelle et néonatale précoce à l'exclusion des causes accidentelles.

Durant la grossesse, la consultation prénatale ou CPN serviront à détecter les anomalies et risques qui représentent des signes de danger aux femmes pour leur grossesse et leur accouchement – ceci afin de les traiter à temps ou de s’y préparer.

Lors de l’accouchement, les difficultés qui surviennent seront immédiatement prises en charge dans un milieu approprié. D’où l’utilité d’encourager les parturientes à accoucher à l’hôpital pour plus de sécurité tant pour la mère que pour l’enfant.

Les suivis de la mère et de l’enfant se poursuivent ensuite lors de la consultation post-natale.

Il est essentiel que les femmes soient informées et éduquées sur les signes d’urgence de la grossesse et de l’accouchement anormal et qu’elles doivent avoir recours aux soins obstétricaux d’urgence.

Pour assurer cette maternité sans risque, 3 stratégies doivent être effectuées :

- dépistage des cas à risque et référence
- traitement des complications de la grossesse, de l’accouchement et du post-partum
- planification familiale

## **3.2. Historique**

### **3.2.1. Evolution du planning familial au niveau mondial ( 11 ) ( 12 )**

La planification familiale est indispensable pour la santé de la mère, l’équilibre du foyer et l’éducation des enfants.

La maîtrise de la fécondité humaine résulte de la mise en œuvre de procédés variés qui, avec le temps, sont devenus de plus en plus efficaces.

Déjà, à l’échelle démographique, la seule pratique du coït interrompu fit baisser la natalité dans certains pays aux XVII<sup>ème</sup> siècle et surtout au XIX<sup>ème</sup> siècle. Pendant ces siècles furent mis au point des procédés mécaniques (préservatifs masculins et féminins) qui sont encore en usage de nos jours. Actuellement, c’est à partir du XX<sup>ème</sup> siècle, se développe la technologie contraceptive proprement dite. L’industrie chimique met au point des produits spermicides à usage local. Les milieux scientifiques portant leur attention sur le cycle ovulatoire de la femme et le rôle des hormones dans la reproduction, découvrent de nouvelles perspectives à la contraception. Alors,

l'apparition des contraceptifs par voie orale « la pilule » et celle du dispositif intra-utérin « DIU » ou « stérilet », très efficace, ont enrichi les données de la contraception.

Par ailleurs, les méthodes chirurgicales ont été découvertes et ne tardent pas à prendre de plus en plus d'importance.

La vasectomie qui est la stérilisation de l'homme a été utilisée comme moyen de limitation de naissance depuis 1960. Avant, elle fut réalisée pour éviter l'infection ascendante des organes génito-urinaires lors de la prostatectomie ou pour d'autres raisons (chez les arriérés mentaux, les déments, les criminels et les autres catégories de citoyens jugés indésirables). Par suite des excès, cette pratique est aujourd'hui interdite.

En même temps, la stérilisation des femmes a pris de l'ampleur.

Depuis la constatation des avantages apportés par ces différents moyens contraceptifs, plusieurs organismes optent pour la promotion et la mise en valeur de la santé familiale. La Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) est la plus importante organisation bénévole mondiale dans ce domaine. Avec ses membres constitués par plus de 150 pays, ils s'engagent à promouvoir le droit des femmes et des hommes de décider du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances, ainsi que le droit de jouir du meilleur état de santé possible sur le plan sexuel et de la reproduction.

Le programme d'action, Conférence Internationale sur la Population et le Développement ou CIPD au Caire en 1994 a déclaré que tous les pays devraient prendre des mesures pour satisfaire le plutôt possible, les besoins de leur population dans le domaine de la planification familiale et d'ici à l'an 2015, s'efforcer dans tous les cas de mettre à la disposition de chacun une gamme complète de méthodes sûres et fiables de planification familiale et des services connexes de santé en matière de reproduction qui ne soient pas contraires à la loi.

La planification familiale a été, pour la première fois, reconnue comme un droit humain fondamental en 1968, à l'occasion de la Conférence sur les droits de l'homme de Téhéran. Aujourd'hui, plus de la moitié des couples planifient la naissance de leurs enfants en utilisant la contraception. La santé des femmes et des enfants s'est améliorée. Le taux de croissance de la population est en baisse. La plupart des gouvernements sont désormais persuadés que la planification familiale est belle et bien un droit fondamental de tous les individus concernés.

### 3.2.2. Evolution de la planification familiale à Madagascar (12) (13) (14)

Pendant la période ancestrale, les enfants étaient considérés comme une source de richesse : le souhait célèbre d'antan adressé aux jeunes était « *Miteraha fito lahy, fito vavy* » [Donnez naissance à sept garçons et sept filles].

Les méthodes traditionnelles en matière de contraception étaient à leur portée en particulier « *les tambavy* » contraceptifs et abortifs des guérisseurs [*mpimasy*] et des matrones [*renin-jaza*], néanmoins elles restent peu utilisées.

Plus tard, l'avortement a été de plus en plus pratiqué pour éviter une grossesse non désirée, les complications qu'il engendrait donnèrent naissance à la réglementation sur la pression de l'avortement en mars 1881 ; Code de 905 articles, ceci bien avant l'annexion de Madagascar en France.

Pendant la période coloniale, les propagandes et la vente des produits contraceptifs étaient interdites par la loi française du 21 Juillet 1920. Les méthodes traditionnelles étaient les uniques voies pour éviter une grossesse.

Cependant, à partir de 1956, on commençait à s'intéresser à la santé des mères et des enfants d'où la création et la mise en service du premier Centre d'Education Maternelle et de Protection Familiale dans la Capitale au sein de la Direction de la Médecine Préventive et Sociale.

A partir de 1960, année de l'Indépendance, le gouvernement a favorisé la politique nataliste.

Concernant la politique de fécondité à Madagascar, on a axé particulièrement les efforts sur l'état de la santé de la mère et le bien-être de la famille par le biais de l'éducation et l'espacement des naissances. Ce qui a entraîné la création, au sein du Ministère chargé de la Santé Publique et de la Population, une Division Centrale de Protection Maternelle et Infantile (PMI), faisant partie du Service de l'Education Sanitaire et de Médecine Sociale (SESMES) en 1964.

En 1967, l'association FIANAKAVIANA SAMBATRA (FISA), adoptant la doctrine du bien-être familial, a pu mener, pour la première fois, un programme de régulation de naissance à la demande du couple.

En 1974 ; l'année mondiale de population a choisi le thème : « Zaza be aizana voakarakara, fahasalamana ho an'i Gasikara » [Naissances planifiées, Madagascar en bonne santé].

En 1976, l'espacement des naissances entrainé au programme de Santé Maternelle et Infantile (SMI), tandis que l'éducation sexuelle fut introduite dans les programmes scolaires d'enseignement en matière de population.

En 1978, le FNUAP a ouvert son bureau régional pour l'Océan Indien à Antananarivo.

Après la Conférence à Mexico en 1984, la délégation malgache a formé un groupe parlementaire qui s'est réuni régulièrement et a étudié les relations entre population et développement.

En 1986 : l'Unité de Population et Développement (UPD) a été formé au sein du Ministère de l'Economie et du Plan, en collaboration avec le FNUAP à partir de 1987 ( et aussi avec l'USAID) pour examiner les conséquences de la croissance démographique.

En 1990 : promulgation de la Loi n°90.030 relative à la politique nationale de la population pour le développement économique et social (P.N.P.D.E.S.) dont le but est la réduction de l'indice synthétique de fécondité à 4 en l'an 2000.

En même temps, le GTZ, une agence d'aide bilatérale du Gouvernement allemand a commencé un programme régional de Planification Familiale dans la province de Mahajanga.

De 1992 au 1998, l'USAID a approuvé un projet majeur de population et de Planification Familiale (APPROPOP/PF).

Actuellement, le Gouvernement Malagasy s'engage à mettre en œuvre des programmes efficaces de santé de la reproduction à travers le FFP (Fandrindrana ny Fiainam-Pianakaviana).

### **3.2.3. Etat de la santé reproductive à Madagascar ( 15 ) ( 16 )**

Des études pratiquées en 2000 ont permis de rétablir les données statistiques suivantes : la population malgache se chiffre à 14.805.584 habitants ; elle atteindra probablement 19,5 millions en 2010 et 28,4 millions en 2025 selon l'ONU.



La croissance annuelle est estimée à 2,9 %.

- Les femmes en âge de procréer sont au nombre de 3.415.251 soit 21,9 % de la population totale.
- Le taux de natalité est de 44 % et l'indice synthétique de fécondité de 6
- Le taux de mortalité maternelle est de 490 pour 100.000 naissances vivantes
- Le taux de mortalité infantile est estimé à 96 pour 1.000 enfants nés vivants, 15 % des enfants meurent avant l'âge de 5 ans.
- Le pourcentage des femmes mariées utilisant la contraception est de 18,5 % pour toutes les méthodes dont 9,5 % pratiquent les méthodes modernes.
- Le taux de couverture contraceptive équivaut à 1,1 % au niveau des CHD/CHU et 4,0 % au niveau des CSB.
- A 15 ans, 1 femme sur 5 (20 %) a déjà, au moins un enfant ou est enceinte pour la première fois, à 18 ans, plus d'une femme sur deux les sont.

Devant ces chiffres, le programme de Planification Familiale à Madagascar s'est fixé comme objectifs : d'augmenter la couverture contraceptive, de réduire la mortalité maternelle de 490 à 285 pour 100.000 naissances vivantes, la mortalité infantile de 114 à 76 ‰ et enfin d'estimer le taux brut de natalité de 40,9 ‰ pour la période 1998 – 2003.

On pourrait alors espérer à parvenir à un taux de croissance démographique compatible avec la croissance économique et à une amélioration du bien être de la famille.

### **3.2.4. Stratégie d'action ( 13 ) ( 17 )**

Pour améliorer la pratique, il est indispensable que des services de planning familial soient mis en place et développés afin que les méthodes contraceptives soient accessibles à toutes les couches de la population. D'ailleurs, on prévoit actuellement la mise en place d'une direction de santé familiale au sein du Ministère de la Santé

Il faut aussi renforcer les activités de CCC en faveur de la PF pour mieux susciter une prise de conscience du grand public.

La bonne réalisation de ces tâches n'est cependant possible sans les ressources humaines et matérielles adéquates et appropriées. Ainsi, les agents formateurs et prestataires devront recevoir régulièrement des formations pour être compétents.

### **3.3. Objectifs et bienfaits**

Il est admis que la planification familiale sauve des vies et améliore la santé.

#### *3.3.1. Objectifs*

Ce sont :

- La prise de conscience des familles sur les difficultés et les problèmes (médicaux et socio-économiques) engendrés par les grossesses trop nombreuses, trop rapprochées, la malnutrition et l'avortement.
- L'épanouissement de la vie sexuelle du couple par une éducation et information appropriée
- L'amélioration de la santé de toute la famille

#### **3.3.2. Bienfaits**

Ils sont multiples.

##### **✓ Sur le plan démographique et socio-économique**

La planification familiale apporte une réduction de l'effet d'une croissance démographique rapide sur la croissance économique et le développement social. Le problème consiste souvent en un taux de croissance élevé non proportionnel aux ressources économiques du foyer ;

*Gertrude Mongella*, Secrétaire Générale de la Conférence de Pékin a déclaré que : « il ne sera possible d'atteindre un développement durable si l'on ne cimente pas le partenariat entre femme et homme dans tous les aspects de la vie. Ce partenariat commence au sein du foyer. Encourager la participation des conjoints à la prise de décision concernant la famille en est un premier pas.

Avec moins de charge à supporter, la femme aura la possibilité de se consacrer à des activités lucratives contribuant à l'amélioration des revenus du ménage ( 18 ) et plus, du statut et de la qualité de vie des femmes.

Ainsi, une fécondité moins grande permet d'améliorer le niveau de vie de tous et de réaliser les objectifs de développement national.

Dans la famille, il y aura moins de frustrations parentales pour la subvention aux besoins de nombreuses personnes. Les conséquences néfastes engendrées par l'arrivée d'une grossesse non-désirée pourront être évitées et les relations parents enfant seront privilégiées.

✓ *Sur le plan médical*

Les avantages du planning familial sont considérables. Tout d'abord, il y aura un fléchissement du nombre des avortements clandestins.

La santé de millions de femmes sera améliorée par le soulagement du fardeau physique et psychologique que représentent le nombre d'enfant trop élevé et les grossesses trop fréquentes, précoces ou tardives dans leur vie.

Certaines méthodes contraceptives offrent aussi la protection contre certaines maladies : les IST/SIDA ( par les préservatifs), certains cancers et les troubles anémiques liés à des règles importantes ( par les contraceptifs oraux).

Grâce à l'espacement et la limitation des naissances, les enfants bénéficieront d'une meilleure prise en charge, d'un meilleur épanouissement psychologique et d'une diminution de leur taux de mortalité – donc d'une meilleure santé.

Ces différents avantages sont résumés sur la figure 1.

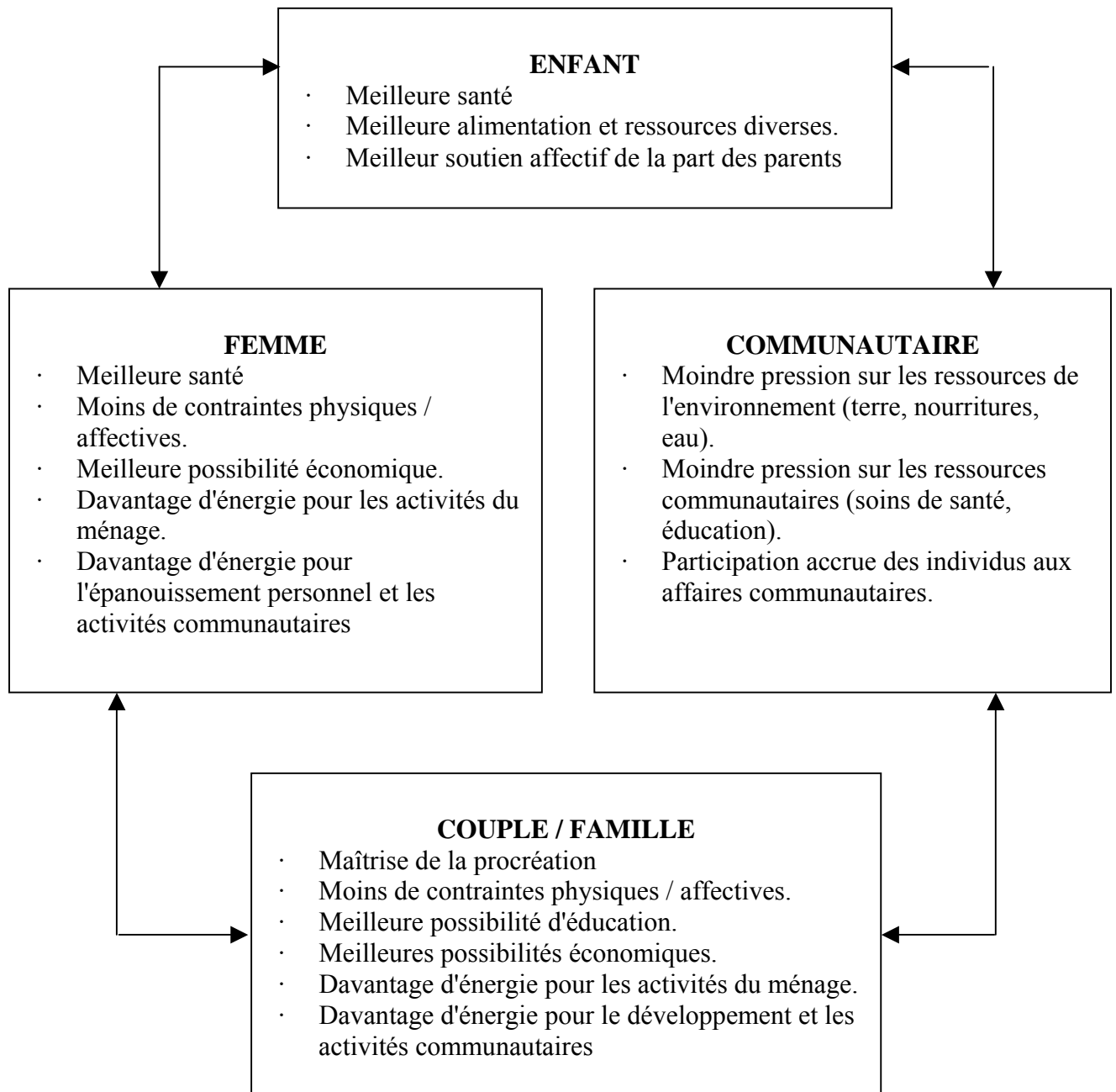


Figure 1: : Avantages de la planification familiale ( 9 )

### 3.4. La contraception

Dans l'attente du moment opportun pour la conception, un couple dispose de plusieurs méthodes contraceptives.

Précisons tout d'abord que le contraceptif idéal n'existe pas. Chaque méthode a ses avantages et inconvénients. Ce qu'une personne apprécie peut être un inconvénient pour une autre. Il importe seulement de donner des informations détaillées et exactes en matière de planification familiale et les produits – afin que chacun puisse choisir à son guise ce qui lui convient.

#### 3.4.1. Les critères de qualité ( 5 ) ( 10 )

Les huit critères de qualité d'une méthode contraceptive sont :

- l'accessibilité
- l'efficacité
- la sécurité
- la tolérance
- l'acceptabilité
- la continuité
- la réversibilité
- le coût

##### a)- L'ACCESSIBILITE

C'est le pourcentage d'utilisatrices potentielles qui ont accès à la méthode. Les obstacles à l'accessibilité sont d'ordre économique, géographique, temporel, socio-culturel, médical.

##### b)- L'EFFICACITE

C'est le niveau de capacité d'une méthode contraceptive d'empêcher la survenue d'une grossesse. On distingue deux types d'efficacité :

- ***Efficacité théorique* qui est une efficacité maximale, quand la méthode est utilisée sans aucune erreur en se conformant aux instructions. Elle dépend essentiellement de la méthode.**
- *Efficacité pratique* ou efficacité réelle, observée quand on prend en compte toutes les utilisatrices, qu'elles utilisent correctement ou imparfaitement la méthode.

Elle est fonction de l'efficacité théorique de la méthode, de l'absence d'effets secondaires (tolérance), de l'acceptabilité, de la compréhension des utilisatrices.

#### c)- LA SECURITE

Une méthode contraceptive est dite sûre quand elle n'entraîne pas d'effets secondaires dangereux ou défavorables.

#### d)- LA TOLERANCE

Elle est directement liée à la rareté des effets secondaires inconfortables lors de l'utilisation ou la prise d'une méthode de contraception.

#### e)- L'ACCEPTABILITE

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

Elle dépend donc de la qualité de l'information, du prestataire, et des autres critères de la méthode

Ce critère implique l'absence d'obstacles psychologiques et socio-culturels.

#### f)- LA CONTINUITE

La continuité est le pourcentage d'utilisatrices qui restent fidèles à la méthode après un temps donné (1,2 ou 5 ans, par exemple). La notion est importante pour qualifier les méthodes et aussi les programmes de planification familiale.

Par exemple : -implants	: continuité à 1 an : 85 %
- pilules	: continuité à 1 an : 75 %
- abstinence périodique	: continuité à 1 an : 40 %

#### g)- LA REVERSIBILITE

Elle se définit par la rapidité du retour à une fécondité normale à l'arrêt de la méthode.

#### h)- LE COÛT

C'est le prix de revient d'une méthode contraceptive, pour une utilisatrice suivie pendant un an. Ce coût doit être abordable pour toute la population.

### **3.4.2. Les différentes méthodes contraceptives**

La croissance démographique rapide freine le développement économique et compromet les chances de progrès dans les secteurs de l'éducation, de la qualité de l'environnement et de la santé. ( 9 )

L'excédent des naissances par rapport aux décès de la population mondiale, c'est à dire sa croissance, est tombé de 69 millions en 1970 à 64 millions en 1975.

De même avant, les projections des Nations Unies pour le nombre de la population mondiale en 2050 étaient de 10 milliards à 12, 5 milliards ( 19 ), alors que dernièrement, ce chiffre descendait à un intervalle compris entre 7,3 milliards à 10,7 milliards.

Ces progrès s'expliquent avant tout par la diffusion des services de planning familial et par le désir grandissant d'y avoir recours.

Actuellement, nombreux sont les moyens anticonceptionnels pour la maîtrise de la fonction de la reproduction.

On peut les classer comme suit :

- Les méthodes traditionnelles
- Les méthodes naturelles
- Les méthodes modernes

#### ***3.4.2.1. Les méthodes contraceptives traditionnelles***

D'après les Nations Unies, "77 millions de femmes environ ont recours aux méthodes traditionnelles pour contrôler leur fécondité". (20 )

La plupart d'elles viennent de l'Afrique. Pourtant, la croissance démographique y est toujours très élevée.

- **Incantation, magies, sorcellerie, superstition ( 21 )**

On a utilisé et on utilise encore des cordelettes, des bagues, divers comportements magiques concernant le placenta par exemple, qui sont basés sur des incantations ou des paroles prononcées par des personnes compétentes.

Il y a aussi d'autres méthodes qui sont basées sur des plantes qui existent dans chaque pays africain, leurs effets contraceptifs, mal connus, sont à l'étude au Mali.

- **Le retrait**

Pour ce faire, l'homme retire son pénis du vagin de la femme avant que l'éjaculation ne se produise. Cette méthode était fort utilisée autrefois, quoi qu'elle soit cependant peu fiable.

Peu d'hommes sentent arriver leur éjaculation avec une précision telle qu'aucun spermatozoïde n'aboutisse dans le vagin. Il se peut également que des spermatozoïdes se trouvent dans le liquide pré-éjaculatoire.

Dans le coït réservé, le partenaire masculin veille à ne pas éjaculer. Il va de soi que ces deux moyens exigent que l'homme possède un très grand self-contrôle (3). Certes, ces moyens n'exigent aucun produit et peuvent être utilisés dans n'importe quelle situation mais leur taux d'échec est plus élevé.

- **Abstinence du post-partum**

Elle consiste à séparer le couple après l'accouchement. La plupart du temps, elle est associée à la méthode de l'allaitement maternel.

- **Allaitement maternel (22 )**

Différentes études faites dans le monde et plus spécifiquement en Afrique, ont permis de confirmer ce que toutes les femmes africaines ont constaté : l'allaitement maternel retarde une nouvelle grossesse.



La MAMA ou Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée, est un moyen contraceptif qui repose sur l'exploitation de la période d'infécondité entraînée par l'allaitement maternel exclusif (10).

En effet, la succion du mamelon par le nouveau-né envoie un influx nerveux qui stimule l'hypothalamus à sécréter la gonadotrophine ou GnRh. Cette dernière va agir au niveau de l'hypophyse qui va sécréter à son tour la prolactine et l'ocytocine ; hormones qui commandent respectivement la production et la sécrétion du lait. En même temps, la maturation du follicule ovarien est inhibée, rendant l'ovulation inexistante.

Plus les tétées sont fréquentes et rapprochées, plus le taux de prolactine est élevé, et donc l'effet contraceptif plus fort. D'où le besoin de respecter ces trois conditions :

- allaitement maternel exclusif :

A la demande jour et nuit, et fréquent au moins huit fois par jour.

- bébé moins de six mois

( Durant laquelle période, on ne donne pas encore de suppléments alimentaires )

- femme aménorrhéique

( Pas de retour de couche, les pertes de sang pendant les huit semaines après l'accouchement n'étant pas prises en considération )

Il n'y a cependant aucun moyen de prévoir la date de retour des règles ou de l'ovulation, donc une femme qui a envie de ne pas avoir d'enfant pendant qu'elle allaite son enfant doit pratiquer une autre méthode contraceptive le plus tôt possible. (23 )

#### ⇒ **AVANTAGES**

- Efficacité élevée si les trois conditions sont respectées ;
- Effet contraceptif immédiat après l'accouchement en attente d'une autre méthode ;
- Economique ;
- Acceptée par les pratiques religieuses et culturelles ;
- A la disposition de toutes les femmes qui allaitent ;
- Pas d'effets secondaires ;

- Réversibilité totale ;
- Bénéfique pour l'enfant ( hygiénique et effet psychologique ).

D'après les études, le nouveau-né voit net à environ trente centimètres (30 cm), précisément la distance qui le sépare du visage de sa maman, lorsqu'elle allaite. La découverte et la reconnaissance de ce visage sont un point d'ancrage pour tout son développement psychologique ultérieur.

#### ⇒ **INCONVENIENTS**

- Demande une grande disponibilité de la mère (difficile pour les femmes qui travaillent) ;
- Aucune protection contre IST/VIH ;
- Possibilité de transmission du VIH de la mère au bébé par le lait maternel ;
- Durée limitée ( jusqu'à six mois ) avec décroissance de l'efficacité avec le temps ;
- Possibilité de crevasse ou abcès du sein.

#### ⇒ **EFFICACITE**

Théorique : très bonne

Pratique : bonne à 98% dans les six premiers mois.

#### ⇒ **PRINCIPALE CAUSE D'ECHEC**

Non-respect des conditions.

#### *3.4.2.2. Les méthodes contraceptives naturelles*

L'OMS définit les méthodes naturelles de planification familiale (PFN) comme des moyens qui reposent sur l'observation des signes physiologiques caractéristiques des phases de fécondité du cycle menstruel féminin. Le fait de connaître la phase d'ovulation peut permettre aux couples de choisir le moment de leurs rapports en fonction de leurs désirs d'éviter ou de favoriser une grossesse.

On peut les appeler aussi : méthodes d'abstinence périodique. Elles sont nombreuses, mais les principales sont : la méthode du calendrier, de la glaire cervicale et de la courbe thermique.

**a) La méthode du calendrier ou méthode OGINO-KNAUS (3) (24)**

Elle propose de calculer les jours probables de fécondité, à partir des notes concernant les cycles précédents. Il faut prendre la durée du cycle menstruel pendant les six à douze mois précédents.

L'ovulation a généralement lieu entre le onzième et le seizième jour avant la menstruation suivante. Etant donné que les spermatozoïdes peuvent survivre quelques jours (six jours) dans le vagin d'une femme, étant donné aussi que les cycles ne sont jamais strictement réguliers, il convient de calculer de la façon suivante les jours fécondables, à dater des dernières règles.

Pour OGINO, un gynécologue japonais, le premier jour fécondable est égal à la longueur du cycle le plus court, moins dix-huit (18) et le dernier jour fécondable, à la longueur du cycle le plus long moins onze (11).

*Exemple :*

Le cycle le plus court : 26 jours

Le cycle le plus long : 32 jours

Le premier jour fécond sera le huitième jour du cycle (26-18) et le dernier jour fécond sera le 21<sup>ème</sup> jour du cycle (32-11). Pour éviter une grossesse, la femme devra s'abstenir de rapport sexuel durant la phase de fécondité, qui va du 8<sup>ème</sup> au 21<sup>ème</sup> jour.

KNAUS, un gynécologue autrichien, procède d'une façon moins restrictive. Pour lui, le premier jour fécondable s'obtient en soustrayant dix-sept (17) jours au cycle le plus court et pour le dernier jour fécondable : soustraire treize (13) jours au cycle le plus long.

Ainsi, pour le même exemple que ci-dessus, la période de fertilité se situe le 9<sup>ème</sup> et le 19<sup>ème</sup> jour.

**- Méthode de la glaire cervicale ou méthode de BILLINGS (25)**

Elle est basée sur l'auto observation par la femme, des changements cycliques de sa glaire cervicale. Avant le développement folliculaire, la femme ressent une

sensation de sécheresse au niveau de l'orifice vaginale. Mais lorsque les follicules se développent et commencent à produire des œstrogènes, la femme a une sensation de moiteur et peut observer que la glaire cervicale est opaque et trouble floconneuse ou épaisse sur un papier appliqué sur la vulve.

Il faut s'abstenir des rapports sexuels à partir du jour où la consultante observe une glaire filante semblable au blanc d'œuf et produit une sensation humide, glissante et lubrifiante jusqu'au jour où la glaire se rarifie et s'épaissit.

Le dernier jour de la sensation humide et glissante, qui est identifiée rétrospectivement est appelé le "symptôme maximum" : le point le plus haut de la fécondité.

Après l'ovulation, la progestérone produite par le corps jaune, même en présence d'œstrogène inhibe la production de la glaire humide.

La glaire est une substance gluante sécrétée par les glandes de l'endocol de l'utérus, sous l'action des œstrogènes.

#### - **Méthode de la courbe thermique (3) (9)**

L'établissement d'une courbe mono thermique est préconisé par FERIN en 1947 pour la première fois, dans le but anticonceptionnel.

Elle repose sur le fait que l'ovulation s'accompagne d'une élévation de la température corporelle d'un demi-degré.

Au réveil, avant toute activité, la femme doit prendre sa température (rectale, vaginale ou buccale) et dans la mesure du possible à la même heure. La prise doit être toujours au même endroit et avec le même thermomètre.

Quotidiennement, elle doit l'enregistrer sur une feuille de température. Le thermomètre doit être bien secoué et ramené à 35°C, avant d'être nettoyé et rangé sur un endroit facilement accessible.

La température fluctue autour d'une valeur déterminée. Une diminution est parfois perceptible juste avant l'ovulation ; ensuite, on enregistre une augmentation d'un demi-degré, qui indique que l'ovulation a eu lieu et que la femme n'est plus féconde.

Le couple doit s'abstenir de rapport sexuel depuis le premier jour des règles jusqu'au 4<sup>ème</sup> jour de température clairement élevée sur le graphique.

En effet, deux jours après l'ovulation, l'ovule ne peut plus être fécondé, on ajoute deux jours de sécurité. Ainsi, les rapports peuvent avoir lieu 4 jours après le début de l'élévation thermique.

Pourtant, la température corporelle est sensible à d'autres influences. Le fait de se coucher tard, l'absorption d'alcool, la tension, les émotions et bien d'autres facteurs encore, peuvent faire croire que l'ovulation a eu lieu, car la température a augmenté, sans pour autant qu'elle se soit produite.

#### - **Autres méthodes**

Il y a la méthode d'autopalpation du col, qui confirme la fertilité ou l'infertilité de la femme suivant les changements de position, de consistance et de l'ouverture du col.

On peut aussi combiner les différentes méthodes entre elles : la prise de la température et l'observation des modifications de la glaire cervicale ( c'est la méthode sympto -thermique ), ou la prise de la température et le calcul de la période d'ovulation.

#### ⇒ **AVANTAGES**

- Aucun effet secondaire physique ;
- Gratuites ou peu coûteuses ;
- Acceptées par de nombreuses religions ;
- Réversibilité totale ;
- Implication des deux partenaires.

#### ⇒ **INCONVENIENTS**

- Aucune protection contre les IST/VIH ;
- Rapports sexuels limités (environ 10 à 15 jours par mois) ;
- Possibilité de tension dans le couple due à la longue période de continence ;
- Modifications des symptômes lors des infections ;
- Difficulté d'utilisation si cycles irréguliers ;
- Plusieurs mois d'apprentissage ;
- Astreignantes à la longue car demande beaucoup de volonté de la femme ;

- Taux d'échec élevé.

#### ⇒ **EFFICACITE**

Théoriquement assez bonne si toutes les conditions sont réunies (confiance du couple). Mais l'efficacité pratique demeure faible (63% à 98% selon l'utilisation).

#### ⇒ **PRINCIPALES CAUSES D'ECHEC**

- Incompréhension par mauvaise explication ;
- Rapport pendant la période féconde ;

Ces méthodes demandent la coopération et la participation entière du mari et de la femme. Bref, toute une harmonisation dans la vie du couple pour pouvoir calculer et prévoir ensemble la période féconde, tout en respectant les dynamismes de la reproduction humaine.

#### *3.4.2.3. Les méthodes modernes*

Les efforts de la médecine ont permis la mise au point de multiples moyens pour l'espacement ou la quasi limitation des naissances. On distingue :

- Les méthodes hormonales : pilule, piqûre contraceptive et implant ;
- Le moyen mécanique : le dispositif intra-utérin ou DIU ;
- Les méthodes "barrières": le préservatif masculin, les spermicides, le diaphragme et la cape cervicale ;
- Les méthodes chirurgicales : la stérilisation.

La plupart de ces méthodes ont pour objet de prévenir la fécondation. Elles empêchent le contact entre un spermatozoïde et un ovule, en bloquant d'une manière ou d'une autre la progression du spermatozoïde ou de l'ovule (moyens barrières), ou en inhibant la libération d'un ovule (méthodes hormonales). Le DIU ou stérilet constitue une exception : cet instrument empêche la nidation de l'ovule fécondé dans la paroi utérine.

## b) Les méthodes hormonales

Elles comportent également plusieurs types selon leur voie d'administration, selon leur composition en hormones et selon la proportion de chaque hormone.

### ☞ LES CONTRACEPTIFS ORAUX (3) (26) (27)

Appelés également pilules, ce sont des médicaments dragéifiés contenant des hormones (œstrogène et / ou progestatif) en proportion variable.

Ils sont capables de supprimer et de troubler toutes les phases d'un cycle menstruel et doivent être ainsi pris régulièrement chaque jour et à la même heure.

En fonction de la proportion de chaque hormone, on distingue différents types.

#### ✓ Pilules combinées (PC)

Elles contiennent à la fois de l'œstrogène (l'éthinyl estradiol ou EE) et de progestatif de synthèse. Leur classification se fait par le dosage en éthinyl estradiol et selon les phases réglant la distribution des hormones dans la même plaquette.

Ainsi, il y a :

- *Les pilules normodosées* avec 50 µg d'EE.
- *Les pilules faiblement dosées* avec 20, 30 ou 35 µg d'EE.
- *Les pilules séquentielles* où la première série est à dominance œstrogène et la seconde à dominance progestérone.

Elles peuvent aussi être :

- *Monophasiques*, si ces dosages en hormones sont constants pendant toute la plaquette.
- *Biphasiques*, si ces doses varient selon deux paliers.
- *Triphasiques*, si elles varient selon trois paliers.

Une plaquette peut contenir 21 ou 28 comprimés dont 21 pilules à hormones et 7 pilules de fer.

L'action des pilules combinées repose sur :

- l'inhibition de l'ovulation dans l'ovaire.
- l'accélération de l'acheminement de l'ovule dans la trompe.
- la modification de la muqueuse utérine, de sorte que celle-ci ne soit pas apte à la nidation d'un ovule fécondé.
- le fait que le mucus cervical devienne imperméable pour les spermatozoïdes.

### ✓ **Pilules progestatives (PP)**

Elles se caractérisent par la présence d'une seule hormone : le progestatif dont le dosage permet de faire la classification en pilules progestatives fortement dosées ou PPF et en pilules faiblement dosées ou micro - pilules (minipill en anglais).

Une plaquette peut contenir 28 ou 35 comprimés.

Leur action consiste plutôt à l'épaississement de la glaire cervicale rendant impossible la pénétration des spermatozoïdes ainsi qu'à l'épaississement de la muqueuse utérine qui devient alors impropre à la nidation.

#### ⇒ **EFFICACITE**

- Théorique : très bonne,
- Pratique : 97 % - 99 % pour les pilules combinées,  
96,5 % - 99,5 % pour les pilules progestatives,

#### ⇒ **PRINCIPALES CAUSES D'ECHEC**

- Oubli,
- Effet secondaire mineur (nausée après la prise).

### ☞ **LES CONTRACEPTIFS INJECTABLES (28)(29)**

Ce sont des produits à base de progestatifs fortement dosés à injecter par voie intramusculaire profonde et qui assurent une contraception de longue durée. Deux types principaux existent :

- l'acétate de medroxyprogesterone (DMPA) : DEPOPROVERA® 150 mg ou 450 mg qui offre une protection de 3 mois ou de 6 mois,
- l'énanthate de norethisterone (NET-EN) : NORISTERAT® ou NORIGEST® 200 mg qui protège pendant 2 mois.



Leur effet contraceptif s'explique par :

- l'inhibition de l'ovulation,
- l'épaississement de la glaire cervicale, ce qui sert de barrière au sperme,
- l'amincissement et atrophie de l'endomètre, rendant la nidation difficile dans le cas peu probable où il y aurait fécondation.

Pour être efficace, la première injection doit se faire entre le premier et le septième jour du cycle. Si la patiente arrive en 2<sup>ème</sup> moitié de son cycle, il faut s'assurer de l'absence de grossesse sinon attendre la prochaine règle (4).

La procédure de l'administration du produit se fait comme suit :

- désinfecter soigneusement le lieu d'injection (fessier ou triceps brachial),
- bien agiter le flacon pour en homogénéiser le contenu,
- veiller à injecter tout le contenu du flacon,
- faire une injection intramusculaire profonde,
- ne pas masser après injection afin de ne pas accélérer la diffusion du produit.

#### ⇒ **EFFICACITE**

Elevée proche de 100%, c'est une des méthodes temporaires les plus efficaces.

#### ⇒ **PRINCIPALE CAUSE D'ECHEC**

Aucune

### ☞ **LES IMPLANTS SOUS-DERMIQUES (30)(31)**

Découverts en 1991, cette méthode à long terme et réversible utilise 1 ou 6 bâtonnets qui diffusent lentement un progestatif à partir de leur site d'implantation : sous la peau de la partie supérieure du bras de la femme.

On en distingue deux sortes :

- Le premier et le plus répandu à Madagascar d'ailleurs est le NORPLANT® qui est composé de six bâtonnets, d'une longueur chacune de 34 mm et d'un diamètre de 2,4 mm. Ils contiennent 216 mg de **levonorgestrel** et assure son

effet contraceptif pendant 5 à 7 ans. Les implants sont à insérer en sous cutané sous forme d'éventail sur la face interne du bras.

- Le second est fait seulement d'un bâtonnet : c'est l'IMPLANON®. Celui-ci mesure 40 mm de longueur sur 2 mm de diamètre et est constitué par 68 mg d'**etanorgestrel**. Sa durée de protection est plus courte : 3 ans.

Leur mode d'action repose sur :

- L'augmentation de la viscosité de la glaire cervicale devenant imperméable
- Le blocage de l'ovulation
- La modification ou atrophie de la muqueuse utérine et la mobilité dans les trompes.

L'insertion se fait dans les 5 premiers jours des règles ou six semaines après l'accouchement et on le pratique comme suit : après désinfection rigoureuse de la face interne du bras gauche, si l'opérateur est droitier ou du bras droit si l'opérateur est gaucher, on fait une anesthésie locale avec de la **xylocaïne** à 1 % (6cc). On peut inciser mais ce n'est pas obligatoire. L'introduction des bâtonnets se fait par un trocart spécial fourni par la firme qui commercialise le NORPLANT® (Leiras, BP 325, Helsinki, Finlande) et dure 15 à 20 minutes. Pour l'IMPLANON®, le bâtonnet sera introduit avec un applicateur fourni avec le produit. L'intervention se fera en 2 minutes.

Une bonne technique d'insertion facilite le retrait qui se fera sous anesthésie locale également avec une incision de 5 mm. Il ne dure aussi que quelques minutes.

Par rapport aux contraceptifs injectables, la dose de progestérone libérée quotidiennement par les implants est beaucoup plus faible, et donc les effets métaboliques sont moindres.

Par ailleurs, le retour de la fertilité est immédiat après l'ablation de l'implant.

#### ⇒ **EFFICACITE**

L'efficacité théorique et pratique sont excellents, proche de 100%. Le taux de grossesse pour la première année n'est que de 0,2 à 0,5% par an.

A Madagascar, on compte environ 30 sites de NORPLANT®.

Les méthodes hormonales ont leurs avantages, leurs inconvénients ainsi que leurs indications et contre indications.

### ⇒ AVANTAGES

- Elles n'interfèrent pas avec les rapports sexuels
- Leur coût est abordable
- Elles sont réversibles et le retour à la fécondité est assez rapide
- Leur utilisation est facile
- Elles atténuent douleur menstruelle et abondance des règles ( protection contre les anémies )
- Elles assurent une protection relative contre les maladies et infections pelviennes
- Les formes injectables et sous-cutanées offrent une protection de longue durée
- Les pilules combinées diminuent les problèmes de kyste ovarien et régularisent les règles

### ⇒ INCONVENIENTS

- Elles ne protègent pas contre les IST/ SIDA
- Les effets secondaires sont gênants ( prise de poids, céphalée, nervosité, spotting,... )
- Les pilules exigent une prise régulière aggrandissant ainsi le risque d'oubli
- Pour l'implant, l'insertion et le retrait nécessitent un personnel formé

### ⇒ INDICATIONS

Les contraceptifs oraux combinés sont bons pour les femmes :

- jeunes
- aux règles abondantes, douloureuses ou irrégulières
- à haut risque ou avec un antécédent d'une maladie inflammatoire pelvienne ou encore un kyste fonctionnel de l'ovaire.

Les contraceptifs à base de progestatif sont indiqués aux femmes :

- allaitantes de plus de six semaines
- ne tolérant pas les œstrogènes
- hypertendues
- qui veulent un espacement de naissance à long terme ( pour les formes injectables et sous-cutanées ).

### ⇒ CONTRE INDICATIONS

- la grossesse
- les maladies cardio-vasculaires
- certaines maladies du foie
- les cancers des seins et des appareils génitaux
- la thrombophlébite
- le traitement à certains antibiotiques ( rifampicine, griséofulvine ) et anticonvulsivants ( barbiturique, carbamazépine, phénitoïne,...) .

Pour les contraceptifs oraux combinés, on évitera aussi :

- l'allaitement de moins de six mois
- l'hypertension artérielle supérieure à 16/10
- les femmes tabagiques et supérieures à 35 ans
- les diabétiques

### - **Le Dispositif Intra-Utérin ou DIU (32)**

On l'appelle aussi stérilet. C'est un petit objet, flexible que l'on insère dans la cavité utérine de la femme afin de prévenir la grossesse.

Il peut se présenter sous diverses formes: boucle, anneau, spirale. Un mince fil de nylon, visible dans le fond du vagin témoigne la présence de ce dispositif.

En général, le stérilet est fabriqué en plastique, mais les plus récents sont médicamenteux, c'est à dire contenant un métal ou une hormone sexuelle, qui diffuse lentement. Ainsi, il y a :

- Le DIU au cuivre : Copper T®, Copper T 380A, Gynefix®

Nova T, Multiload 375, T Cu 200B®

- Le DIU avec un progestatif : Levonova®, Progestasert®, Mirena®

Ce dispositif consiste à empêcher la nidation de l'œuf par suite d'une modification de l'endomètre. Avec le progestatif, il y aura en plus une imperméabilisation de la glaire et une modification de la fonction tubaire.

Une fois mis en place, son action peut durer plusieurs années selon le type et s'il n'est pas expulsé. Elle varie de 5 ans à 12 ans.

Le mieux, c'est de le placer vers la fin de la menstruation ou au cours de la première semaine du cycle - où le col de l'utérus est légèrement ouvert et la femme n'est

vraisemblablement pas enceinte. En post-partum, il faut attendre 6 semaines et pour une fausse couche ou avortement au premier trimestre, on peut le mettre immédiatement.

Avant de poser le DIU, il faut faire un examen soigneux : pour confirmer la position, les dimensions de l'utérus, déceler les contre-indications éventuelles ou la présence d'inflammation qu'il faut soigner d'abord.

Donc, après un toucher vaginal combiné à la palpation abdominale, on met en place un spéculum pour visualiser le col que l'on désinfecte soigneusement à l'aide d'une solution antiseptique.

Placer la pince de Pozzi sur la lèvre cervicale antérieure à mi-hauteur, entre 10h et 14h (écartement 2 cm) et exercer une traction douce pour redresser et horizontaliser l'utérus. Introduire alors l'hystéromètre de façon délicate à travers l'orifice et le canal cervical (en veillant à ne pas toucher les parois vaginales) jusqu'au fond utérin. Quand on retire l'hystéromètre, on détermine la profondeur de l'utérus ; on ouvre alors l'emballage du DIU.

Il faut charger ensuite les bras du T dans l'inserteur tout en maintenant le DIU dans son emballage stérile. Si on ne réussit pas cette manœuvre au travers de l'emballage, on peut mettre des gants stériles, ouvrir l'emballage et introduire le DIU dans son cylindre inserteur.

La position du collier de l'inserteur doit être adaptée à la profondeur utérine, avant d'introduire doucement l'inserteur chargé du DIU dans le canal cervical. Le collier, en position horizontale devra buter sur le col.

La main gauche maintient le piston et la pince solidairement, alors que la main droite retire l'inserteur, le piston ne devant pas bouger.

Retirer ensuite le piston ; l'inserteur sera poussé délicatement jusqu'à ce que le collier atteigne le col, puis retirer l'inserteur.

Couper les fils et les refouler dans le cul de sac postérieur

On retire la pince à col, puis tamponner le col.

Observer jusqu'à ce que les pertes de sang éventuelles tarissent.

A la fin, retirer le spéculum.

Quand le moment du retrait du DIU est venu ; il faut faire toujours un toucher vaginal soigneux et un examen au spéculum. Puis nettoyer le vagin et le col avec une solution antiseptique. Après avoir rassuré la consultante, on tire doucement les deux fils.

Observer jusqu'à tarissement des pertes de sang éventuelles.

L'utilisatrice sera contrôlée 1 mois et 3 mois après insertion, puis doit faire une visite tous les 6 mois ou lors de l'apparition d'un éventuel problème (fils manquants, trop courts ou trop longs, douleur inhabituelle, signe d'infection).

#### ⇒ **AVANTAGES**

- C'est une méthode qui est particulièrement efficace
- Elle offre une protection continue, à long terme et ne présente aucune interférence pour les relations sexuelles
- Son coût est faible, vu la durée d'action
- Son utilisation est discrète
- La réversibilité est bonne.

#### ⇒ **INCONVENIENTS**

- Pourtant, elle nécessite un médecin ou une personne qualifiée pour la mise en place et le retrait
- On note une augmentation des risques de maladie inflammatoire pelvienne, de grossesse extra-utérine et par conséquent, risque élevé de stérilité
- En plus, elle exige une vérification régulière des fils surtout après chaque règle
- Elle augmente également l'abondance des règles
- Une expulsion accidentelle peut survenir.

#### ⇒ **INDICATIONS**

- Les femmes pendant les six premiers mois d'allaitement peuvent très bien l'utiliser
- Les femmes qui ont accouché au moins une fois et qui désirent une contraception efficace, de longue durée et non astreignante correspondent aux populations cibles
- De même que celles pour qui, les hormones sont contre-indiquées.

### ⇒ **CONTRE-INDICATIONS**

Ces états excluent l'utilisation des stérilets :

- Grossesse
- Infection pelvienne ou cervicale ou haut risque de VIH/SIDA
- Cancer génital
- Post abortum ou post-partum de moins de quatre semaines
- Anémie
- Multiparité
- Nulligèste
- Malposition utérine.

### ⇒ **EFFICACITE**

L'efficacité est élevée : 96 à 98%

Le taux d'échec est estimé à 1 à 4%.

### ⇒ **PRINCIPALE CAUSE D'ECHEC**

Expulsion du dispositif.

#### - **Les méthodes barrières**

Parmi ces méthodes, il y en a celles qui sont réservées aux hommes (les condoms ou préservatifs masculins ) et celles destinées aux femmes. Ces dernières sont plus variées (le diaphragme, les capes cervicales, les spermicides, les préservatifs féminins ).

Toutes, elles constituent à éviter la pénétration des spermatozoïdes dans la glaire cervicale, empêchant l'union des cellules sexuelles, point de départ d'un fœtus. D'où, leur qualification de "barrière".

Particulièrement chez la femme, un examen gynécologique s'impose pour apprécier :

- la situation et l'état du col ;
- l'état des culs de sac vaginaux et la statique pelvienne ;
- la situation et l'orientation de l'utérus.

### ☞ **LE PRESERVATIF MASCULIN OU CONDOM(30)**

C'est une enveloppe en latex ou en polyuréthane (plastic) à placer sur le pénis en érection. En recueillant le sperme, elle empêche le passage de celui-ci dans le vagin.

Sa taille est de 49 à 52 mm déroulé. Le préservatif peut être coloré ou transparent, parfumé (menthe, framboise,...) ou non.

Certains sont lubrifiés soit avec du silicium, soit avec du spermicide ce qui ajoute une protection supplémentaire contre les grossesses.

Un condom ne peut servir qu'à une relation sexuelle.

Lors de sa mise en place, il convient de pincer la poche à l'extrémité. Après l'éjaculation, l'homme doit bien maintenir la base et le retirer délicatement afin d'éviter un glissement ou une fuite.

### ☞ **LE PRESERVATIF FEMININ OU FEMIDOM ® (33)**

Il s'agit d'un fourreau de polyuréthane ( matière comparable à celle des préservatifs masculins) qui s'adapte aux dimensions du vagin. C'est donc comme un préservatif " à l'envers ".

Avant le rapport sexuel, la femme doit l'insérer bien au fond du vagin. Il est moins disponible que le condom.

Les personnes allergiques au latex ne peuvent pas utiliser les préservatifs.

### ☞ **LES SPERMICIDES**

Ce sont des produits qui tuent ou immobilisent tous les spermatozoïdes dans le vagin. Ils contiennent comme produit actif le chlorure de benzal-konium ou le nonoxynol 9.

Ils existent sous diverses formes : crèmes, gelées, ovules, mousses, comprimés ou films.

Les crèmes et les mousses sont immédiatement actives une fois appliquées dans le vagin. Pour les ovules et les comprimés, il faut les introduire 15 à 20 minutes avant le rapport, le temps qu'ils fondent dans le vagin.

Leur action dure au moins deux heures et la pose doit être renouvelée à chaque rapport. La toilette intime n'est permise que huit heures au minimum après le rapport.



L'allergie aux substances contenues dans les produits constitue leur seule contre-indication.

### ☞ **L'EPONGE CERVICALE (13)**

Elle ne se commercialise qu'en France et au Canada. Elle est moins efficace. On l'insère au fond du vagin pour qu'elle trouve appui contre le col de l'utérus. Elle doit être conservée plusieurs heures après un rapport sexuel. On la jette après l'emploi en respectant les normes d'hygiène.

### ☞ **LE DIAPHRAGME ET LA CAPE CERVICALE (34)**

Le diaphragme est une cupule de caoutchouc dont le bord épais contient un ressort plat ou en boudin :

Ce dispositif sera placé dans le vagin de façon à ce qu'il coiffe le col utérin.

Son maintien est assuré par le ressort.

La cape cervicale est une sorte de diaphragme sans ressort. Elle s'insère sur le col de l'utérus uniquement par un effet ventouse.

Leur diamètre varie de 55 à 105 mm.

Ce diamètre mesure la distance qui sépare la fossette retro-symphysaire du cul de sac postérieur. Pour la mesurer, on utilise un compas mesureur de *SIMON LEE*.

Si leur taille est convenable, on ne les sent presque même pas.

Trop petits, ils sont inefficaces ; trop grands, ils provoquent des troubles mictionnels.

Pour être efficace, ces dispositifs doivent être recouverts de gelée de spermicide qu'il faut renouveler si le premier rapport est suivi d'un second.

Insérer une à deux heures avant la relation sexuelle, ils ne doivent être retirés que huit heures après le dernier rapport pour s'assurer que tous les spermatozoïdes ont été détruits.

Les cas suivants contre-indiquent leur emploi :

- Présence du cystocèle
- Fossette rétro-symphysaire étroite
- Périnée délabré
- Cavité vaginale étroite

- En cas de prolapsus génital
- Fibrome faisant sailli dans le cul de sac postérieur
- Rétroversion utérine
- En cas de vaginite ou douleur.

Actuellement, ils ne sont plus couramment utilisés.

#### ⇒ **AVANTAGES**

Les méthodes " barrières " offrent beaucoup d'avantages.

- Elles sont faciles à utiliser
- Leur particularité, c'est qu'elles protègent contre les infections sexuellement transmissibles
- On peut s'en procurer facilement (Centre de santé, ventes publiques pour certains) avec un coût abordable
- La réversibilité est totale

#### ⇒ **INCONVENIENTS**

- Leur emploi au moment de chaque rapport exige une discipline et encore faut-il y songer à chaque rapport
- Certaines personnes ressentent une diminution de plaisir
- Des réactions d'irritation ou d'allergie sont possibles
- Ils ne sont pas fiables si utilisés seuls
- Les préservatifs peuvent glisser ou se déchirer au cours de l'acte
- Une visite médicale s'impose pour la pratique de diaphragme ou de la cape cervicale
- Ils nécessitent un emplacement correct.

#### ⇒ **INDICATIONS**

- Ils sont appropriés aux femmes allaitantes ou aux femmes allergiques à d'autres méthodes
- Les personnes à haut risque d'infections sexuellement transmissibles sont les plus suscitées
- Ils constituent des bonnes méthodes complémentaires (d'appoint) lors d'un oubli de pilule par exemple

- Le diaphragme et la cape cervicale sont particulièrement indiqués aux femmes dont la musculature profonde périnéale est tonique et la fossette retrosymphysaire, profonde.

#### ⇒ EFFICACITE

Utilisés seuls, leur efficacité est moins bonne.

Elle est excellente si on pratique une association (condom et spermicide, diaphragme et spermicide).

#### ⇒ PRINCIPES CAUSES D'ECHEC

- Pour les préservatifs : déchirure ou glissement pendant l'acte
- Pour le diaphragme et la cape :
  - Oubli ou insuffisance de gelée spermicide
  - Inadaptation de la taille du dispositif avec celle du col utérin
  - Mise en place incorrecte
  - Retrait trop vite de l'appareil après les rapports.

#### - La contraception chirurgicale volontaire ou CCV (35) (36) (37)

La CCV désigne les méthodes permanentes et irréversibles qui préviennent la survenue d'une grossesse.

La stérilisation chirurgicale masculine s'appelle *la vasectomie*. Elle consiste à sectionner ou à ligaturer les deux canaux par où passent les spermatozoïdes.

Pour les femmes, il y a *la ligature section des trompes* ou LST. C'est la section ou l'obturation des trompes utérines qui conduisent les ovules vers l'utérus.

#### ☞ LA VASECTOMIE

Elle fut introduite à Madagascar vers 1984 par l'hôpital luthérien d'Andranomadio comme moyen de contraception.

Cette méthode est simple, efficace et sans danger. Une intervention mineure est réalisée sous anesthésie locale et dure 15 minutes. Elle nécessite néanmoins des procédés aseptiques pour prévenir les infections.

Les spermatozoïdes continuent à être produits mais puisque les canaux qui les conduisent sont bloqués, ils ne peuvent plus sortir avec l'éjaculat. Ils seront alors détruits et phagocytés par les globules blancs puis dissout dans le liquide testiculaire.

Le sperme n'est modifié ni en texture ni en volume ni en couleur.

Le désir sexuel ne change pas non plus.

L'homme n'est pas immédiatement stérile après l'opération car le réservoir séminal contient encore des millions de spermatozoïdes. Ceux-ci ne disparaissent qu'au bout de quelques mois voire après environ 20 éjaculations.

L'intervention se déroule comme suit :

- Nettoyer le champ opératoire avec un produit antiseptique
- Injecter à la base du scrotum ou des bourses de l'anesthésie locale
- Pratiquer une ou deux petites incisions
- Ligaturer chaque canal en deux endroits avant d'exciser le segment intermédiaire
- Suturer au gut la partie distale
- Réintégrer les deux fragments à l'intérieur du scrotum et panser le plaie
- La suture n'est pas nécessaire. Mettre seulement une compresse bien stérile avec un sparadrap que l'on enlève après cinq jours.

L'opéré peut quitter le Centre après une heure et doit se priver des travaux lourds pendant une semaine.

Des nouvelles techniques sont actuellement en cours d'étude. Elles consistent à injecter des silicones, de polyuréthane et d'autres substances sclérosantes ou à insérer des capsules silastiques pour bloquer le passage des spermes.

Avant de faire la vasectomie, il faut respecter ces contre-indications :

- Infection cutanée locale
- Diabète
- Hydrocèle et hypertension artérielle ( qui accroissent le risque d'hémorragie )
- Un tissu scrotal épais rendant difficile l'isolation du canal déférent.

## ☞ LA LIGATURE SECTION DES TROMPES

La stérilisation de la femme est plus complexe. Les trompes de Fallope peuvent être bloquées de diverses manières : par ligature, obturation ou cautérisation.

L'effet est immédiat. Les femmes continuent à avoir leur menstruation, leur ovulation mais ne peuvent plus être enceintes. Les plaisirs sexuels ne sont pas non plus modifiés.

L'intervention dure une demi-heure et se pratique sous anesthésie locale ou générale. On distingue deux techniques :

*a) Mini Laparotomie*

En post-partum immédiat, pratiquer une petite incision sous ombilicale.

En dehors du post-partum, l'incision sera juste au niveau de la limite supérieure des poils pubiens.

Sectionner les trompes, ligaturer les extrémités et refermer l'incision.

*b) Cœlioscopie*

Pratiquer une ou deux petites incisions au niveau du bas ventre.

A l'aide d'un tube, introduire une optique et des instruments dans la cavité péritonéale. Repérer les trompes, les pincer avec des « clips ».

On peut aussi les cautériser et les sectionner.

⇒ **AVANTAGES DE LA CCV**

- Elle est très efficace
- Elle ne représente aucun danger
- Les soucis de contraception sont supprimés
- Par rapport à leur durée d'action, elle est peu coûteuse
- Il n'y a aucune interférence sur les relations sexuelles
- On ne note aucuns effets secondaires à long terme

⇒ **INCONVENIENTS**

- L'inconvénient majeur réside dans l'irréversibilité de l'opération
- Les complications post-opératoires (infections, hématome,...) peuvent survenir
- L'effet n'est pas immédiat chez l'homme d'où le besoin d'utiliser d'autres méthodes pendant quelques mois
- On note parfois un libertinage sexuel surtout chez l'homme et donc une crise de jalousie chez la femme
- Certaines personnes peuvent subir des conséquences psychologiques.

### ⇒ INDICATIONS

Elles sont en fonction de ces critères :

- âge (pas avant 30 ans)
- nombre d'enfant (les grandes multipares)
- indications médicales pour une femme de moins de 28 ans contre-indiquant absolument la grossesse
- femme ayant trois opérations césariennes

La CCV nécessite en outre un consentement signé du couple avec une réflexion au moins 15 jours.

### ⇒ EFFICACITE

L'efficacité théorique et pratique est excellente.

Le taux de grossesse pendant la première année est estimé à 0,5 à 1,2 % après vasectomie et 0,2 à 0,4 % pour la ligature section des trompes.

#### - Les contraceptifs d'urgence (38) (39)

Malgré les méthodes de contraception très efficaces disponibles actuellement, de nombreuses grossesses sont encore non planifiées et /ou non destinées. Ces grossesses ont un risque plus élevé de morbidité et de mortalité, souvent lié à un avortement à risque. Le taux de grossesse à la suite d'un rapport sexuel non protégé peut aller jusqu'à 25%, selon le moment de ce dernier par rapport à l'ovulation.

Ces contraceptifs sont indiqués dans les cas suivants :

- Aucune méthode de contraception n'a été utilisée (rapport non protégé, agression sexuelle ou viol,...) ;
- Un "accident" contraceptif s'est produit (rupture ou glissement de condom, oubli de pilule,...);

Leur action s'explique par l'empêchement ou retardement de l'ovulation, ainsi que la modification de l'endomètre rendant ce dernier réceptif à l'œuf fécondé.

Pourtant, ils n'interrompent pas une grossesse déjà établie, tout en ne provoquant pas des malformations fœtales.

Différentes méthodes peuvent être utilisées, mais les plus courantes sont les suivantes :

### ☞ **LES CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES**

C'est la méthode de Yuzpe. Il faut prendre dans les 72 heures suivant le rapport sexuel, quatre comprimés de pilules contenant 30 µg d'ethinyl estradiol et 150 µg de levonorgestrel, puis quatre autres 12 heures plus tard.

Si l'on dispose de pilules contenant 250µg d'ethinyl estradiol et 250 v de levonorgestrel, en prendre deux puis deux autres 12 heures après.

### ☞ **LES PILULES PROGESTATIVES**

Elles entraînent moins d'effets indésirables. La posologie utilisée consiste à deux doses espacées de 12 heures de 750 µg de levonorgestrel, la première devant être prise dans les 48 heures qui suivent le rapport non protégé.

### ☞ **LES ŒSTROGENES**

Dans les 48 heures suivant le rapport, on peut prendre 5 mg d'ethinyl estradiol par jour et pendant cinq jours.

### ☞ **LE DIU**

L'insertion d'un DIU dans les cinq jours qui suivent un rapport sexuel imprévu et / ou non protégé s'avère très efficace, avec un taux d'échec inférieur à 1%.

L'efficacité de ces méthodes est 98% si la prise se fait le plus tôt possible; pourtant, elles sont considérées uniquement comme mesure d'urgence et non une méthode anticonceptionnelle régulière.

## - **Les techniques contraceptives en cours d'étude (14)**

### ☞ **ANNEAU VAGINAL**

Il libère lentement de l'hormone après son insertion dans le vagin, leur durée d'action est de 3 mois, il est sous le contrôle direct de la femme.

### ☞ **LES MICROSPHERES INJECTABLES**

Ce sont des minuscules particules de l'hormone fixées sur une polymère, qui après avoir été injectées se dissolvent et libèrent l'hormone pendant 3 mois.

### ☞ **LA STERILISATION FEMININE PAR OCCLUSION CHIMIQUE**

Elle consiste à faire une occlusion chimique à travers le col, au moyen d'un appareil spécialement conçu à cette fin.

### ☞ **LE SEXOMETRE OU "THERMOMETRE INTELLIGENT"**

C'est un appareil électronique automatisé pour la détection de l'ovulation et de la période inféconde post-ovulatoire du cycle menstruel.

### ☞ **LE SLIP CONTRACEPTIF**

Le port pendant la journée de ce slip, de coupe ajustée, fixe les testicules en position haute contre le corps et entraîne ainsi une baisse de la spermatogenèse.

### ☞ **LES VACCINS CONTRACEPTIFS**

Ils assurent une protection à long terme. Ils pourraient être administrés à peu de frais. Des recherches sont en cours sur :

- l'immunisation contre les spermatozoïdes : LANDESTENER et METCHNIKOFF en 1889-1900 ont prouvé le caractère antigénique des spermatozoïdes.
- l'immunisation des blastocytes : des anticorps naturels peuvent se former contre les sécrétions du tractus masculin et féminin, la découverte dans l'utérus au moment de l'implantation ovulaire, de la blastokinine, une protéine spécifique antigénique semble présenter une perspective de l'induction d'anticorps spermatique antiblastokinine.

### ☞ **LES STEROIDES CONTRACEPTIFS PAR PULVERISATION INTRANASALE**

Cette méthode est encore au stade d'essai.

### ☞ **AUTRES**

Actuellement, on recherche des agents extraits des plantes pouvant être administrés en cas de retard des règles ou immédiatement après un rapport sexuel.



***DEUXIEME PARTIE :***

**NOTRE ETUDE**

## 1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Devant l'ampleur des problèmes de santé causée par les grossesses non contrôlées portant préjudice à la mortalité et à la morbidité materno - infantile, ce travail se propose principalement d'étudier les activités en PF dans le CSB<sub>II</sub> d'Itaosy pendant l'année 2001.

Vu que ces difficultés influent sur le bien-être individuel, familial, social et national même, nous sommes amenés à viser d'autres objectifs :

- avoir un aperçu sur l'accès et la pratique de la planification familiale en milieu rural,
- en déduire les obstacles qui entravent la promotion de ce domaine,
- apporter des suggestions dans le but d'augmenter le nombre d'utilisateurs.

## 2. CADRE D'ETUDE

### *2.1. Situation géographique*

Sis à 5 km à l'Ouest d'Antananarivo, le Centre dessert 12 secteurs.

Il est entouré de plusieurs formations sanitaires publiques et privées.

Pour le joindre, on longe le chemin qui mène vers le centre hospitalier d'Itaosy qui ne lui est séparé que de quelques dizaines de mètres.

### *2.2. Situation démographique*

Le nombre de population totale est évalué à 31117 d'habitants. Parmi eux, 7281 sont des femmes en âge de procréer. 80 % des habitants sont agriculteurs, les restes se repartissent en fonctionnaires salariés et / ou employés et artisans.

En tant que zone rurale, on y reconnaît les maisons traditionnelles en brique et leur toiture en tuile avec leur orientation Est-Ouest. Mais le développement gagne progressivement et sûrement la région si l'on ne parle que les nombreuses constructions modernes dans les multiples ruelles, bâties par des anciens résidents ou les citadins désirant revenir aux terres de leurs grands aïeux.

### ***2.3. Le CSB II d'Itaosy***

Depuis plus de 30 années, il a exercé sous le nom de ZDSP ou Zone de Démonstration en Santé Publique avant d'être changé en CSB II d'ITAOSY.

Le service de PF par contre n'a ouvert ses portes aux publics qu'à partir de 1992.

Cette formation sanitaire assure plusieurs activités dont :

- ☞ **LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE,**
- ☞ **LA SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE ET PESEE DU NOURRISSON ET DES PETITS ENFANTS,**
- ☞ **LA VISITE MEDICALE DES ENFANTS D'AGE SCOLAIRE,**
- ☞ **LA VACCINATION DES ENFANTS ET DES FEMMES ENCEINTES,**
- ☞ **LE PLANNING FAMILIAL,**
- ☞ **LES PREMIERS SOINS DES PATHOLOGIES COURANTES,**
- ☞ **LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS,**
- ☞ **LA CCC OU COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT SUR LES SOINS PREVENTIFS, LA LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES, LES FIEVRES BUBONS INGUINAUX, AXILLAIRES, L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF, LA SANTE FAMILIALE, LES IST/SIDA.**

Les ressources humaines qui œuvrent dans l'accomplissement de ces tâches sont :

- 3 médecins dont un médecin chef
- 2 sages femmes
- 5 agents de santé formés
- 2 servants.

Par ailleurs, chaque commune apporte leur participation par le biais des membres de comité d'action sanitaire communautaire ou CASC. On dénombre 30 animateurs par commune issus de chaque " fokontany ". La formation de ces agents communautaires est soutenue par le partenariat JSI/USAID depuis le mois de Juin 2000.

Ils renforcent la sensibilisation de la masse communautaire dans les domaines d'activité du centre.

#### ***2.4. Le service de PF***

Ce service a ouvert ses portes au sein du CSB II d'Itaosy seulement en 1992. Depuis, trois sage-femmes ont successivement contribué à sa bonne mise en marche.

Actuellement, cette branche est assurée par une sage-femme et une assistante. Etant un Centre d'encadrement, le service accueille aussi les étudiants venant de l'Ecole d'Enseignement Médico - Social ou EEMS et occasionnellement, des stagiaires en Médecine.

##### **2.4.1. Les ressources matérielles**

Pour mieux servir ses clients, le service utilise plusieurs ustensiles de travail.

- **CISEAUX**
- **HYSTEROMETRE**
- **PINCES DE POZZI**
- **PINCES DE KOCHER**
- **PINCES CROCODILE**
- **PINCES OUVRE COL**
- **SPECULUMS**
- **CUPULES**
- **DOIGTIERS**
- **HARICOTS INOX**
- **PORTE-PINCES INOX**
- **STERILISATEUR**
- **BOITE A IMAGES**
- **TENSIOMÈTRE**
- **STÉTHOSCOPE MÉDICAL**
- **THERMOMÈTRE**
- **BALANCE PESE-PERSONNE**
- **VANNE**
- **ECHEANCIERS BLEU ET ROUGE**

Comme biens mobiliers :

- 03 chaises
- une table du prestataire
- une table d'examen
- une armoire
- un escabeau
- une étagère
- une lampe articulée

### 2.4.2. Les méthodes disponibles au centre et leur coût

**Tableau 1.** *Les méthodes contraceptives disponibles au centre avec leur coût respectif*

<b>METHODES</b>	<b>PRESENTATIONS ET COMPOSITIONS</b>	<b>COUT</b>
<b>CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES</b>	LO FEMENAL : plaquette de 28 comprimés dont : - 21 blancs contenant chacun : 30µg d'éthinyl estradiol + 0.3 mg de norgestul - 7 comprimés marron contenant chacun : 75 mg de fumarate de fer	500 fmg la plaquette
<b>CONTRACEPTIFS ORAUX PROGESTATIFS</b>	OVRETTE® : plaquette de 28 comprimés contenant chacun : 0.075 mg de norgestul	500 fmg la plaquette
<b>CONTRACEPTIFS INJECTABLES</b>	DEPO-PROVERA® : flacon de 3 ml contenant : 150 mg d'acetate de medroxy progestérone	1500 fmg le flacon
<b>DIU</b>	DIU au cuivre : le TCU 380 A	5000 fmg la pose
<b>PRESERVATIFS</b>	PROTECTOR® en latex avec lubrifiant	50 fmg l'unité
<b>SPERMICIDES</b>	CONCEPTROL® à nonoxynol 9	50 fmg l'unité

Le Centre se sert de dix méthodes contraceptives. Si les clients désirent en adopter d'autres, on les réfère.

Même si le service n'offre pas toutes les gammes des contraceptifs, il assure la continuité des produits qu'il dispose. L'approvisionnement se fait régulièrement et il n'y a jamais rupture des stocks.

### 2.4.3. Les activités au service de PF

- **La CCC (Communication pour le Changement de Comportement)**

Les renseignements en matière de PF doivent s'adresser idéalement à la fois au couple pour qu'il puisse décider et choisir ensemble une méthode contraceptive.

Pourtant, on ne rencontre que très rarement des femmes accompagnées par leur mari lors des consultations ; Travail trop débordant ou autres raisons ?

Une femme à elle seule ne peut cependant aboutir à une conception d'un enfant bien qu'elle soit, la plupart du temps, la seule à supporter les fardeaux des naissances mal planifiées ( trop précoces, trop fréquente ou trop nombreuses).

Chaque mardi matin, le Centre propose une séance de CCC concernant le planning familial. Le but serait d'orienter et d'encourager les consultants pour la pratique d'une contraception après en avoir expliqué les objectifs, les avantages du PF ainsi que les différentes méthodes contraceptives.

Comme supports didactiques, on utilise des échantillons de contraceptifs, des boîtes à images montrant l'emploi de chaque méthode, des brochures spécifiques en malgache et des affiches.

- **L'accueil des consultantes**

Toutes les clientes sont soumises au même rythme de déroulement du service. La consultation se fait uniquement dans le Centre, à n'importe quel moment où on essaye de respecter autant que possible les sept droits de la cliente que sont :

- **L'information**
- **L'accès** sans distinction
- **Le choix** des méthodes
- **La sécurité** incluant innocuité et efficacité
- **La confidentialité**
- **La dignité** en les écoutant et en les traitant avec respect
- **La continuité** des services aussi longtemps que possibles

Chaque consultante doit se munir d'un carnet mentionnant son nom, prénoms, date de naissance et adresse.

Lors du premier entretien, deux cas peuvent se présenter :

- Pour les femmes qui n'ont pas encore leur menstruation, on déclenche leurs règles en donnant 2 comprimés par jour de LO FEMENAL<sup>®</sup> ou OVRETTE<sup>®</sup> pendant 5 jours, on les fait revenir dès l'apparition des règles, la contraception pouvant être commencée.
- Pour celles qui ont déjà eu se règles, on procède à un interrogatoire afin de remplir la fiche de consultation puis à un examen physique qui insiste surtout sur la prise de la tension artérielle, la pesée.

L'examen gynécologique reste le point important avec le toucher vaginal et l'examen au spéculum.

Ensuite, on présente les échantillons des méthodes contraceptives avec une bonne explication de leur mode d'emploi, de leurs indications, de leurs contre-indications respectives sans oublier d'énumérer les effets secondaires possibles, sources d'abandon pour certaines acceptantes. On les conseille de revenir au Centre en cas de problèmes ou de doutes et de les faire bien comprendre qu'elles peuvent changer de méthode à n'importe quels moments.

L'adhérente est libre de choisir parmi les différentes mesures de contraception, mais l'examinatrice peut lui suggérer la méthode qui conviendra mieux à son besoin.

Le prestataire distribue, insère ou administre alors le contraceptif choisi, et lui annonce la date du rendez-vous pour le suivi.

Une fois la fiche de consultation individuelle dûment remplie, on consigne la consultante sur le registre des services.

Le suivi consiste à faire un examen physique de contrôle, à assurer une bonne continuité (prise correcte pour les contraceptifs oraux), à détecter les effets secondaires et à évaluer la tolérance.

Dans le cas des DIU, on vérifie si le dispositif et les fils sont bien en place. Il faut voir également l'état des muqueuses utérines.

Pour les contraceptifs oraux, on donne la dose suffisante pour trois cycles, c'est à dire trois plaquettes.



La séance de suivi étant finie, on lui indique la date du prochain rendez-vous.

- **Le profil des bénéficiaires**

Il est indiqué par le tableau n°2.

**Tableau 2.** *Profil des bénéficiaires par méthode contraceptive*

<b>MOYENS CONTRACEPTIFS</b>	<b><i>BENEFICIARES STANDARDS</i></b>
<b>Toutes méthodes artificielles</b>	<p>Toutes femmes en âge de procréer ne présentant pas des :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Signes de grossesse</li> <li>- Métrorragies</li> <li>- Cancer des seins</li> <li>- Cancer du col</li> </ul>
<b>Contraceptifs oraux oestro - progestatifs</b>	<p>Toutes femmes âgées de moins de 35 ans, non tabagiques, ou allaitantes de plus de mois ne présentant pas des :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladies cardio-vasculaires (HTA)</li> <li>- Ictère</li> <li>- Diabète</li> </ul>

<b>Contraceptifs oraux progestatifs</b>	Toutes femmes en âge de procréer ; sans antécédent d'ictère ni d'épilepsie, ne présentant pas des : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Signes de diabète sucré</li> <li>- Thrombophlébites</li> </ul> et les femmes allaitantes
<b>Contraceptifs injectables</b>	Toutes femmes en âge de procréer ; sans antécédent d'ictère ou d'épilepsie, ne présentant pas des signes de diabète ainsi que les femmes ayant au moins un enfant vivant
<b>Dispositif intra-utérin</b>	Toutes femmes âgées de plus de 18 ans : Ayant au moins un enfant vivant Sans anémie ni trouble du cycle à type d'hyperménorrhée et dysménorrhée Sans antécédent de GEU inférieur à 6 mois Ne présentant pas de malformations utérines ou infections des organes génitaux.

- **Prise en charge des infections sexuellement transmissibles / SIDA**

Pour ces cas, on sollicite les personnes à utiliser les condoms. Des notions sur la transmission et les complications de la maladie en cas de négligences leur seront données, tout en les sécurisant et en les encourageant à se faire traiter. Les expliquer

l'importance du traitement simultané du couple, aiderait à mieux contrôler l'expansion des infections.

Le Centre dispose, pour cette lutte, un kit MST qui se compose de :

- Ovule Nystatine
- Tétracycline<sup>®</sup>
- Metronidazole<sup>®</sup> ovule et comprimé
- Betadine gynécologique
- Gants

### **3. METHODOLOGIE**

#### ***3.1. Méthode d'étude***

Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée à partir d'un dépouillement systématique des dossiers au CSB II d'Itaosy du mois de janvier 2001 au mois de décembre 2001, tout en respectant l'ordre chronologique de la date d'adhésion des consultantes.

##### **3.1.1. Sélections des dossiers**

La population d'études regroupe les femmes, en âge de procréer (entre 15 et 49 ans) et qui sont suivies au Centre. Néanmoins, nous avons exclu les dossiers des utilisateurs qui étaient mal remplis.

##### **3.1.2. Paramètres à analyser**

Ils ont été tirés à partir des fiches individuelles des consultantes.

- **Age des utilisatrices**

C'est l'étude de l'âge des femmes à partir de la puberté jusqu'à la ménopause, qui pratiquent la contraception. Il est divisé comme suit :

- 14 à 19 ans
- 20 à 24 ans
- 25 à 29 ans

- 30 à 34 ans
- 35 à 39 ans
- 40 ans et plus

- **Niveau d'instruction**

C'est l'analyse du niveau d'études de l'utilisatrice. Il est classé comme suit :

- Illettrée
- Primaire
- Secondaire
- Universitaire

- **Nombre d'enfants vivants**

C'est le nombre d'enfants à la charge et la parité de l'utilisatrice. Il est reparti comme suit :

- 0 (pas d'enfant)
- 1 à 2
- 3 à 4
- 5 et plus

- **Etat matrimonial**

C'est l'analyse de la vie sexuelle et affective de l'utilisatrice en n'insistant pas sur la légalité. On fait la répartition selon que la femme :

- Vit en couple
- Vit seule

- **Intervalle inter-génésique**

C'est l'étude de l'espace de temps qui s'écoule entre la naissance de l'avant dernier-né et du dernier-né :

- Moins de 2 ans
- 2 à 4 ans
- 4 ans et plus

- **Motifs d'adhésions**

C'est l'analyse de la cause de la pratique de la contraception. Il est estimé par :

- L'espacement des naissances
- La limitation des naissances.

- **Sources d'informations**

C'est l'étude de l'origine des renseignements concernant la planification familiale ayant incités l'utilisatrice à pratiquer une méthode contraceptive. Elle est évaluée par :

- La radio, la télévision ou le journal
- La brochure ou l'affiche
- La famille ou les amis
- Les personnels de la santé.

- **Méthodes adoptées**

C'est l'analyse de la méthode contraceptive que l'utilisatrice a choisie et pratiquée dans le centre. Elle est répartie de la façon suivante :

- LO FEMENAL
- OVRETTE
- DEPO-PROVERA
- DIU
- CONCEPTROL
- CONDOM

### **3.1.3. Analyse statistique**

L'effectif total des utilisatrices est obtenu par la somme des anciennes et nouvelles acceptantes.

Nous allons étudier tous les paramètres et essayer d'en déduire des résultats.

Au cours du présent travail, nous avons utilisé comme logiciel **Microsoft Office** pour le traitement de texte et les tableaux, et **Windows 98** pour le système d'exploitation

### **3.2. Matériels d'études**

La recherche a été possible grâce aux diverses données recueillies à partir :

- des fiches individuelles de consultation

- des registres de consultation en PF, année 2001
- des rapports d'activité annuelle de l'année 2001
- des données démographiques de l'année 2001

#### **4. RESULTATS**

##### ***4.1. Résultats du recrutement***

En somme, le nombre des consultants pendant l'année 2001 dans le service du CSB II d'Itaosy s'élève à 3624 parmi lesquels 717 sont de passage. Ces derniers ne possèdent pas des fiches de consultation.

584 dossiers des utilisateurs qui pratiquent les méthodes modernes de contraception ont été recrutés, mais 11 d'entre eux ont été exclus à cause de l'insuffisance des données y inscrites.

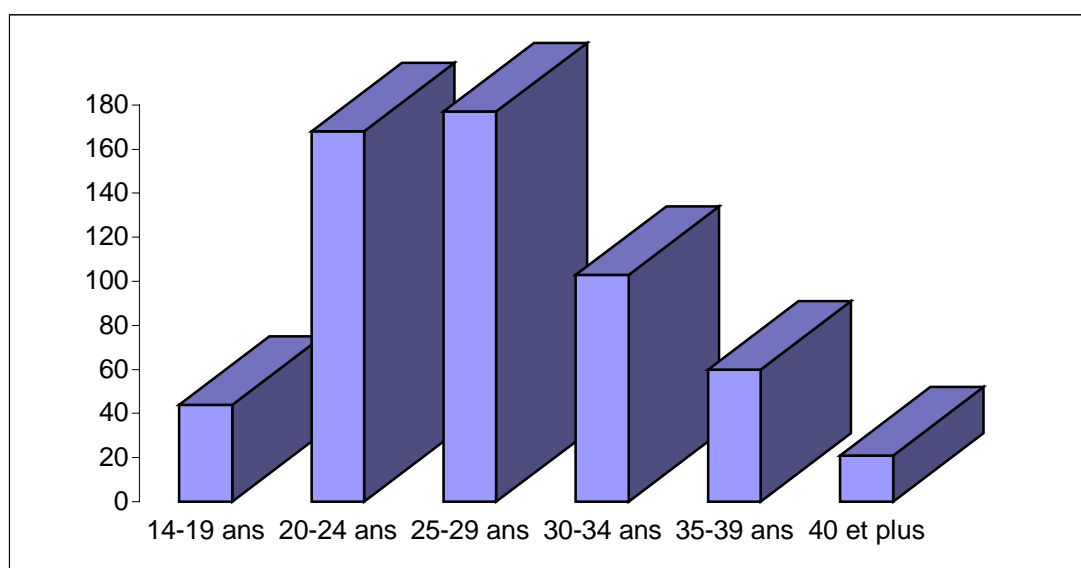
Au total donc, 573 dossiers ont été retenus.

#### 4.2. Résultats de l'évaluation de chaque paramètre

a) Age

**Tableau 3.** Répartition des utilisatrices selon les tranches d'âge

TRANCHE D'AGE	NOMBRE	POURCENTAGE
14-19 ans	44	7,68 %
20-24 ans	168	29,32 %
25-29 ans	177	30,89 %
30-34 ans	103	17,98 %
35-39 ans	60	10,47 %
40 et plus	21	3,66 %
<b>TOTAL</b>	<b>573</b>	<b>100%</b>



**Figure 6.** Les tranches d'âge des utilisatrices

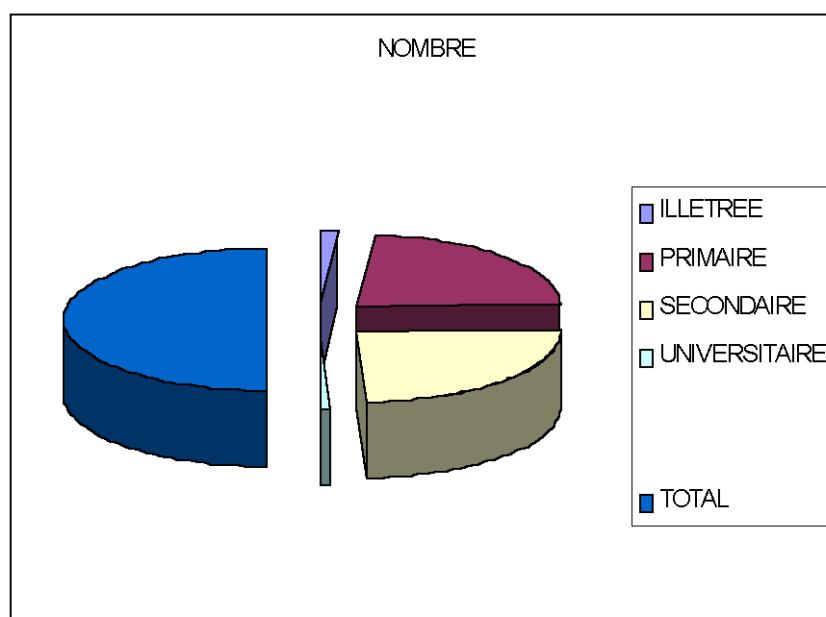
Les femmes appartenant à la tranche d'âge 25 à 29 ans utilisent les plus des contraceptions, suivies de celles appartenant à la tranche d'âge 20 à 24 ans. La plus jeune est âgée de 14 ans.



## b) Niveau d'instruction

**Tableau 4.** *Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction*

	NOMBRE	POURCENTAGE
<b>ILLETREE</b>	16	2,79 %
<b>PRIMAIRE</b>	265	46,25 %
<b>SECONDAIRE</b>	283	49,39 %
<b>UNIVERSITAIRE</b>	9	1,57 %
<b>TOTAL</b>	573	100%



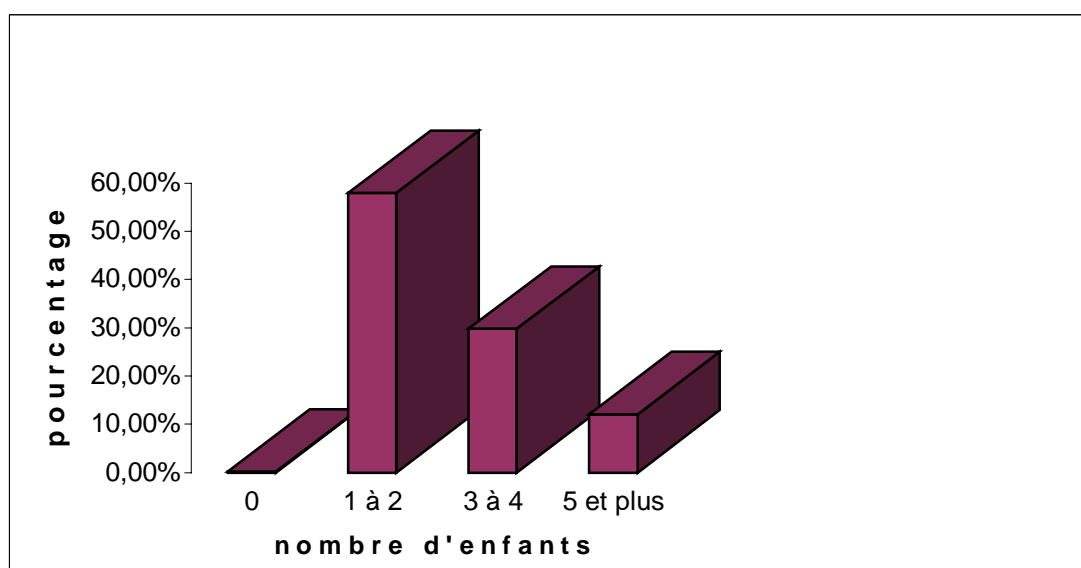
**Figure 7.** *Le niveau d'instruction des utilisatrices*

Ainsi, 49,39 % des utilisatrices ont acquis le niveau secondaire et 46,25 % autres ont suivi le niveau primaire.

c) Nombre d'enfants vivants

**Tableau 5.** *Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants*

NOMBRE D'ENFANTS	NOMBRE	POURCENTAGE
<b>0</b>	1	0,17 %
<b>1 à 2</b>	332	57,94 %
<b>3 à 4</b>	171	29,84 %
<b>5 et plus</b>	69	12,04 %
<b>TOTAL</b>	573	100



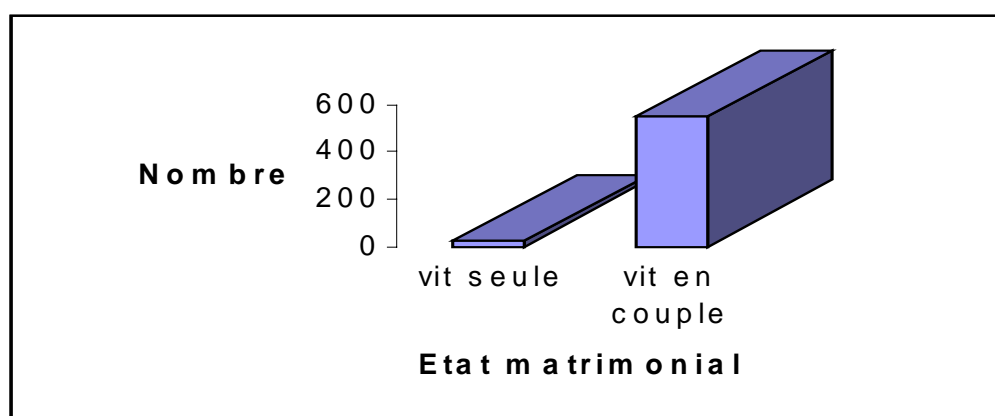
**Figure 8.** *Le nombre d'enfants vivants des utilisatrices*

Plus de la moitié des utilisatrices (57,94%) ont 1 à 2 enfants. On remarque que 12,04 % des femmes ont encore 5 enfants ou plus (jusqu'à 10 enfants).

d) Etat matrimonial

**Tableau 6.** Répartition des utilisatrices selon l'état matrimonial

	NOMBRE	POURCENTAGE
<b>Vit seule</b>	24	4,19 %
<b>Vit en couple</b>	549	95,81 %
<b>TOTAL</b>	573	100



**Figure 9.** Etat matrimonial des utilisatrices

Les utilisatrices vivant en couple constituent une énorme proportion, soit 95,81 %.

e) Intervalle intergénéésique

**Tableau 7. Répartition des utilisatrices selon l'intervalle inter-généésique**

	NOMBRE	POURCENTAGE
<b>Intervalle intergénéésique</b>		
<b>Moins de 2 ans</b>	86	15,01%
<b>[ 2 à 4 ans ]</b>	237	41,36 %
<b>[ 4 ans et plus ]</b>	104	18,15 %
<b>Femme primipare</b>	146	25,48 %
<b>TOTAL</b>	573	100

41,36 % des utilisatrices ont un intervalle inter génésique de 2 à 4 ans. Les primipares étant de l'ordre de 25,48 %.

f) Motif d'adhésion

**Tableau 8. Répartition des utilisatrices selon le motif d'adhésion**

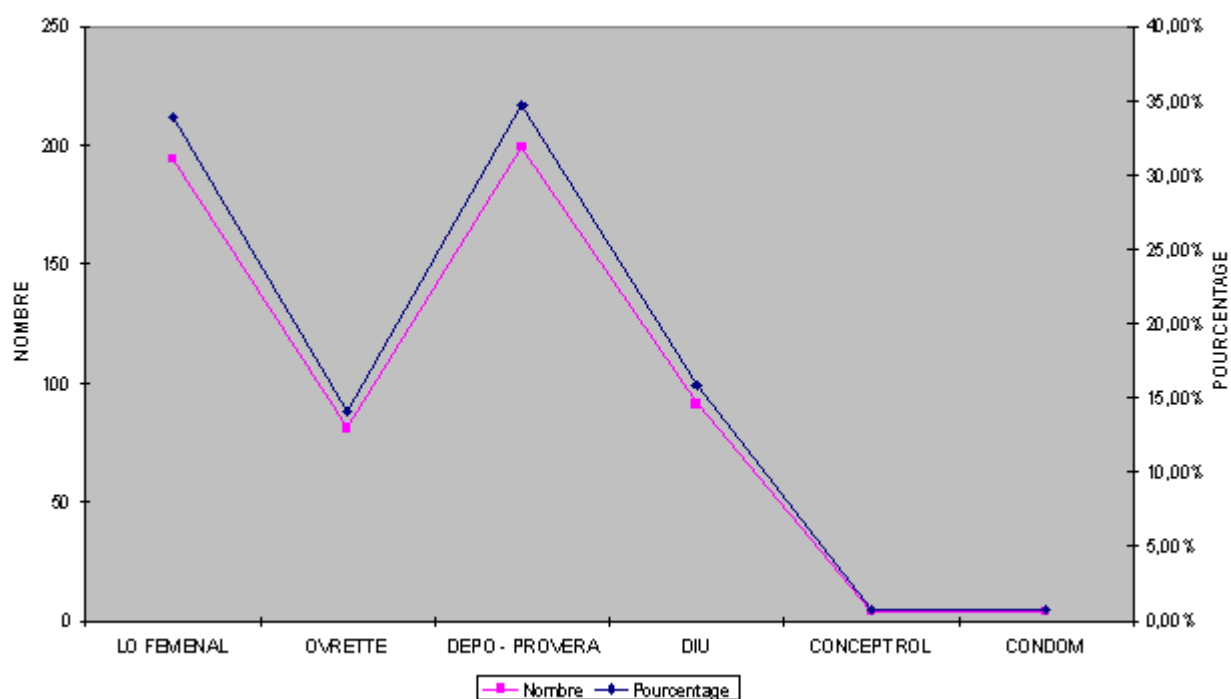
	NOMBRE	POURCENTAGE
<b>Espacement</b>	344	60.03
<b>Limitation</b>	229	39.97
<b>TOTAL</b>	573	100

Plus de la moitié des femmes qui adhèrent au service PF utilisent les moyens contraceptifs pour un espacement de naissance.

g) La méthode adoptée

**Tableau 9.** *Répartition des utilisatrices selon la méthode adoptée*

	NOMBRE	POURCENTAGE
<b>LO FEMENAL</b>	194	33,86 %
<b>OVRETTE</b>	81	14,14 %
<b>DEPO - PROVERA</b>	199	34,73 %
<b>DIU</b>	91	15,88 %
<b>CONCEPTROL</b>	4	0,70 %
<b>CONDOM</b>	4	0,70 %
<b>TOTAL</b>	573	100



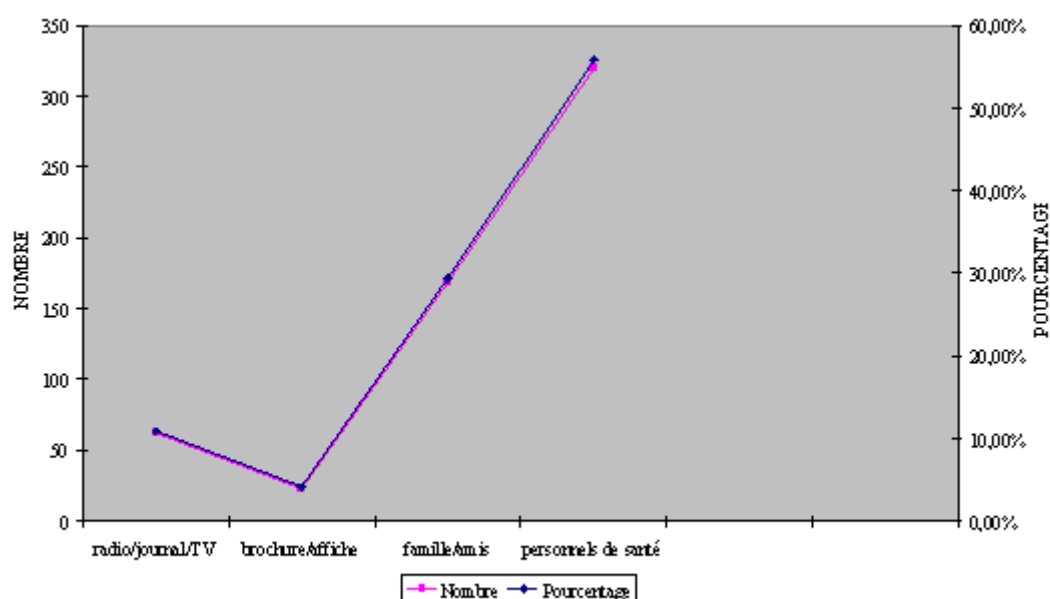
**Figure 10.** *La méthode adoptée des utilisatrices*

Les contraceptifs injectables ou DEPO-PROVERA sont les plus employés avec une proportion de 34,73 %.

h) Les sources d'informations

**Tableau 10.** *Répartition des utilisatrices selon les sources d'informations*

	NOMBRE	POURCENTAGE
radio/journal/TV	62	10,82 %
brochure/affiche	23	4,01 %
famille/amis	168	29,32 %
personnels de santé	320	55,85 %
<b>TOTAL</b>	<b>573</b>	<b>100</b>



**Figure 11.** *Les sources d'informations des utilisatrices*

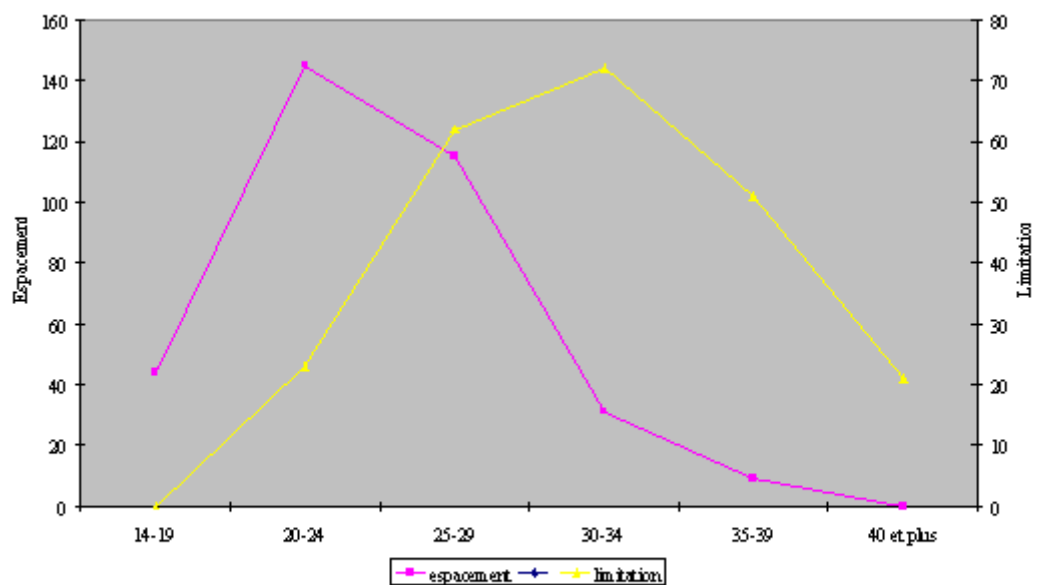
55,85 % des utilisatrices reçoivent l'information concernant la PF par les personnels de santé.



## i) Age et motifs d'adhésion

**Tableau 11.** Répartition des utilisatrices selon l'âge et les motifs d'adhésion

Age	Espacement	Pourcentage %	Limitation	Pourcentage %	Total
14-19	44	7,68	0	0,00	44
20-24	145	25,31	23	4,01	168
25-29	115	20,07	62	10,82	177
30-34	31	5,41	72	12,57	103
35-39	9	1,57	51	8,90	60
40 et plus	0	0,00	21	3,66	21
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>60,03</b>	<b>229</b>	<b>39,97</b>	<b>573</b>



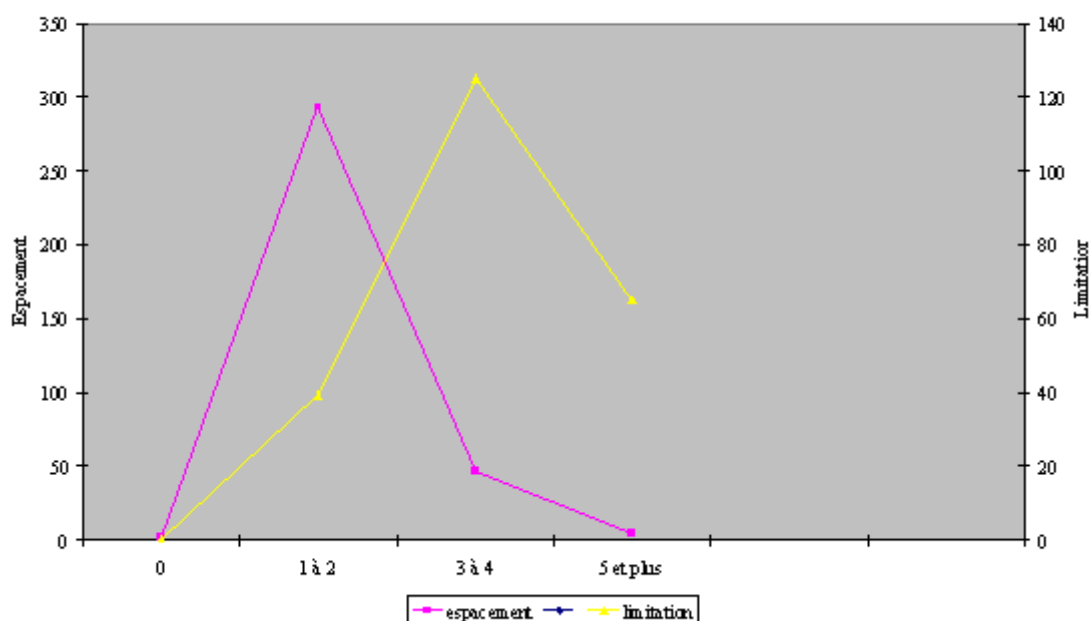
**Figure 12.** L'âge et les motifs d'adhésion des utilisatrices

D'après le tableau, les femmes de 14 à 29 ans optent pour l'espacement des naissances avec une proportion de 53,06 %. A partir de 30 ans, elles ne sont que de 6,98 %, les 25,13 % désirent limiter les naissances.

j) Nombre d'enfants vivants et motifs d'adhésion

**Tableau 12.** *Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants et les motifs d'adhésion*

NOMBRE D'ENFANT	ESPACEMENT	Pourcentage %	LIMITATION	Pourcentage	TOTAL
0	1	0,17	0	0,00	1
1 à 2	293	51,13	39	6,81	332
3 à 4	46	8,03	125	21,82	171
5 et plus	4	0,70	65	11,34	69
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>60,03</b>	<b>229</b>	<b>52,53</b>	<b>573</b>



**Figure 13.** *Le nombre d'enfants vivants et les motifs d'adhésion des utilisatrices*

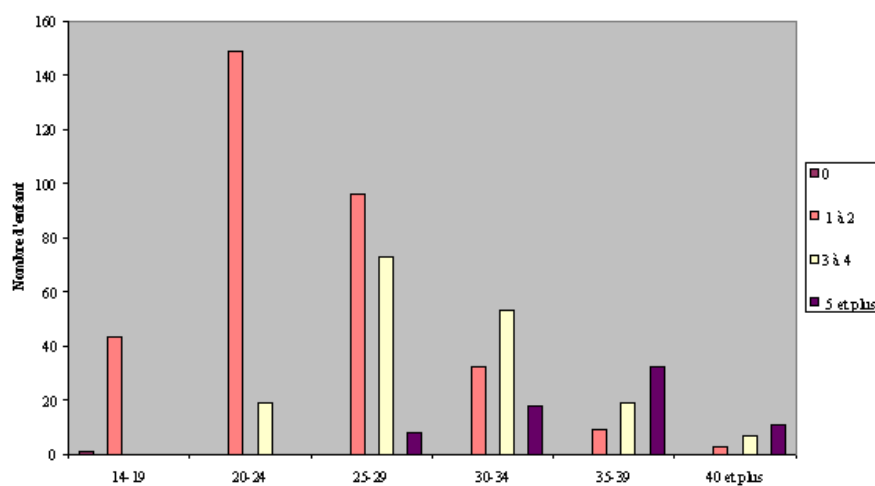
51,13 % des femmes qui veulent espacer la naissance ont déjà 1 à 2 enfants vivants.



k) Age et nombre d'enfants vivants

**Tableau 13.** *Répartition des utilisatrices selon l'âge et le nombre d'enfants vivants*

Nombre d'enfant / Age	0	%	1 à 2	%	3 à 4	%	5 et plus	%	TOTAL
14-19	1	0,17	43	7,50	0	0,00	0	0,00	44
20-24	0		149	26,00	19	3,32	0	0,00	168
25-29	0		96	16,75	73	12,74	8	1,40	177
30-34	0		32	5,58	53	9,25	18	3,14	103
35-39	0		9	1,57	19	3,32	32	5,58	60
40 et plus	0		3	0,52	7	1,22	11	1,92	21
<b>TOTAL</b>	1	0,17	332	57,94	171	29,84	69	12,04	573



**Figure 14.** *L'âge et le nombre d'enfants vivants des utilisatrices*

l) Le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants

**Tableau 14.** *Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants*

Nombre d'enfant	Illettrée	%	Primaire	%	Secondaire	%	Universitaire	%	TOTAL
0	0	0,00	1	0,17	0	0,00	0	0,00	1
1 à 2	12	2,09	131	22,86	182	31,76	7	1,22	332
3 à 4	4	0,70	86	15,01	80	13,96	1	0,17	171
5 et plus	0	0,00	47	8,20	21	3,66	1	0,17	69
<b>TOTAL</b>	16	2,79	265	46,25	283	49,39	9	1,57	573

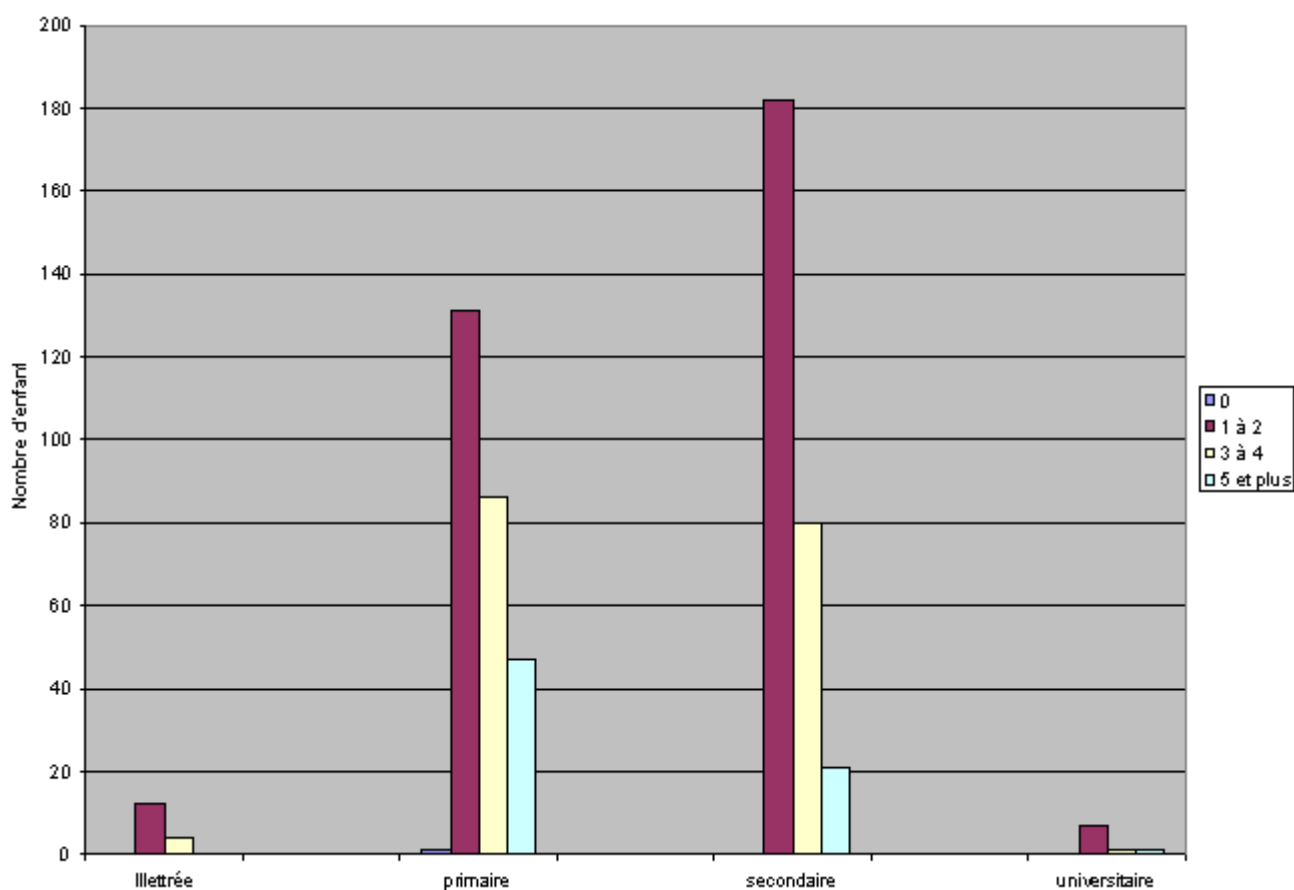


Figure 11 : *Le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants*

Les femmes à niveau d'études primaire ayant 5 enfants et plus sont beaucoup plus nombreuses que celles à niveau d'études universitaire.

Près de la moitié des utilisatrices ayant entre 1 à 2 enfants ont acquis un niveau d'instruction secondaire.

m) Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants et la méthode adaptée

Tableau 15 : *Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants et la méthode adaptée*

Nombre d'enfant	LO FEMENAL		OVRETT E		DEPO-PROVERA		DIU		CONCEPT ROL		CONDO M	
		%		%		%		%		%		%
0	1	0.17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-2	105	18.32	61	10.64	129	22.51	33	5.75	2	0.34	2	0.34
3-4	62	10.82	19	3.31	52	9.07	35	6.10	2	0.34	1	0.17
5 et plus	26	4.53	1	0.17	18	3.14	23	4.01	0	0	1	0.17
<b>TOTAL</b>	194	33.84	81	14.13	199	34.72	91	15.88	4	0.68	4	0.68

22,51 % des utilisatrices ayant 1 à 2 enfants utilisent le DEPO-PROVERA ET 18,32 % le LO FEMENAL.

n) Répartition des utilisatrices selon les motifs d'adhésion et la méthode adaptée

Tableau 16 : *Répartition des utilisatrices selon les motifs d'adhésion et la méthode adaptée*

Motif d'adhésion	LO FEMENAL		OVRETTE		DEPO-PROVERA		DIU		CONCEPT ROL		CONDOM	
		%		%		%		%		%		%
Espacement	109	19.02	63	10.99	131	22.86	37	6.45	2	0.34	2	0.34
Limitation	85	14.83	18	3.14	68	11.86	54	9.42	2	0.34	2	0.34
<b>TOTAL</b>	194	33.85	81	14.13	199	34.72	91	15.87	4	0.68	4	0.68

22,86 % des femmes ont choisi l'espacement de naissances en adoptant le DEPO-PROVERA.



o) Les différentes méthodes des nouvelles utilisatrices

Tableau 17 : *Répartition des nouveaux utilisateurs selon les différentes méthodes*

<b>METHODE</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
LO FEMENAL	53	22,55 %
OVRETTE	43	18,30 %
DEPO - PROVERA	118	50,21 %
DIU	17	7,23 %
CONCEPTROL	2	0,85 %
CONDOM	2	0,85 %
<b>TOTAL</b>	<b>235</b>	<b>100%</b>

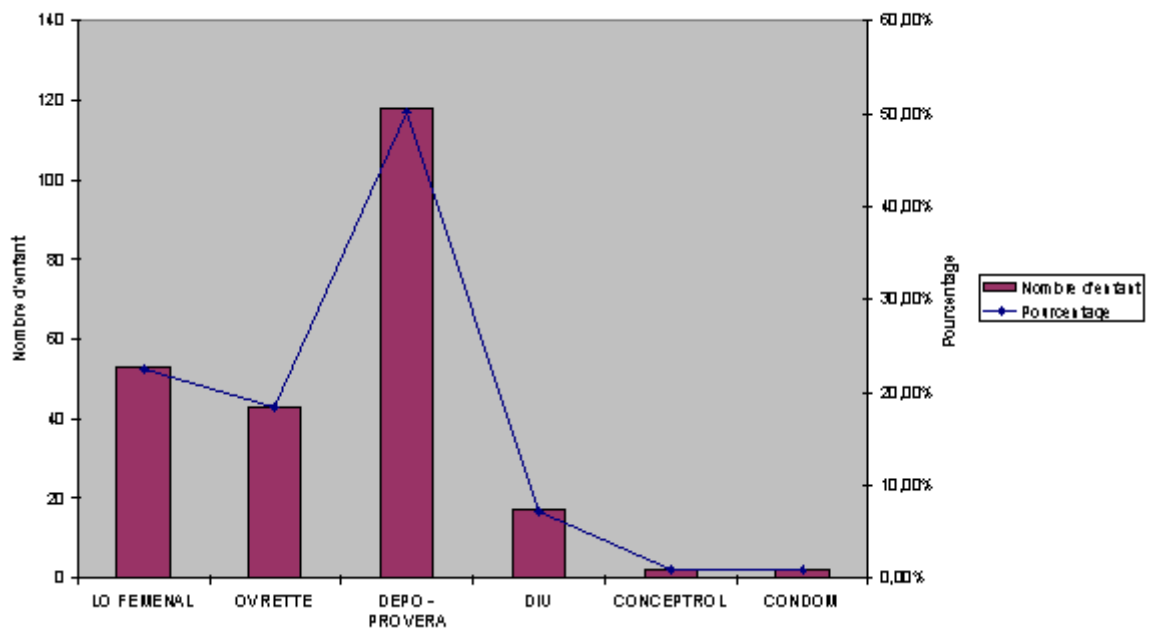


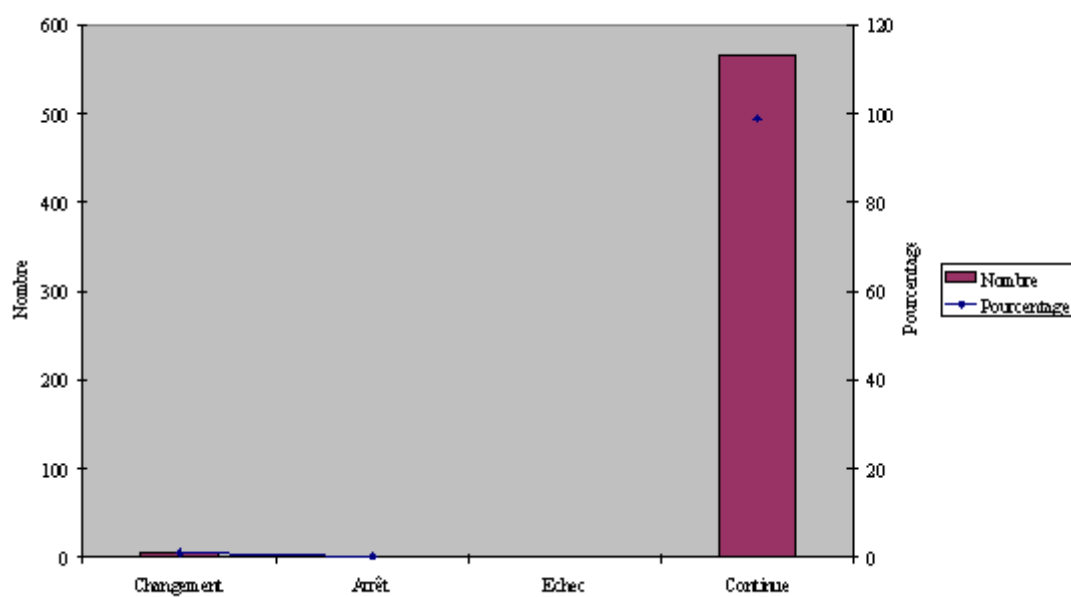
Figure 12. *Les méthodes utilisées par les nouvelles utilisatrices*

Les contraceptifs oraux combinés sont les plus demandés par les nouveaux utilisateurs avec une proportion de 22,55%.

## p) Suivi et contrôle

Tableau 18 : *Suivi et contrôle*

	NOMBRE	POURCENTAGE
Changement	6	1,03
Arrêt	1	0,16
Echec	0	
Continue	566	98,81
<b>TOTAL</b>	<b>573</b>	<b>100</b>

Figure 13. *Suivi et contrôle*

Aucun échec n'a été enregistré.

## q) Motifs de changement

Tableau 19 : *Motifs de changement selon les effets secondaires*

MOTIF	CI	COC	DIU
Aucun effet secondaire mais à la demande du mari		X	
Métrorragie		X	X
Trouble des règles		X	
Prise de poids	X		
Céphalée	X		
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

06 utilisatrices seulement ont changé de méthode durant l'année 2001.

03 femmes ayant adoptées les contraceptifs oraux combinés ont eu des effets secondaires.

***TROISIEME PARTIE :***

**COMMENTAIRES – DISCUSSIONS – SUGGESTIONS**

## **1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

### **Les bénéficiaires**

On constate que le nombre des consultantes a augmenté durant l'année 2001 par rapport à l'année précédente (2000).

Parmi ces clientes, 95,81 % vivent en couple contre 4,18 % seulement qui sont célibataires. Ce petit nombre serait dû probablement à la honte des parents et amis, au manque d'information ou à une simple négligence. Ce n'est qu'après l'arrivée d'une grossesse involontaire que les jeunes prennent conscience de leurs erreurs.

Concernant la source d'information, les données du **tableau n°10** nous révèlent que c'est par le biais des personnels de santé que les utilisatrices reçoivent le plus de renseignements dans le domaine du planning familial, avec un taux de 55,84 %. 29,31 % décident de faire une contraception après conseil et communication entre famille et/ou amis. Le mass-media (radio, télévision, journal) tient la troisième place (10,82 %) et enfin les brochures et affiches (4,01 %).

La majorité de ces bénéficiaires qui adhèrent au centre opte pour l'espacement des naissances : 344 sur 573, soit 60,03 %. Les 39,97 % restant souhaitent limiter les naissances. Ces derniers ont déjà 2 enfants vivants ou plus.

### **Les méthodes contraceptives**

Les contraceptifs injectables ou DEPO-PROVERA® demeurent les plus utilisés que ce soit par les consultantes en général (34,29 %), que par les nouvelles acceptantes (50,21 %). Leur utilisation facile et discrète, leur durée de protection assez longue expliquent probablement la prédominance de ce produit.

Les femmes avec plus de 2 enfants vivants sont les adeptes de cette méthode.

Les CI sont suivis de près par les contraceptifs oraux combinés ou LO FEMENAL® avec une proportion générale de 33,68 % et 22,55 % pour les nouvelles adhérentes. Plutôt contraignants, ils nécessitent beaucoup plus de prudence et de discipline (prise journalière à la même heure, risque d'oubli, ...).

Ce sont les femmes jeunes nullipares ou ayant un enfant vivant qui préfèrent leur emploi, ce qui concorde avec les données de la littérature.

Les pilules progestatives ou OVRETTE® nous renseignent sur le nombre des femmes en période du post-partum.

Ces méthodes hormonales sont choisies aussi bien pour espacer les naissances que pour les limiter.

Le DIU n'intéresse que 16,05 % des clientes, les méthodes barrières encore moins. On remarque pourtant que 0,68 % utilisent ces dernières afin de limiter les enfants.

Comment expliquons-nous ce fait ?

D'une part, le manque d'informations concernant l'attribution de chaque contraceptif, mais d'autre part, les attitudes traditionnelles des femmes venant du milieu paysan. Elles ont honte de parler ou de reparler de la contraception et préfèrent ainsi même pour limiter les naissances, continuent le même moyen qu'elles ont utilisé pour les espacer. Comme s'il leur suffisait d'en employer un bien que celui-ci ne convient plus exactement à leurs besoins !

### **L'âge des utilisatrices**

La plus jeune consultante est âgée de 14 ans avec déjà un enfant vivant. Cette précocité de l'activité sexuelle est frappante.

La majorité se situe entre les tranches d'âge 25-29 ans (30,89 %) puis entre 20-24 ans (29,31 %) ; entre 30-34 ans, 17,97 %. Bref, les femmes en âge de procréer. En effet, ce sont les groupes cibles de notre domaine.

Le taux de fécondité est élevé durant cette période, et les femmes peuvent enfanter à tout moment.

La plupart d'entre-elles, conscientes du fardeau posé par les grossesses non désirées et famille nombreuse désirent adopter le PF dans le but de mieux gérer leur foyer.

Les plus jeunes profitent de leur fertilité car se marier signifie toujours pour elles procréer.

A partir de 30 ans, elles renoncent à être confrontées aux responsabilités d'être une mère.

### **La taille des ménages et intervalle inter-génésique**

Le **tableau n°5** nous fait constater que 57,94 % des utilisatrices ont 1 à 2 enfants, 29,84 % ont 3 à 4 enfants et 12,04 % en ont 5 ou plus (jusqu'à 10).

Un tel résultat correspond aux données de la littérature. On commence à être persuadé progressivement que de nos jours, une dimension familiale plus restreinte concorderait mieux à la cherté de la vie. Mieux vaut avoir des progénitures réduites mais bien nourries.

Les générations anciennes, paraissent toujours par contre, de vouloir garder la conception d'une famille nombreuse avec une descendance par moins de 4 enfants. Elles continuent à les considérer comme des surplus de force pour les travaux à la campagne et de ménage. Pourtant, elles n'arriveront que très rarement à subvenir aux besoins de ce grand foyer exposant alors les petits aux risques liés à la promiscuité et la malnutrition.

Il apparaît aussi qu'au-delà de 35 ans, certaines femmes continuent encore à concevoir. Ce qui justifie une fois de plus le besoin d'un renforcement de la CCC pour améliorer la situation.

Quant à l'intervalle inter-génésique, il se situe entre 2 à 4 ans pour 41,36 % et 4 ans et plus pour 18,15 %. 15 % des utilisatrices compromettent leur santé et celle de leur descendance en mettant au monde deux enfants dans un espace de moins de 2 ans.

### **Le niveau d'instruction**

Les acceptantes ayant acquis le niveau secondaire sont de l'ordre de 49,38 % et le niveau primaire : 46,24 %. ; Les illettrées sont au nombre de 2,71 %. Les universitaires sont encore plus minoritaires.

Et d'après le **tableau n °14**, les femmes de bas niveau d'étude procréent beaucoup plus d'enfants : un ménage de 5 enfants et plus s'observe en grande proportion chez les primaires. Les mieux instruites se contentent d'avoir 1 à 2 enfants, visiblement, elles sont plus réceptives au concept du planning familial.

Un niveau de vie parental bas n'ayant pas permis la scolarisation de leurs enfants ajoutés à la sous estimation de la nécessité du « savoir » dans la vie d'une future épouse au foyer ou cultivatrice, sont sûrement les raisons de cette situation. Elles ont été considérées toujours comme des outils à fabriquer seulement des enfants. Or, il est clair que le développement commence par l'éducation de la population.

Ignorantes, elles seront plus susceptibles aux rumeurs et informations erronées concernant la contraception. Elles ont moins d'esprit de critique ou d'analyse pour mieux discerner les préjugés de la réalité (stérilité, effets néfastes sur la santé,...).

En plus, il serait plus difficile pour ces femmes de lire et de comprendre adroitement les brochures et affiches promouvant la pratique contraceptive.

N'ayant aucune notion sur le PF, elles éprouvent de la honte d'en parler, d'en demander des renseignements explicites aux autres personnes, de peur d'être jugées par leur méconnaissance et préfèrent tout simplement de s'abstenir.

Investir dans l'alphabétisation serait donc un point important pour mieux avancer car le niveau d'instructions joue un rôle prépondérant dans l'attitude des populations.

## 2. SUGGESTIONS

### **Pour une meilleure qualité de service**

Dans le but d'augmenter la fréquentation au Centre, il faudrait penser à certains points :

- Revitaliser les structures de prestation en réhabilitant et en équipant les formations sanitaires selon les normes (table d'examen gynécologique, lampe fonctionnelle, cadre plus accueillant,...) ainsi qu'en rendant les conditions du travail des personnels plus motivant (salaire, personnel suffisant). Chaque Centre doit fixer des objectifs annuels concernant le taux de couverture contraceptive pour atteindre rapidement les programmes nationaux. Une supervision systématique et efficace s'impose alors dans chaque site PF, afin de résoudre les problèmes qui entravent la réalisation de ces projets. Au besoin, organiser un concours qui couronnera le Centre qui aurait eu les meilleurs résultats dans la promotion de la planning familiale.
- Améliorer le circuit de consultation et mettre à la disposition des utilisatrices un médecin spécialisé dans la santé familiale, aptes à leur apporter, en tout moment, soins et renseignements.
- Elargir la gamme des produits contraceptifs et concorder leur coût au pouvoir d'achat de la population.
- Assurer un service rapide mais satisfaisant surtout au niveau horaire, surtout au profit des femmes qui travaillent. La perte de temps compte beaucoup pour elles et pourrait compromettre leur assiduité.



- Faire un recyclage régulier des personnels pour renforcer leurs capacités techniques à travers l'élaboration d'un plan national, de formation continue coordonnée par le service de formation et de perfectionnement du personnel.
- Mettre en place une boîte à idée dans la salle d'attente du centre pour permettre aux consultants de faire part leurs critiques et propositions dans le but d'améliorer la prestation de service.

### **Place à l'éducation**

Avec un taux d'alphabétisation encore faible, peu de gens recevront totalement les messages contenus dans les affiches et brochures. Pour mieux gérer la situation, l'éducation tient une place plus qu'essentielle. On insistera surtout sur ces entités :

- Réintégration de l'instruction civique dans chaque établissement scolaire afin que le « *hasin'ny fahendrena malagasy* » [ **valeur de la sagesse malgache** ] puisse refaire surface dans la vie courante.
- Informations des jeunes sur la vie sexuelle : que ce sujet ne soit plus un tabou, car la méconnaissance conduit souvent aux erreurs.
- Vulgarisation du concept santé de reproduction dont la PF auprès des enseignants à la Faculté de Médecine et à l'Ecole d'Enseignement Médico-Sociale.
- Implication des vrais rôles des parents. Le rétablissement de la confiance entre parents et enfants est en faveur d'un meilleur entretien sur les questions mêmes les plus délicates : la précocité des rapports sexuels et ses conséquences, les IST/SIDA, la fidélité, les comportements convenables, la contraception. Puisque ces fléaux gagnent déjà presque tous les jeunes actuellement, il serait préférable d'en parler. Mais insister pour qu'ils ne confondent pas contraception et libertinage sexuel. Tout cela exige une parfaite concordance des deux générations pour que les séances ne soient considérées comme des interrogatoires frustrants ou une obligation. De la souplesse de la part des parents avec de la compréhension des enfants aboutiront à un dialogue réussi : Explication de la réalité, conscientisation sur la responsabilité de tout un chacun.

### **Valorisation du statut de la femme**

Les femmes de notre époque ne devront plus être considérées comme des machines qui servent uniquement à fabriquer des enfants. Dotées de nombreux talents, elles peuvent prendre part tout aussi bien au même terme que les hommes au bon développement du foyer. Mais pour ce faire, on devrait les aider et les respecter : ce qui nous amène aux suggestions suivantes :

- Mobiliser des ressources pour la promotion de la femme.
- Leur permettre de s'exprimer librement dans les instances de décision et leur accorder des responsabilités selon leur valeur.
- Appliquer les textes relatifs aux droits de la femme surtout vis à vis de la violence et injustice qu'elle supporte.
- Créer des groupes de femmes pour s'échanger des idées, s'entraider sur la conduite ou amélioration de la vie familiale, se sensibiliser à pratiquer des activités lucratives.

L'éducation des femmes contribue à les rendre moins vulnérable dans la vie. Il est démontré que les enfants d'une mère instruite ont de meilleures chances de survie.

Le Directeur Exécutif du FNUAP a affirmé même que « si nous prenons les femmes en considération, les problèmes démographiques se résoudront d'eux-mêmes.

### **Intensification de la CCC**

Malgré les différents efforts déployés par les animateurs et agents communautaires, beaucoup reste encore à faire si l'on se réfère aux résultats de notre étude.

Il conviendrait alors de renforcer la CCC de la population cible sur l'existence du centre de PF, sa nécessité et ses avantages à n'importe quel moment : lors des consultations externes en cas de maladies, lors de la période de vaccination, lors des consultations pré/postnatales ou de la surveillance maternelle et infantile.

Conscientiser les gens des problèmes posés par la taille de ménage élevée et les difficultés socio-économiques qui en résultent les conséquences néfastes des grossesses mal planifiées sur la santé de tous.

Favoriser les séances de communication (écoute – conseils - discussions) de groupe selon les tranches d'âge. L'encadrement sera assuré par des personnels tout à fait

en mesure de fournir des explications adéquates et de corriger les rumeurs principales obstacles dans les milieux ruraux. Profiter de ces moments pour sensibiliser les hommes pour une coresponsabilité dans la santé familiale, y compris IST/SIDA.

Pour mener à bien cette proposition, il faut collaborer avec les leaders d'opinions et les personnes importantes du quartier telles que les accoucheuses traditionnelles et le curé. En effet, on doit expliquer que la religion n'interdit pas l'utilisation des contraceptifs, au contraire, Dieu veut que les parents s'occupent bien de leurs enfants, ce qui serait impossible s'ils en ont trop.

Et enfin, prendre des mesures contre les attitudes et activités qui stimulent précocement le désir sexuel des jeunes : projection de vidéo dans tous les coins, les libres locations de cassettes sinon, tous les efforts resteront vains. A leur place, penser à diffuser des films qui motiveront la pratique du PF.

### **Vulgarisation des activités en PF**

Pour parvenir aux objectifs prévus par notre pays, on devrait accroître le nombre des services sur la santé familiale dans les zones même les plus enclavées de l'île, car elles sont surtout victimes du déséquilibre économique par rapport au foyer. Cela ne ferait qu'augmenter la couverture géographique contraceptive.

Renforcer les CASC ou Comité d'Action Sanitaire Communautaire car ils constituent l'unité existante la plus proche de toute la masse, pour convaincre les personnes qui doutent encore de l'efficacité et des bienfaits de la contraception, et essayer dans le même volet de récupérer les perdues de vue. Les autres méthodes que les CI et COC doivent être vulgarisées, les atouts de chaque produit doivent être bien clairs aux utilisatrices.

Pour finir, le fait d'encourager le partenariat entre les bailleurs, le secteur public, para-public et les ONG (nationales et internationales) garantira la synergie des actions en terme d'accessibilité et d'acceptabilité des services de planification familiale.

## **2.6 Suivi et contrôle**

Malgré l'existence des effets secondaires, la plupart des utilisateurs ont toujours continué de pratiquer une contraception. 06 cas de changement ont été enregistrés; 03 des utilisatrices des contraceptifs oraux combinés ont décidé d'opter pour d'autres méthodes. Une d'entre elles l'a fait à la demande de son mari sans l'apparition d'effet secondaire.

L'effet secondaire le plus rencontré est la métrorragie.

Une acceptante a arrêté par suite d'un désir de grossesse. Aucun échec n'a été observé pendant l'année 2001.

*CONCLUSION*

*CONCLUSION*

Le développement d'un pays dépend de chaque citoyen depuis sa conception, en passant par son mode de vie individuel, professionnel et familial plus tard. Il est clair que son épanouissement ne sera complet que dans un foyer équilibré affectivement et financièrement.

Le fait de donner une valeur positive à la natalité en considérant la planification familiale parviendra à rompre le cercle vicieux : pauvreté ; taille de ménage élevé. Ainsi elle sera une arme efficace pour faire face aux indéfinies difficultés socio-économiques de nos jours.

Notre étude s'est proposée justement de porter réflexion sur les activités en PF au Centre de santé de base niveau II ou CSB II d'Itaoty, à compter du mois de janvier 2001 jusqu'au mois de décembre 2001.

Le dépouillement systématique des dossiers des consultants nous a permis de retenir et d'analyser 573 dossiers.

On a pu conclure alors que :

- 61.21% des femmes qui pratiquent des méthodes contraceptives sont âgées de 20 à 29 ans.
- 49.39% des adhérentes ont acquis le niveau secondaire, 46.25% le niveau primaire. C'est dans cette dernière proportion que l'on trouve le plus grand taux des femmes ayant une taille de ménage supérieure à 5 (jusqu'à 10 enfants même). Les illettrées sont de l'ordre de 2.79%.
- 57.94% ont 1 à 2 enfants, 12.04% ont 5 enfants vivants et/ou plus.
- 95.81% des acceptantes vivent en couple.
- 41.36% ont un intervalle inter génésique entre 2 à 4 ans.
- Les contraceptifs injectables demeurent les plus utilisés avec un taux de 34.73% puis les contraceptifs oraux combinés(33.86%). Le condom n'attire que 0.70% des consultants.
- 60.03% des femmes qui viennent au centre optent pour l'espacement des naissances contre 39.97% pour la limitation des naissances. A ce fin, 22.86% adoptent le CI et 14.83% utilisent encore le COC.
- 50.21% des nouveaux utilisateurs préfèrent par contre le COC.
- 55.81% tiennent l'information sur la PF par les personnels de santé.

- 6 cas de changement de méthode, 1 arrêt et aucun échec ; telles sont les données de suivi et de contrôle enregistrées dans le Centre pendant l'année 2001.
- 3 utilisatrices de COC seulement se sont plaintes d'effets secondaires.

Les nouvelles acceptantes ont connu une hausse par rapport à l'année précédente. Ce qui prouve que les efforts des personnels ont porté ses fruits.

Toutefois, quelques défaillances se font toujours sentir dans la connaissance, attitude, pratique des gens vis-à-vis de la contraception ainsi que dans la réalisation de la politique de promotion du PF.

Nos suggestions se résument comme suit :

- Revitaliser les structures des prestations de service
- Financer beaucoup plus sur les projets d'alphabétisation de la population. Si les gens sont dotés d'une certaine connaissance, il leur sera plus facile d'avoir accès ou de créer des emplois, rehaussant ainsi leur niveau de vie. Intensifier l'approche éducation en matière de population ne fera que fortifier les bases d'un bon développement.
- Porter information et services aux jeunes qui ont besoins d'être pris en charge davantage car ce sont eux qui forgeront notre avenir.
- Augmenter les séances de CCC, les sensibilisations et vulgariser les activités du site PF. A ces fins, mobiliser les personnes qui sont considérées par les habitants et qui auront des influences sur eux. Conscientiser tout un chacun sur la responsabilité au sein du foyer (mari, femme et enfants), et encourager les hommes à mieux accepter le concept de la contraception.
- Motiver la pratique contraceptive en persuadant les cibles de leurs bienfaits personnels et familiaux.
- Inciter les ONG à participer dans l'investissement en santé de reproduction.

La présente étude a ses limites, car elle ne concerne qu'une seule formation sanitaire. Tout de même, nous sommes persuadés que des situations semblables ne manquent pas de se produire dans les autres Centres de notre île.

Nous espérons, à travers l'analyse et les propositions effectuées dans ce travail, contribuer à l'amélioration du bien-être des familles malgaches et les amener à jouir les valeurs du slogan national : « **Fandrindrana ny Fiainam-Pianakaviana** » [harmonisation de la vie familiale].

1. Roussel M, Petersen J. Fiches de données sur la population mondiale . ONU, Genève, 2000
2. DEBORAH L. Le Planning Familial : son effet sur la santé de la mère et de l'enfant. Révision, édition française Université de Columbia, New York, 1985 :5.
3. Romain T, Swart W, Pelger R, Palse A. La Sexualité Féminine, Nouvelle Encyclopédie de la Médecine. Studio Idées et Editions Paris, 1985 : 16 – 109
4. Ministère de la Santé : Curriculum d'auto apprentissage assisté en planification familiale. DRAFT, SSFA/SR, 2001 : 12-15
5. OMS. Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale : critère de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives. Impact Project, Genève, 1996 :100-120
6. Fortems JL, Winandy A. Politique et Standard des services de Planification Familiale. FNUAP, 1993 : 22
7. LH ORDINA. Dictionnaire Démographique Multilingue. La contraception. ONU. Volume français 1988
8. Pierre Simon. Précis de contraception. Masson et Cie, Boulevard Saint Germain Paris 6<sup>ème</sup> édition, 1968 :62-65
9. Daniel S. La Planification Familiale, un gage de santé Planification familiale et population. Division de la santé reproductive. OMS, 1995 : 10-25
10. Legrain G, Delvoye P, Ranjalahy J. La Santé de Reproduction pratique et opérationnelle. FNUAP, 2001 : 58-100 , 331-370.



11. RAJOELISON J. Planification familiale au dispensaire ISALAMA d'Ambatolampy, peut-on espérer une amélioration du faible utilisation des méthodes contraceptives. Thèse Médecine Antananarivo, 1984 ; 787 : 10 – 15.
12. RASAMILALAO. Avortement-Contraception et Santé Publique. Réflexion sur la planification familiale à Madagascar. Thèse Médecine Antananarivo, 1984 ; 809 : 12
13. RABARY C. Activité de planification familiale au CHD I d'Ambohidroa Ambohimananarina du mois d'Avril 1999 au mois de Mars 2000. Thèse Médecine Antananarivo, 2001 ; 5571 : 13
14. RANDRIAMAMPIONONA H. Etudes des activités de planification familiale au CSB II d'Ampasanimalo au cours de l'année 1999. Thèse Médecine Antananarivo, 2001 ; 5643 : 15
15. Martin R, Jean R. Estimation de la population Malagasy par Fivondronana de 1993 à 1999. INSTAT, 2000 : 87-100
16. Pierre R, Patrick R. Données et Indicateurs démographiques et socio-sanitaires à Madagascar Année 2000. SISG, 2001 : 38,49
17. Ministère de la Santé. Politique nationale de la santé. PLAN FANA, 1995 : 54
18. Population référence bureau. La planification familiale sauve des vies. INTRAH, 2<sup>ème</sup> édition, 1991 : 2
19. RAKOTO M. La planification familiale à travers les écrits bibliques et les proverbes malgaches. Thèse Médecine Antananarivo, 1995 ; 3868 : 5
20. RASOANIRINA H. Evaluation de la planification familiale au sein des usines relevant de l'AMIT 1995 – 1996. Thèse Médecine Antananarivo, 1997 ; 4527 : 3,4
21. Richter K, Christoph L. Savoir et Santé : Pratique et gestion de la population dans les pays en voie de développement. FNUAP, 1993 : 106
22. Abdel Omram. Family Planing for Health in Africa. UNICEF, 1984 : 56
23. Perez. First ovulation after child birth, the effect of Breast American. Journal of obstetric and Gynecology, 1972 : 35
24. Schillings J. Aids and family planning. SOMARC Project, Genève, 1990 : 112
25. Shant I, Khannesy. Le contraceptif de nature. Santé du monde. OMS, 1987 : 80-85

26. Andrew N, Barthy L. Les contraceptifs oraux : aspects techniques et considération de sécurité. OMS, Genève, 1982 : 95-100
27. Coudrey M. Critères de recevabilité médicale pour l'usage des contraceptifs. OMS, 2<sup>ème</sup> édition, Mars 2000 : 25-29
28. Porter, Novelli. Les contraceptifs injectables : leur rôle en planification familiale. OMS, 1990 : 120-126
29. Kent N. Module on injectable contraceptives, FHI Janvier 1995 : 10
30. USAID. Formation intégrée de PF. APPROPOP, 1996 : 8,14
31. Veekmans M, Delvigne A. Continuité d'utilisation d'un implant contraceptif au levonorgestul. Revue Médicale de Bruxelles, 1996 : 17, 375-381.
32. Blumenthal. Les DIU et La Planification Familiale. OMS, Genève, 1983 : 126-141
33. Victory W. Network en Français. Family Health International. Inner Circle, 1996 ; 3 : 16-17.
34. Robert A.H. Méthodes et pratiques du PF en Afrique. Regent, 1984 : 3-6 , 16-180.
35. Grant J. Who Vasectomy. OMS. Genève, 1994 : 12-18.
36. Robert M. Contraception volontaire et risque. Fédération Mondiale des agences de santé pour la promotion de la contraception chirurgicale volontaire. Hardy , 1990 : 17.
37. VOLOLOMBOAHANGY H. Contribution de l'homme à la limitation des naissances par vasectomie à propos de 350 cas (au centre FISA Antsirabe) Thèse Médecine Antananarivo, 1998 ; 5092 : 10-15
38. Carmel M, Henri R. Déclaration de l'IMAP sur la contraception d'urgence. Bulletin médical de l'IPPF. International Planned Parenthood Federation, Londres, 1994 ; 28 ; 6
39. Barry P. Network en français. La contraception d'urgence. Regent, 1995 : 5



*Name and First names* : RASOLOHERY Fanantenana Harintsoa  
*Title of the thesis* : THE ACTIVITIES of FAMILY PLANNING at the  
 HEALTH BASIC CENTER LEVEL II at ITAOSY  
 DURING THE YEAR 2001  
*Category* : Public Health *Numbers bibliographic references* : 39  
*Number of pages* : 86 *Number of tables* : 19  
*Number of figures* : 13 *Number of annexes* : 03  
*Number of photos* : 03

## SUMMARY

The Family Planning proves to be one of the pillars to assure the good to be within the home. While reducing the number of the births, it contributes to align the demographic and economic growths of our country better since the available goods and services are insufficient in relation to the number of the population.

Thus, we did our survey on the activities of Family Planning at the Health Basic Center level II at Itaosy during the year 2001. The object would be to detect the problems and possible obstacles hindering the promotion of this domain and to suggest the solutions of it.

573 files of the consulting have been kept and permitted various observations.

60,2% users are aged from 20 to 39 years.

46,25% among them acquired the primary school level and 49,38% the secondary level.

57,94% of the women have 1 to 2 children and 12,04% have more than 5

The injectable contraceptives are the more used with a rate of 34,73%, then the combined oral contraceptives (33,86%).

Besides, we only recorded 06 cases of method change and no failure.

We propose like suggestion between other, to really swing to good knowledge the tradition and the civilisation to improve the existence of all one each.

**PERMIS D'IMPRIMER**

**LU ET APPROUVE**

**Le président de thèse**

**Signé : Professeur RATOVO Fortunat Cadet**

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

**Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo**

**Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul**

<b><i>Name and First names</i></b>	: RASOLOHERY Fanantenana Harintsoa		
<b><i>Title of the thesis</i></b>	: THE ACTIVITIES of FAMILY PLANNING at the HEALTH BASIC CENTER LEVEL II at ITAOSY DURING THE YEAR 2001		
<b><i>Category</i></b>	: Public Health	<b><i>Numbers bibliographic references</i></b>	: 39
<b><i>Number of pages</i></b>	: 86	<b><i>Number of tables</i></b>	: 19
<b><i>Number of figures</i></b>	: 13	<b><i>Number of annexes</i></b>	: 03
<b><i>Number of photos</i></b>	: 03		

## SUMMARY

The Family Planning proves to be one of the pillars to assure the good to be within the home. While reducing the number of the births, it contributes to align the demographic and economic growths of our country better since the available goods and services are insufficient in relation to the number of the population.

Thus, we did our survey on the activities of Family Planning at the Health Basic Center level II at Itaosy during the year 2001. The object would be to detect the problems and possible obstacles hindering the promotion of this domain and to suggest the solutions of it.

573 files of the consulting have been kept and permitted various observations.

60,2%users are aged from 20 to 39 years.

46,25% among them acquired the primary school level and 49,38% the secondary level.

57,94% of the women have 1 to 2 children and 12,04% have more than 5

The injectable contraceptives are the more used with a rate of 34,73%, then the combined oral contraceptives (33,86%).

Besides, we only recorded 06 cases of method change and no failure.

We propose like suggestion between other, to really swing to good knowledge the tradition and the civilisation to improve the existence of all one each.

<b><i>Keywords</i></b>	: Activities, Family planning, Contraception, Method, Users.
<b><i>Director of thesis</i></b>	: Professor RATOVO Fortunat Cadet
<b><i>Reporter of thesis</i></b>	: Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal
<b><i>Correspondance</i></b>	: ITAOSY Lot ITL 44 Bis

**Nom et Prénoms** : RASOLOHERY Fanantenana Harintsoa  
**Titre de la thèse** : LES ACTIVITES de PLANIFICATION FAMILIALE AU  
 CENTRE de SANTE de BASE NIVEAU II d'ITAOSY  
 PENDANT L'ANNEE 2001

<b>Rubrique</b>	: Santé Publique	<b>Nombre de références bibliographiques</b>	: 39
<b>Nombre de pages</b>	: 86	<b>Nombre de tableaux</b>	: 19
<b>Nombre de figures</b>	: 13	<b>Nombre d'annexes</b>	: 03
<b>Nombre de schémas</b>	: 03		

## RESUME

La planification familiale s'avère être un des piliers pour assurer le bien être au sein du foyer. Elle contribue à mieux aligner les croissances démographiques et économiques de notre pays vu que les biens et services disponibles sont insuffisants par rapport au nombre de la population.

Ainsi, nous avons effectué notre étude sur les activités de planning familial au Centre de santé de base niveau II sis à Itaosy durant l'année 2001. Le but serait de détecter les problèmes et obstacles éventuels entravant la promotion de ce domaine et d'en suggérer les solutions.

573 dossiers ont été retenus et ont permis diverses constatations

60,2 % des consultantes sont âgées de 20 à 39 ans.

46,25 % ont acquis le niveau scolaire et 49,38 % le niveau secondaire.

57,94 % des femmes ont 1 à 2 enfants et 12,04 % en ont 5 ou plus.

Les contraceptifs injectables sont les plus utilisés avec un taux de 34,73 %, puis les contraceptifs oraux combinés ( 33,86 %).

Nous n'avons enregistré que 06 cas de changement de méthode et aucun échec.

D'après les résultats, beaucoup reste encore à faire pour vulgariser ce domaine.

Nous proposons comme suggestion entre autre, de bien balancer à bon escient la tradition et la civilisation pour améliorer l'existence de tout un chacun.



**Mots clés** : Activités, Planning familial, Contraception, Méthode, Utilisatrices.  
**Directeur de thèse** : Professeur RATOVO Fortunat Cadet  
**Rapporteur de thèse** : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal  
**Adresse de l'auteur** : ITAOSY Lot ITL 44 Bis

