

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : LA REVUE DE LA LITTERATURE	
1. LE CYCLE MENSTRUEL.....	2
1.1. Généralités.....	2
1.2. Définition	2
1.3. Description	2
2. RAPPELS DE CONNAISSANCE SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE	5
2.1. Quelques définitions.....	5
2.2. Les bienfaits et avantages.....	5
2.3. Les différentes méthodes contraceptives.....	7
3. LA PILULE.....	9
3.1. Définition	9
3.2. Historique	9
3.3 Les différents types de pilules	9
3.4. Principe et mode d'action des pilules.....	12
3.5. Critères de qualité des pilules.....	15
3.6. Les indications.....	16
3.7. Les contre-indications	17
3.8. Le mode d'emploi	18
3.9. Surveillance	20
3.10. Interactions médicamenteuses.....	21
3.11. Geste à faire devant certaines situations	23
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE PROPREMENT DITE	
1. OBJECTIFS DE L'ETUDE	26
1.1. Objectif général.....	26
1.2. Objectifs spécifiques	26

2. CADRE D'ETUDE	26
2.1. Géographie	26
2.2. Organigramme du Centre Hospitalier Universitaire d'Ambohimiandra.....	27
2.3. Composition du personnel du Centre Hospitalier Universitaire d'Ambohimiandra	28
2.4. Le service de planification familiale	28
3. METHODE ET MATERIELS D'ETUDE.....	30
3.1. Type d'étude et mode de collecte des données	30
3.2. Durée, période d'étude	30
3.3. Population d'étude, critères d'inclusion et d'exclusion	31
3.4. Variables.....	31
4. LES RESULTATS	33
4.1. Fréquence	34
4.2. Aspects épidémiologiques.....	38
 TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS	
1. COMMENTAIRES	47
1.1. Fréquence	47
1.2. Caractéristiques des utilisatrices	48
2. SUGGESTIONS	52
2.1. Les obstacles rencontrés.....	52
2.2. Propositions	52
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES SCHEMAS

	Pages
Schéma n°1 : Le cycle menstruel	4
Schéma n°2 : Classification des méthodes contraceptives selon leur mécanisme d'action	8
Schéma n°3 : Mécanisme d'action de la pilule : Les trois « verrous de sécurité »	14
Schéma n°4 : Conduite à tenir devant certaines situations.....	23
Schéma n°5° : Organigramme du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo Ambohimiandra	27

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau n°1 : Les avantages et les bienfaits de la planification familiale	6
Tableau n°2 : Répartition des nouvelles utilisatrices par trimestre.	34
Tableau n°3 : Répartition des utilisatrices selon les méthodes utilisées.....	35
Tableau n°4 : Répartition mensuelle des utilisatrices.....	36
Tableau n°5 : Répartition trimestrielle des acceptantes.....	37
Tableau n°6 : Répartition selon l'âge des utilisatrices	38
Tableau n°7 : Répartition selon l'état matrimonial des utilisatrices.....	39
Tableau n°8 : Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction	40
Tableau n°9 : Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants	41
Tableau n°10 : Répartition des acceptantes selon la profession.....	42
Tableau n°11 : Répartition des acceptantes selon les motifs d'adhésion	43
Tableau n°12 : Répartition des utilisatrices selon les sources d'information.....	44
Tableau n°13 : Répartition des utilisatrices selon le suivi et contrôle	45
Tableau n°14 : Répartition des utilisatrices selon le changement de méthodes	46
Tableau n°15 : Taux d'utilisation de la pilule dans différents centres de santé.	47
Tableau n°16 : Les problèmes rencontrés lors de l'utilisation de la pilule.....	52

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure n°1 : Répartition trimestrielle de nouvelles utilisatrices des méthodes contraceptives.....	34
Figure n°2 : Les utilisatrices et les méthodes utilisées.....	35
Figure n°3 : Effectif mensuel des utilisatrices	36
Figure n°4 : Effectif trimestriel des utilisatrices de pilules.....	37
Figure n°5 : Age des utilisatrices	38
Figure n°6 : Statut matrimonial des acceptantes de pilules.....	39
Figure n°7 : Niveau d'instruction des utilisatrices.....	40
Figure n°8 : Nombre d'enfants vivants des utilisatrices	41
Figure n°9 : Professions des utilisatrices	42
Figure n°10 : Motifs d'adhésion des acceptantes.....	43
Figure n°11 : Sources d'information des acceptantes	44
Figure n°12 : Suivi et contrôle des utilisatrices	45
Figure n°13 : Changement de méthodes chez les utilisatrices	46

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

CCV	:	Contraception Chirurgicale Volontaire
CHUA	:	Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo
CI	:	Contraceptif Injectables
CO	:	Contraceptif Oral
COC	:	Contraceptif Oral Combiné
CPN	:	Consultation Prénatale
DIU	:	Dispositif Intra-Utérin
FSH	:	Hormone Folliculo-Stimulante
IEC	:	Information, Education et Communication
IP	:	Indice de Pearl
LH	:	Hormone Lutéostimulante
%	:	Pourcentage
>	:	Supérieur

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La planification familiale est un moyen pour promouvoir la santé materno-infantile et développer le niveau socio-économique. Les grossesses rapprochées sont pleines de risques.

Le nombre d'enfants à élever dans les ménages dépasse la capacité budgétaire et engendre progressivement la pauvreté. (1)

Le planning familial offre aux couples les meilleurs moyens de surmonter ces obstacles. Ses prestations par mise à disposition des méthodes contraceptives contribuent à l'amélioration du bien être de la famille.

Parmi ces méthodes figure la contraception utilisant la pilule. C'est une méthode hormonale qui, utilisée avec sérieux, constitue le moyen de régulation de naissance le plus sûr avec un taux d'échec très bas. (2)

Outre le fait qu'elle est très efficace, la pilule présente des caractéristiques rendant son emploi très avantageux :

- elle ne gêne pas les rapports sexuels,
- elle ne demande qu'un peu d'assiduité de la part de l'utilisatrice,
- la réversibilité est rapide et excellente.

Cependant comme toutes les méthodes contraceptives, la pilule n'est pas dénuée de risques. Aussi les femmes ayant accepté d'adopter la contraception orale doivent avoir reçu des conseils et renseignements appropriés correspondant à leur choix

Une étude sur l'utilisation de la pilule au CHUA Ambohimiandra en 2005 a été réalisée avec comme objectif principal la promotion de cette méthode qui reste la plus populaire dans les pays en développement.

Elle comprend plusieurs parties :

- la première partie est consacrée à la revue de la littérature ;
- la deuxième est destinée à l'étude proprement dite,
- la troisième est axée sur les commentaires et suggestions.

Une conclusion générale terminera l'étude.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

1. LE CYCLE MENSTRUEL

1.1. Généralités (3)

Contrairement à la fécondité de l'homme qui est dans l'ensemble constante, la fécondité de la femme évolue par cycle.

Comprendre ces cycles permet aux médecins et aux utilisatrices de choisir les méthodes de planification des naissances qui leur seront les mieux appropriées et d'aider les individus à utiliser ces méthodes correctement.

La compréhension du cycle de fécondité de la femme permet de prévoir ou d'empêcher une grossesse, et de comprendre et de diagnostiquer de nombreux problèmes médicaux. Beaucoup de contraceptifs agissent en interrompant une ou plusieurs des étapes du cycle menstruel sans lesquelles une grossesse ne peut avoir lieu.

1.2. Définition (4)

C'est l'ensemble des modifications morphologiques et hormonales des différents composants de l'appareil génital féminin du début des règles au début des règles suivantes.

1.3. Description (3) (5)

⌚ 1^{er} jour début des règles

La couche superficielle de l'endomètre est peu épaisse, contient peu de glandes et beaucoup de stroma.

La muqueuse intérieure de l'utérus desquame à cause de l'insuffisance d'hormones nécessaires à son maintien en place.

⌚ 5^{ème} jour : Fin de la menstruation

La durée des règles varie suivant les femmes. L'hypothalamus réagit au bas niveau d'hormones en envoyant un message à l'hypophyse. Celle-ci libère la FSH pour stimuler les ovaires en vue de commencer le processus de maturation d'un ovule.

Les ovaires libèrent en grande partie des oestrogènes et un peu de progestérone afin de permettre l'élaboration d'une nouvelle muqueuse endométriale.

☞ 14^{ème} jour : Libération de l'ovule par les ovaires

Lorsque les cycles sont plus longs ou plus courts il est possible que l'ovulation se produise un autre jour. Elle se produira en tout cas presque toujours 14 jours avant la menstruation suivante. La stimulation produite par les productions maximales de LH et de FSH amène le follicule ovarien à libérer l'ovule. Une fois vide, le follicule (corps jaune) sécrète une quantité croissante de progestérone et une quantité décroissante d'oestrogène. Si l'ovule est fécondé, le corps jaune continuera à secréter des quantités accrues de progestérone jusqu'à ce que le placenta puisse en produire des quantités suffisantes pour maintenir la grossesse. Si l'ovule n'est pas fécondé, on passera à l'étape suivante.

☞ 26^{ème} - 28^{ème} jour : Epoque prémenstruelle

Celle-ci varie suivant la longueur des cycles.

Les taux d'oestrogène et de progestérone chutent. Des symptômes prémenstruels tels que la prise de poids, les seins douloureux, un gonflement et de l'acné apparaissent chez de nombreuse, femmes.

☞ En fin de cycle

La menstruation s'annonce :

- l'endomètre se tasse,
- il apparaît des phénomènes vasomoteurs (vasoconstriction et vasodilatation) précédant le spasme artériolaire, la nécrose des parois vasculaires et l'hémorragie dans le stroma.

L'écoulement menstrual apparaît ainsi 14 jours après l'ovulation s'il n'y a pas eu de fécondation. Il est composé de sang et de débris d'endomètre desquamé.

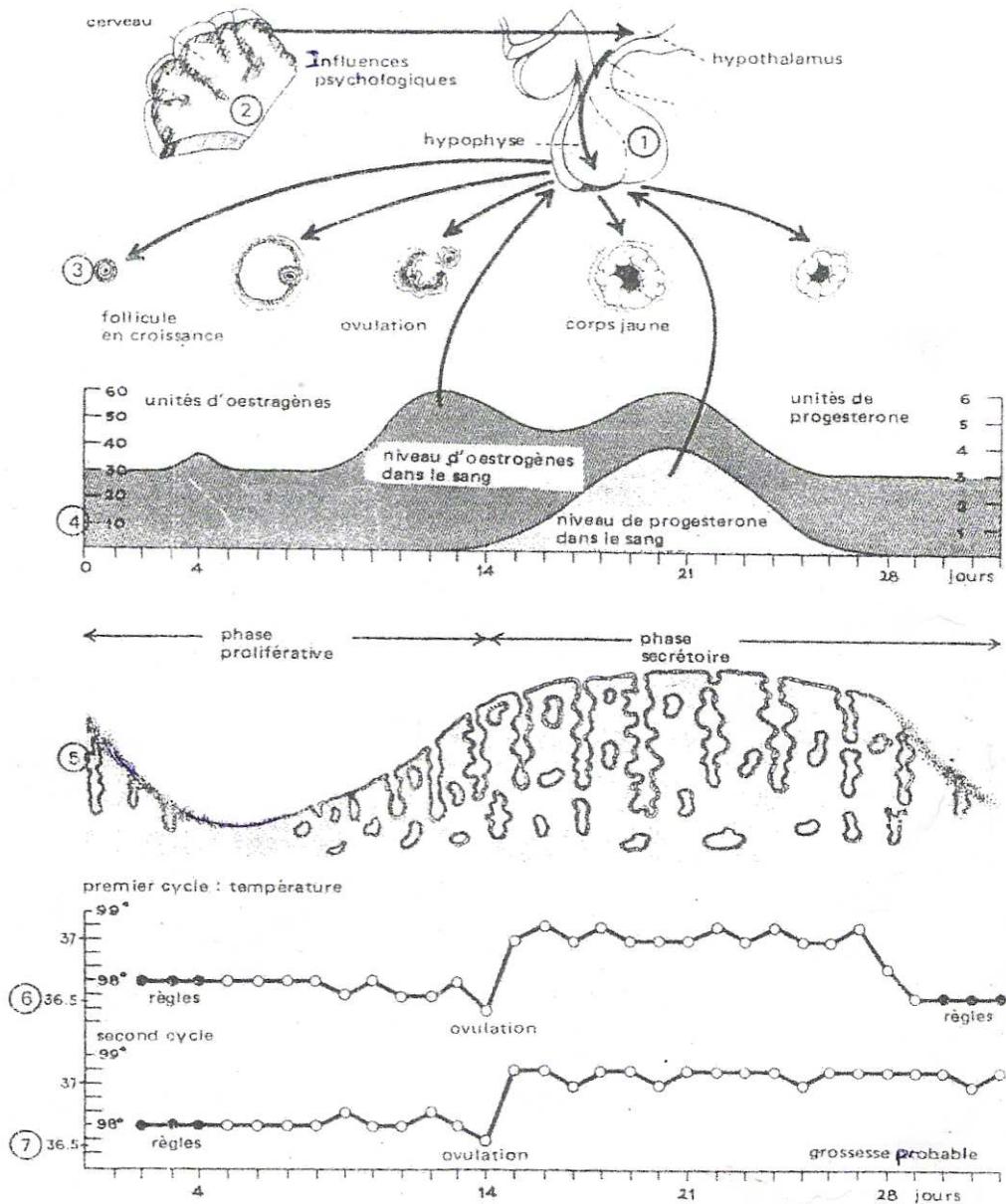


Schéma n°1 : Le cycle menstruel (3)

Source : Révision accélérée en Gynécologie Obstétrique

Maloine Sa Editeur. 1997 : 21

2. RAPPELS DE CONNAISSANCE SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

2.1. Quelques définitions

a) Planification familiale (6)

Elle peut être définie comme un ensemble de moyens et de techniques permettant de :

- éviter des grossesses non désirées,
- décider du nombre d'enfants désirés,
- assurer un espacement convenable entre les naissances,
- programmer les naissances au meilleur moment quant à l'âge de la mère :
 - éviter les grossesses avant 18 ans et après 35 ans ou,
 - réduire le nombre de grossesse avant 18 ans et après 35 ans

b) Contraception (4)

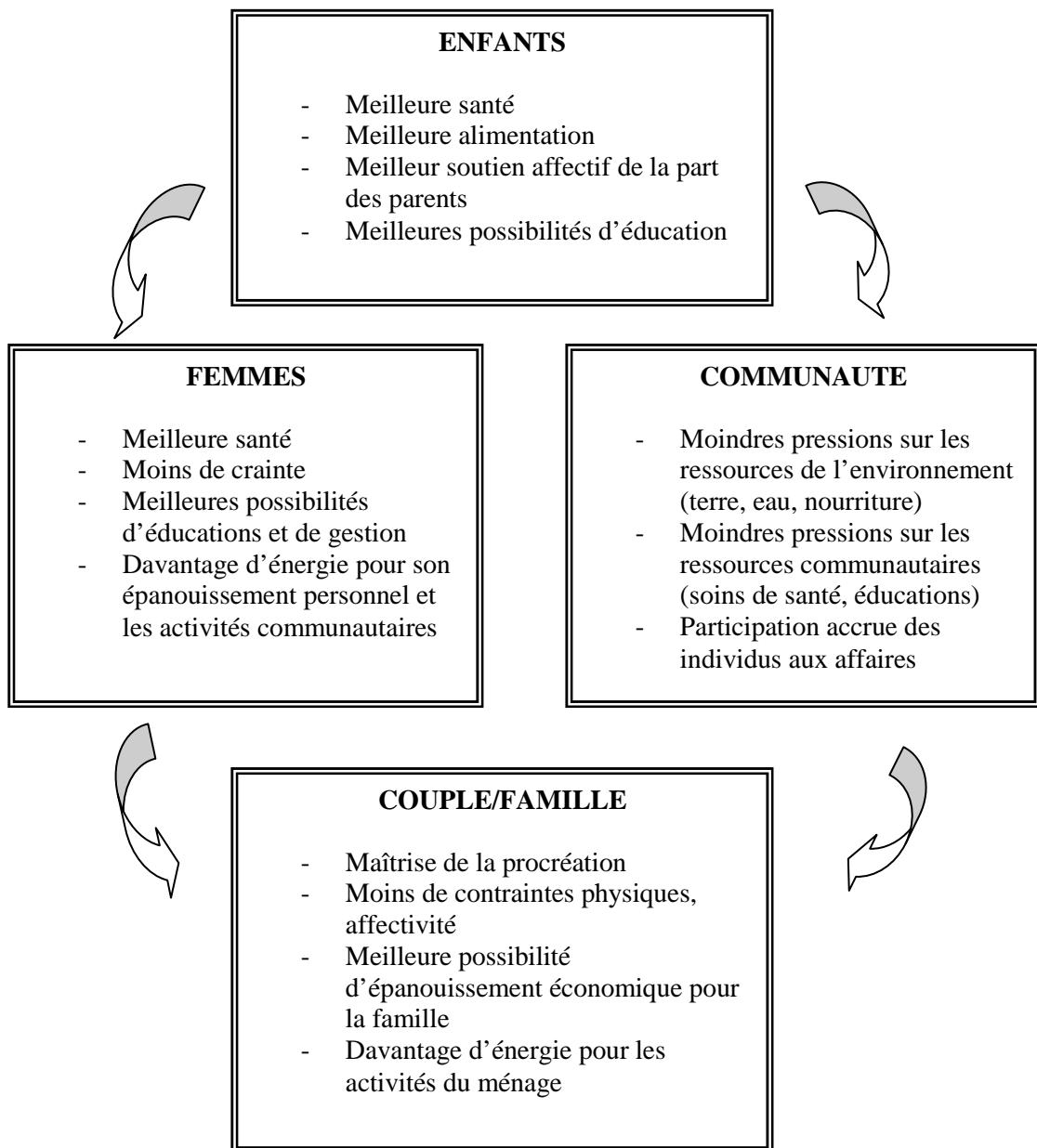
C'est l'interruption volontaire et temporaire de la fécondité.

2.2. Les bienfaits et avantages (7)

La planification familiale présente beaucoup d'avantages et de bienfaits chez :

- les enfants,
- les femmes,
- la communauté,
- le couple,
- la famille.

Tableau n°1 : Les avantages et les bienfaits de la planification familiale (7)



2.3. Les différentes méthodes contraceptives (8) (9)

Elles sont résumées selon la classification suivante :

2.3.1. Selon la durée d'action

a) Plusieurs années

- Norplant pour 5 ans,
- Implanon pour 3 ans,
- DIU : Dispositif intra-utérin ou stérilet pour 1 an et plus,
- CCV : Contraception Chirurgicale Volontaire féminine et masculine pour toujours.

b) Mensuelle

- CIC : Contraceptif Injectible Combiné ;
Types : Cyclofem, Mésigyna,
- COC : Contraceptif Oral Combiné,
- COP : Contraceptif Oral Progestatif.

c) Plusieurs mois

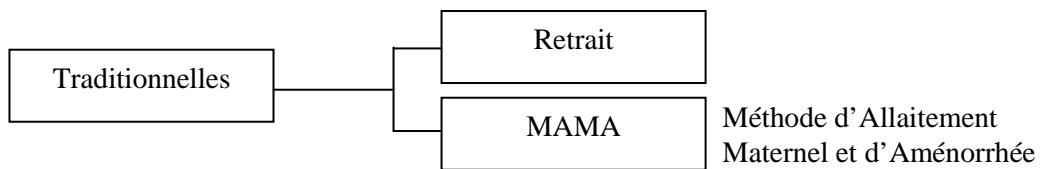
- CIP : Contraceptif Injectible Progestatif (2 à 3 mois) ;
Types : Dépo-Provera, Noristérat

d) Liée aux rapports sexuels

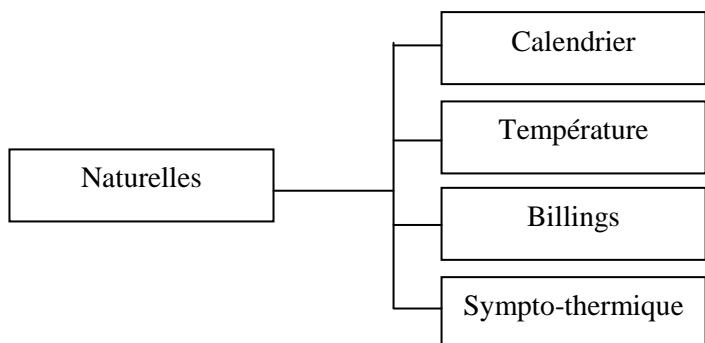
- Spermicides,
- Condoms,
- Diaphragme.

2.3.2. Selon le mécanisme d'action

a) Méthodes traditionnelles



b) Naturelles



c) Modernes

- Hormonales,
- Mécaniques

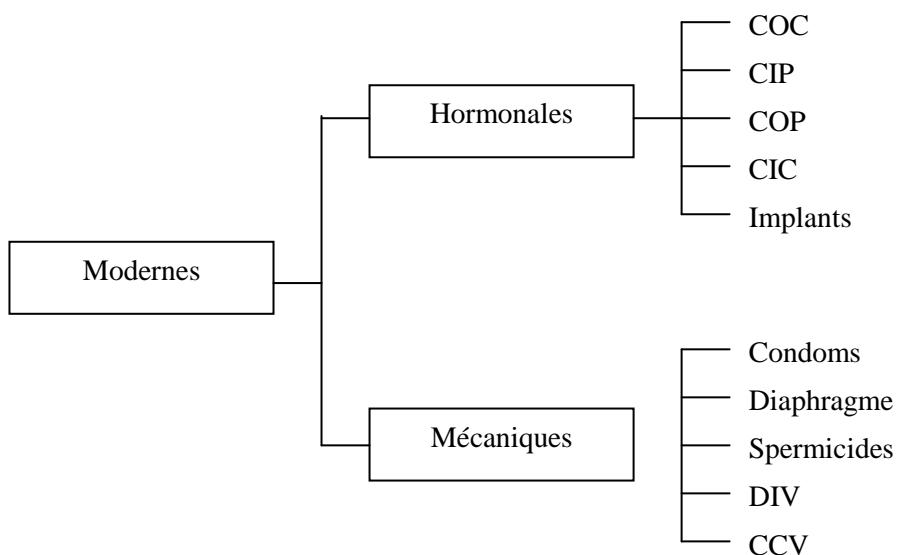


Schéma n°2 : Classification des méthodes contraceptives selon le mécanisme d'action (9)

3. LA PILULE

3.1. Définition (10)

Les pilules anticonceptionnelles ou contraceptifs oraux sont généralement des dragées, prises par voie orale, contenant des hormones (œstrogène et progestatif ou progestatif seul) en proportion variable, qui empêchent la survenue d'une grossesse.

3.2. Historique (11)

La pilule a été découverte en 1956 à Porto Rico par le scientifique biologiste Pincus Grégoire et ses collaborateurs.

Elle reste une des acquisitions les plus révolutionnaires de l'histoire de la médecine du XX^{ème} siècle.

Aujourd'hui un éventail de pilules permet de s'adapter au mieux à l'individualité de chaque femme.

Les doses d'hormones ont considérablement diminué.

Les examens gynécologiques et médicaux qu'elle impose tous les ans ont permis de dépister de nombreuses affections qui sans elle, restaient ignorées : diabète, état précancéreux du col, tumeurs mammaires.

Mais, instrument de libération des femmes, désormais maîtresses de leur pouvoir reproducteur, elle devient parfois aujourd'hui pour beaucoup d'entre elles, paradoxalement une nouvelle contrainte.

3.3 Les différents types de pilules

Il existe actuellement plusieurs méthodes de contraception hormonale : progestatifs de synthèse et composés œstrogéniques peuvent être utilisés en association, successivement ou isolément.

3.3.1. Les pilules séquentielles (12)

Elles sont composée d'estrogènes seuls du 7^{ème} au 15^{ème} jour puis ensuite d'une association œstroprogestative.

Exemple de médicaments : Physiostat – Ovanon – Norquentiel.

3.3.2. Les contraceptifs oraux combinés (13)

L'œstrogène et le progestatif sont administrés simultanément depuis le début de la prise.

a) Pilules normo-dosées : 50 grammes d'éthinyl estradiol (EE)

- Monophasiques : les doses d'EE et de progestatif restent constantes dans toute la plaquette.
- Biphasiques : les doses d'EE et de progestatif varient selon 2 paliers
Spécialités : Stédiril, Planor, Milli-Anovlar

b) Pilules faiblement dosées (mini-dosées) de 20 à 40 Mg EE

- Monophasiques : palier constant
Spécialités : Minidril, Varnoline, Moneva, Diane 35, loféminal
- Biphasiques : 2 paliers
Spécialités : Adépal, Miniphase
- Triphasiques : les doses d'EE et de progestatif varient selon 3 paliers
Spécialités : Phaeva, Trinordiol, Triella, Triminulet.

Les contraceptifs oraux combinés sont présentés en plaquette de 21 comprimés.

3.3.3. Les contraceptifs oraux progestatifs (COP) (14)

Ils sont caractérisés par l'administration d'un progestatif seul classés en fonction du dosage en progestatif.

a) Contraceptifs continus « microdosés » ou « micropilules » (mini pilules)

Une faible dose de progestatif est administrée de façon continue, ininterrompue.
Spécialités : Microval, Milligynon, Ogyline, Exluton, Ovrette

b) Progestatifs « discontinus » ou « macro-dosés »

Ils ne sont pas à proprement parler des contraceptifs. Les dérivés 19 nor genane (structure de base : la testostérone) : Primolut-Nor, Lutéran, Orgamétril, Surgestone,

Lutényl, Duphaston sont antigonadotropes de même que les dérivés 19 nor prégnane (structure de base de la progestérone) dépourvus d'effets virilisants.

La prise de deux comprimés du 6^{ème} au 25^{ème} jour du cycle ou de 1 comprimé de Lutényl ou de 0,500 de Surgestone du 6^{ème} au 25^{ème} jour du cycle permet une sécurité contraceptive équivalente aux oestroprogestatifs.

3.3.4. La pilule contraceptive d'urgence (PCU) (15)

Appelée encore pilule du lendemain, elle est une contraception post coïtale obtenue par administration d'oestrogènes ou de progestatifs purs, commencée au plus tard 72 heures après le rapport sexuel, quelle que soit la date du cycle à la condition qu'aucun autre rapport n'ait lieu jusqu'aux règles suivantes.

a) Principe

L'administration d'une forte dose d'hormones en un court laps de temps est suivie de métrorragie de privation. L'endomètre devient impropre à la nidation.

b) Application pratique

L'interception de l'ovocyte peut se faire dans les 72 heures qui suivent le rapport sexuel.

On peut utiliser :

☞ Les oestroprogestatifs

On prescrit par exemple une association combinée normo-dosée type Milli-Anovlar ou Stédiril.

Le traitement doit être administré dans les 24 à 72 heures qui suivent le rapport pour être efficace.

Le taux d'échec est de 1,9%.

Chez la moitié des femmes les doses sont parfois mal tolérées sur le plan digestif : nausées et vomissements fréquents.

☞ Les progestatifs purs

On peut utiliser le Levonorgestrel 0,6mg (2 comprimés de Microval) 12 heures après le coït. Cette prescription rend l'endomètre impropre à la nidation.

Le taux d'échec est de 3,1%.

Les inconvénients sont essentiellement liés à un raccourcissement du cycle, un spotting, quelques nausées et des mastodynies.

☞ **La Mifégyne (RU86)**

Elle est prescrite à la dose de 3 comprimés (600mg) en une seule prise.

La pilule du lendemain est suivie de métrorragies anarchiques et l'efficacité est loin d'être complète.

Il s'agit bien entendu d'une méthode « de sauvetage » indiquée notamment en cas de rupture de préservatif, en cas de viol survenu en période féconde c'est-à-dire à proximité de la date présumée de l'ovulation mais elle ne doit pas être utilisée de manière répétitive.

3.4. Principe et mode d'action des pilules (16) (17) (18) (19)

3.4.1. La pilule oestroprogestative

Elle contient une association d'oestrogènes et de progestatifs.

Ces 2 hormones sont réunies dans un seul et même comprimé.

Son absorption entraîne trois conséquences qui réalisent les 3 verrous de sécurité de la contraception orale :

- elle bloque l'ovulation au niveau de l'ovaire ;
- elle empêche l'implantation de l'œuf ;

parce que la pilule inhibe la croissance de la muqueuse utérine, la fabrication du « nid » de l'œuf dans l'utérus ne peut avoir lieu ;

- elle empêche les spermatozoïdes de monter vers l'utérus.

La pilule modifie la glaire du col indispensable aux spermatozoïdes pour pénétrer à l'intérieur de l'utérus et se diriger vers une trompe afin de féconder l'ovule.

Les minipilules contiennent moins d'oestrogènes. Certaines sont monophasiques, tous les comprimés sont identiques.

D'autres sont biphasiques ou triphasiques : les doses d'hormones contenues dans un comprimé varient au cours du cycle (comprimés de couleurs différentes)

L'hormone progestative contenue dans la pilule peut être de nature variable.

Un principe est à respecter : prendre sans oubli à un horaire relativement fixe, un comprimé chaque jour pendant 21 ou 28 jours de suite pour les nouvelles pilules les moins dosées et cela quel que soit le nombre de rapports sexuels.

3.4.2. La pilule progestative ou micro-pilule

Elle est composée d'une seule hormone : un progestatif à très faible dose.

La micropilule ne doit pas être interrompue et il faut prendre un comprimé chaque jour à heure fixe et ce même pendant les règles.

Elle modifie la glaire cervicale c'est-à-dire la substance visqueuse sécrétée par les glandes du col de l'utérus qui permet aux spermatozoïdes de pénétrer dans les secondes qui suivent l'éjaculation.

Dans certains cas elle peut inhiber l'ovulation et le développement de la muqueuse utérine.

L'ovulation survient presque normalement et la muqueuse utérine garde en gros ses caractéristiques cycliques. Elle n'influe donc que très peu sur le mécanisme hypothalamo-hypophysaire.

3.4.3. La pilule séquentielle

Efficace à 98%, elle ne dispose que d'un « verrou de sécurité » : elle inhibe seulement l'ovulation.

La production de glaire se fait normalement et la muqueuse utérine se développe sans changement sensible. En effet, seuls les sept derniers comprimés disposent d'une combinaison d'œstrogènes et de progestérone ; les quatorze premiers se composent uniquement d'œstrogènes, précisément favorables à la sécrétion de la glaire et à l'enrichissement de la muqueuse.

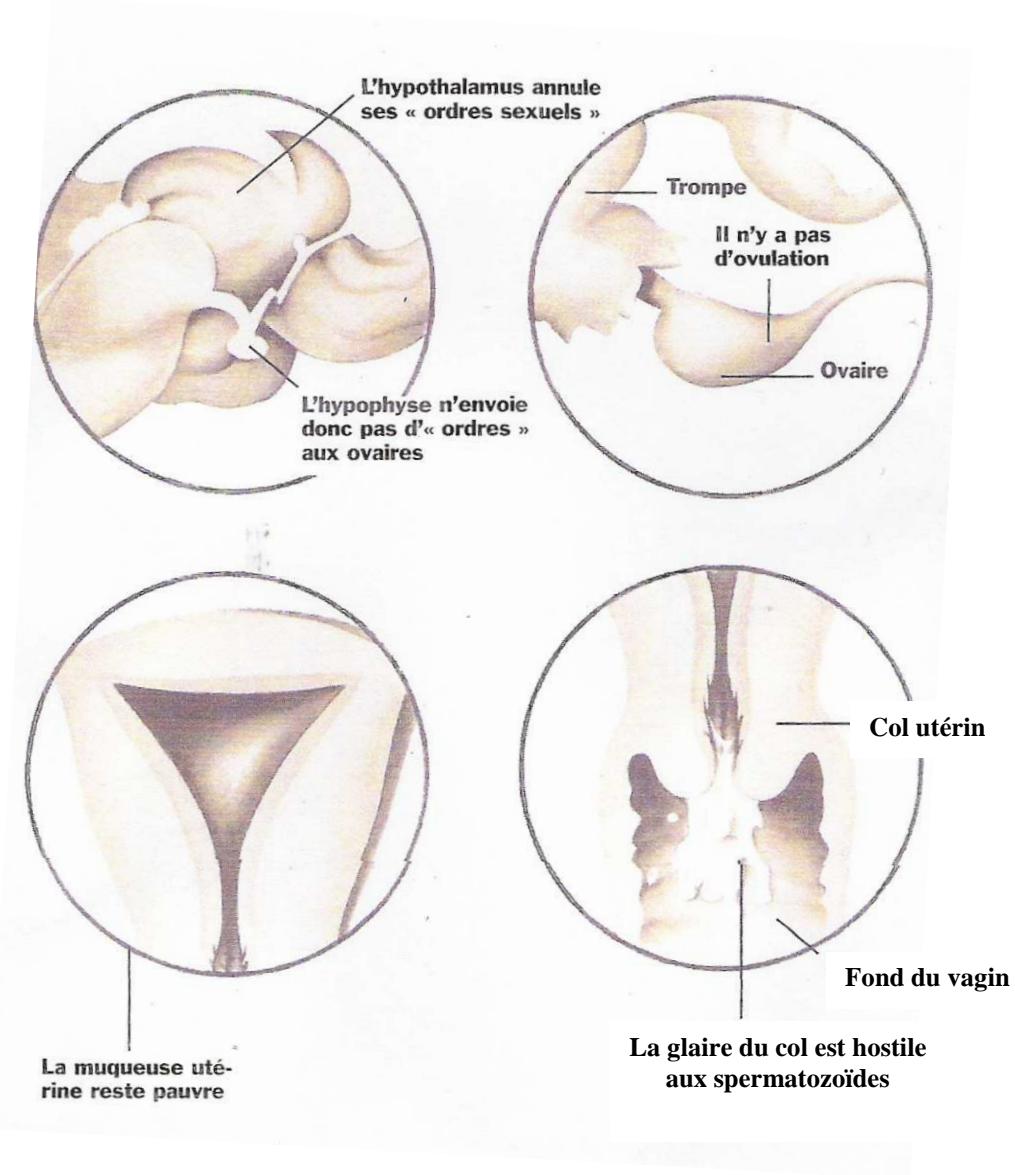


Schéma n°3 : Mécanisme d'action de la pilule : Les trois « verrous de sécurité » (20)

Source : La contraception en 10 leçons

Edition Minerva Suisse. 1997

3.5. Critères de qualité des pilules (20) (21)

a) Efficacité

C'est le degré de réalisation de l'objectif d'une méthode de contraception à savoir la capacité d'empêcher la survenue d'une grossesse.

L'efficacité se mesure par l'Indice de Pearl (IP) nombre de grossesses observées sur 100 femmes utilisant la méthode pendant un an.

Plus le taux est bas (IP bas), plus l'efficacité est grande.

$$IP = \frac{G \times 1200}{N} : \text{exprimé en \% femme - année}$$

G : Nombre de grossesses observées

N : Nombre de mois suivis

1200 : Représentent 12 mois (1an) pour 100 femmes

L'efficacité théorique des pilules est proche de 100%.

L'efficacité pratique est variable, dépendant des caractéristiques socio-culturelles des utilisatrices et de leur motivation.

Les pilules classiques monophasiques ont une efficacité théorique supérieure aux pilules séquentielles.

Les pilules séquentielles et combinées ont une efficacité théorique supérieure aux pilules progestatives.

b) Sécurité

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

Le risque principal des pilules est l'augmentation de l'incidence des maladies cardiovasculaires.

Les oestrogènes augmentent le risque de thrombose veineuse profonde. Les progestatifs augmentent le risque de thrombose artérielle.

Ces risques sont évitables en prescrivant une pilule faiblement dosée en œstrogène, en respectant les contre-indications et en assurant un bon suivi.

c) Tolérance

Certains effets secondaires non dangereux pour la santé peuvent apparaître sous pilules. Ils sont inconstants et n'apparaissent que chez certains sujets prédisposés. La plupart sont réversibles.

d) Réversibilité

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

Pour les pilules elle est excellente et rapide.

3.6. Les indications

3.6.1. Les pilules combinées (22)

Elles sont indiquées chez les femmes qui :

- désirent une contraceptive sûre et efficace,
- sont adolescentes,
- ont des règles abondantes et douloureuses,
- ont des rapports sexuels fréquents,
- sont anémiques,
- ont des antécédents de maladie infectieuse pelvienne (MIP)
- ont des kystes fonctionnels de l'ovaire,
- ont des cycles irréguliers.

3.6.2. Les pilules progestatives (23)

a) Les micropilules

Elles constituent une excellente méthode pour toutes les femmes qui présentent une contre-indication absolue aux oestrogènes et qui préfèrent pourtant adopter la pilule comme moyen contraceptif.

b) Les macropilules

Elles sont indiquées dans les circonstances suivantes :

- fibrome utérin,
- endométriose,
- seins douloureux ou mastodynies.

3.6.3. Les pilules séquentielles (24)

Leurs indications sont exceptionnelles.

Elles rendent cependant des services considérables dans une situation précise : les suites immédiates d'une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse).

En effet les fortes doses oestrogéniques (climat œstrogénique dominant) qu'elles contiennent favorisent le développement rapide de la muqueuse utérine.

Elles évitent ainsi certaines complications dues à l'avortement appelées synéchies (accolement des parois endométriales utérines) et accélèrent en tout état de cause la remise en forme physiologique de l'utérus.

3.7. Les contre-indications (25)

La pilule n'est pas la meilleure méthode pour une femme qui est indisciplinée, déteste prendre des pilules, n'a pas une bonne mémoire, est drépanocytaire, vit loin d'un lieu où elle peut se procurer les pilules.

3.7.1. Contre - indications absolues

Le nombre de contre-indications reste très restreint. Elles concernent essentiellement les intolérances aux hormones œstrogènes qui entrent dans la composition des pilules. En effet le composant progestatif n'a pratiquement jamais de contre-indications.

Les pilules sont contre indiquées en cas de :

- grossesse,
- antécédents concernant des problèmes personnels (phlébite, embolie pulmonaire, thrombophlébite cérébrale),
- affection exposant à un risque thromboembolique veineux : cardiopathie thrombogène type troubles du rythme, intervention chirurgicale, immobilisation prolongée, immobilisation plâtrée particulièrement d'un membre inférieur,
- accident vasculaire artériel (cardiaque, cérébral, oculaire, digestif),
- tension artérielle trop élevée (dont le chiffre maximum dépasse quinze et le chiffre minimum neuf),

- trop fort taux en graisses dans le sang et notamment de cholestérol et de triglycérides,
- tumeur hypophysaire en particulier à prolactine,
- fort tabagisme : plus de 10 cigarettes par jour,
- antécédent d'ictère cholostatique ou de prurit récidivant de la grossesse,
- diabète,
- dépression : psychose et névrose,

3.7.2. Contre-indications relatives

La prescription est possible au prix d'une surveillance médicale accrue. Les risques doivent être pesés, avec ceux des autres modes de contraception ou ceux de la survenue d'une grossesse non souhaitée.

Il s'agit de :

- existence d'un fibrome utérin, d'une endométriose,
- cycles encore irréguliers par immaturité hypothalamo-hypophysaire (adolescentes),
- obésité (index de masse corporelle > 25),
- affections mammaires : (galactorrhée, tumeur bénigne de sein),
- insuffisance rénale, hémopathie,
- port de lentilles cornéennes (une irritation coréenne peut rendre nécessaire de les changer),
- allaitement,
- antécédent familial de maladie thromboembolique.

Ces diverses contre-indications absolues ou relatives à la pilule demeurent rares.

Neuf femmes sur dix peuvent en fait adopter la pilule sans courir aucun risque médical.

3.8. Le mode d'emploi (26) (27)

Il varie selon le type de pilule.

3.8.1. Les contraceptifs oraux combinés

Avaler un comprimé par jour, de préférence à la même heure, sans manquer un jour, en commençant par le premier comprimé clair et en suivant la direction de la flèche jusqu'au comprimé brun.

La première prise doit se faire :

- dans les 5 premiers jours des règles, si la prise se fait après le 5^{ème} jour il faut adopter une méthode d'appoint pendant 7 jours,
- immédiatement ou dans les 5 premiers jours du post-abortum,
- après le 6^{ème} mois de l'accouchement, en cas d'allaitement maternel,
- après la 6^{ème} semaine de l'accouchement si la femme n'allait pas,
- immédiatement sans attendre les prochaines règles en cas de changement de méthode,
- à n'importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte, (utiliser la liste de contrôle pour écarter une grossesse en annexe),
- si vomissement dans l'heure qui suit la prise, prendre une autre pilule d'une autre plaquette,
- en cas de forte diarrhée ou vomissement de plus de 24 heures, utiliser une méthode d'appoint pendant 7 jours.

3.8.2. Les pilules séquentielles

Elles se prennent par la bouche comme pour les autres pilules pendant 21 jours avec un arrêt de 7 jours.

Son effet est immédiat quand on commence la première plaquette le premier jour des règles.

3.8.3. Les pilules progestatives

Le mode d'emploi est simple :

- commencer le 1^{er} jour des règles, et au plus tard le 5^{ème} jour,
- respecter l'ordre : 1^{ère} pilule/1^{ère} prise et continuer en suivant la flèche,
- prendre la pilule tous les jours, sans interruption, et à un moment fixe de la journée,
- commencer une deuxième plaquette dès que l'on a terminé la première.

3.9. Surveillance (28)

3.9.1. Calendrier

On pratique le contrôle avant puis 3 mois après la prescription et tous les 6 mois à un an par la suite.

3.9.2. Points à vérifier plus particulièrement

Ce sont :

- la bonne tolérance clinique,
- l'absence de modifications des facteurs de risque,
- l'absence de survenue de symptômes cliniques pouvant faire craindre l'imminence de complications (migraines inhabituelles ou persistantes, troubles oculaires).

L'examen clinique doit comprendre la mesure du poids et la prise de la tension artérielle.

3.9.3. Suivi (28)

☞ Rythme de suivi :

- donner le nombre des plaquettes de pilules selon les besoins des utilisatrices ;
- mais ne pas oublier de dire à la cliente de revenir au centre 03 mois après la première visite pour un contrôle, à cause de la possibilité de survenue des effets secondaires dans les 03 premiers mois ;
- puis programmer le rendez-vous dans le carnet de la cliente.

☞ Procédure de suivi :

- demander la satisfaction de la cliente ou du couple par rapport à l'utilisation de la méthode ;
- demander s'il y a des problèmes consécutifs à la prise de la pilule ;
- prendre la TA de la cliente ;
- peser la cliente ;
- effectuer une fois par an, ou en cas de besoin :
 - l'examen au spéculum,
 - le TV combiné au palper,

- et l'examen des seins,
- Prendre en charge les effets secondaires éventuels,
- Rappeler à la cliente les raisons pour lesquelles elle doit revenir au centre même en dehors des rendez-vous (les signes d'alarme).

3.9.4. Examens complémentaires (29)

☞ Calendrier

Le contrôle se fait avant, puis 3 mois après le début de la prise tous les 2 à 3 ans par la suite (en l'absence d'anomalies).

☞ Prescription

On prescrit :

- la glycémie à jeun : on arrête habituellement la pilule en cas de glycémie devenue supérieure à 1,20g/l ou 7mmol/l,
- la cholestérol total,
- l'HDL cholestérol et LDL cholestérol,
- les triglycérides.

3.10. Interactions médicamenteuses (30)

3.10.1. Association de médicaments déconseillés avec la pilule

- inducteurs enzymatiques : anticonvulsivants (phénobarbital, phénytoïne, primidone), carbamazépine, rifabutine, rifampicine, griséofulvine, phénylbutazone.

On assiste à une diminution de l'efficacité contraceptive par augmentation du métabolisme hépatique pendant le traitement et un cycle après l'arrêt du traitement.

On utilise de préférence une autre méthode contraceptive, en particulier de type mécanique.

- les macrolides (troléandomycine) peuvent favoriser une hépatite cholostatique.

3.10.2. Associations à prendre en compte

- Cyclosporine : augmentation possible des taux circulants de cyclosporine, de la créatinémie et des transaminases.

Mécanisme invoqué : diminution de l'élimination hépatique de la cyclosporine.

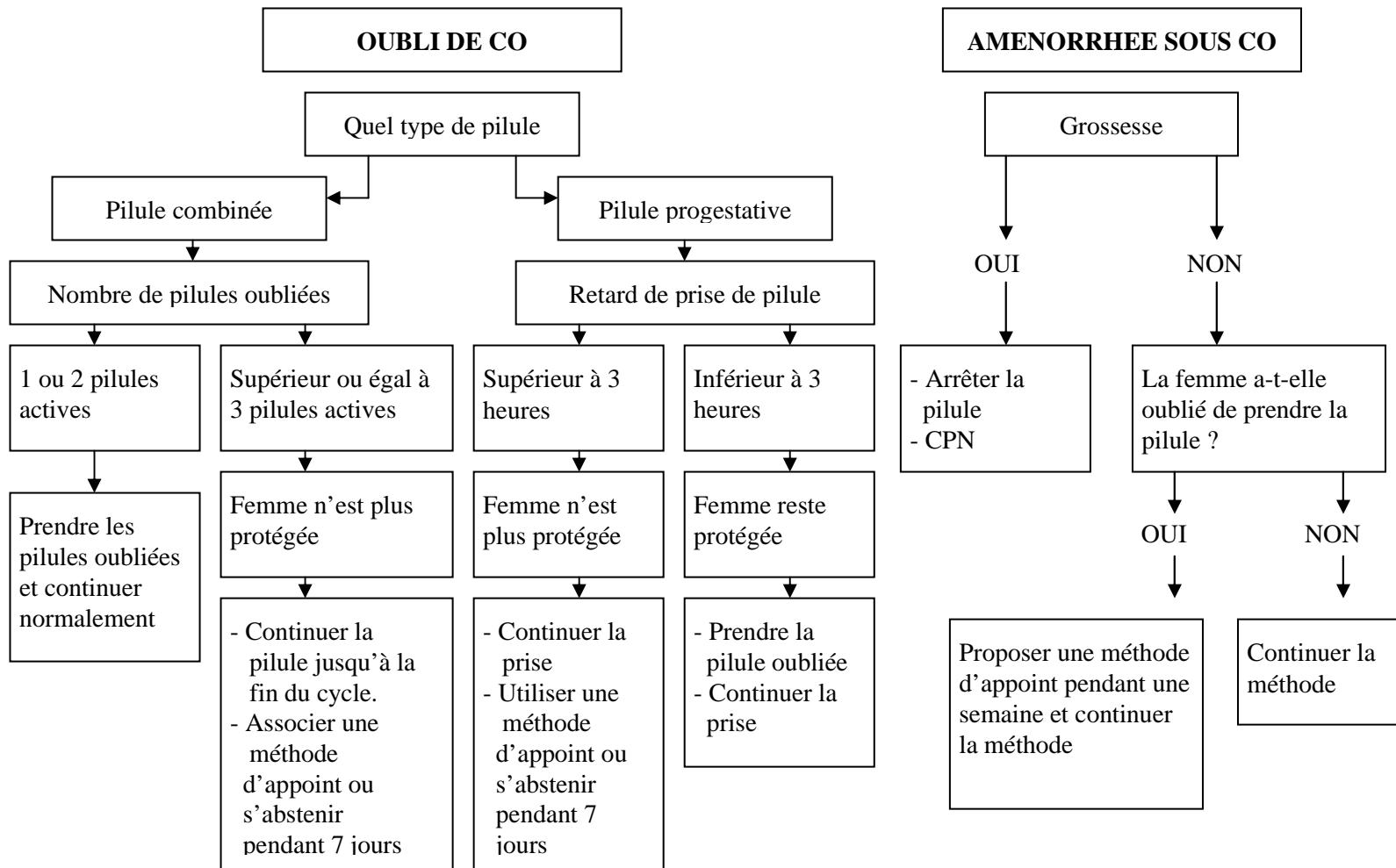
- Flunarizine : risque de galactorrhée (écoulement lacté des seins) par augmentation de la susceptibilité du tissu mammaire à la prolactine par la flunarizine.

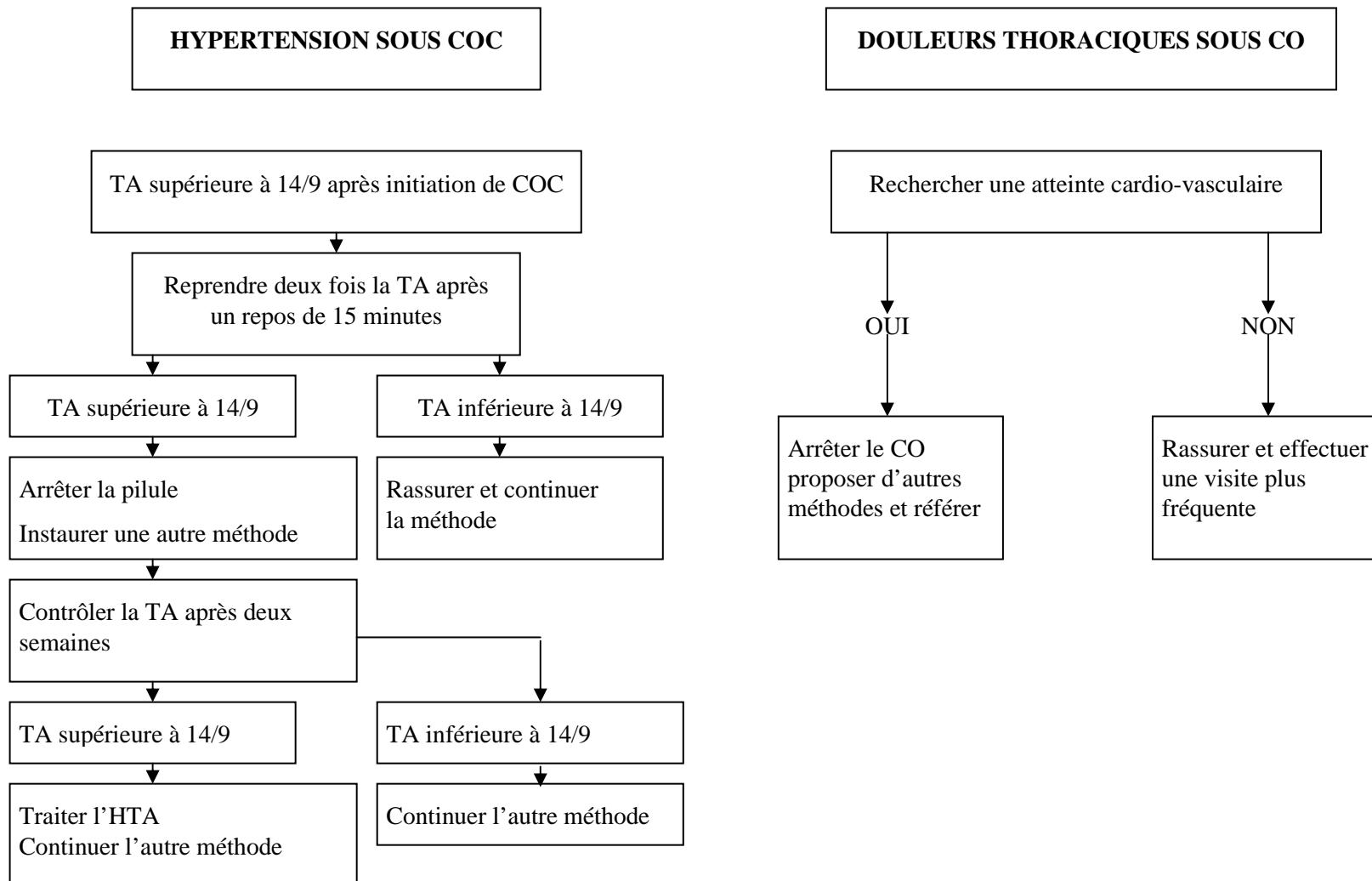
3.10.3. Association contre-indiquée

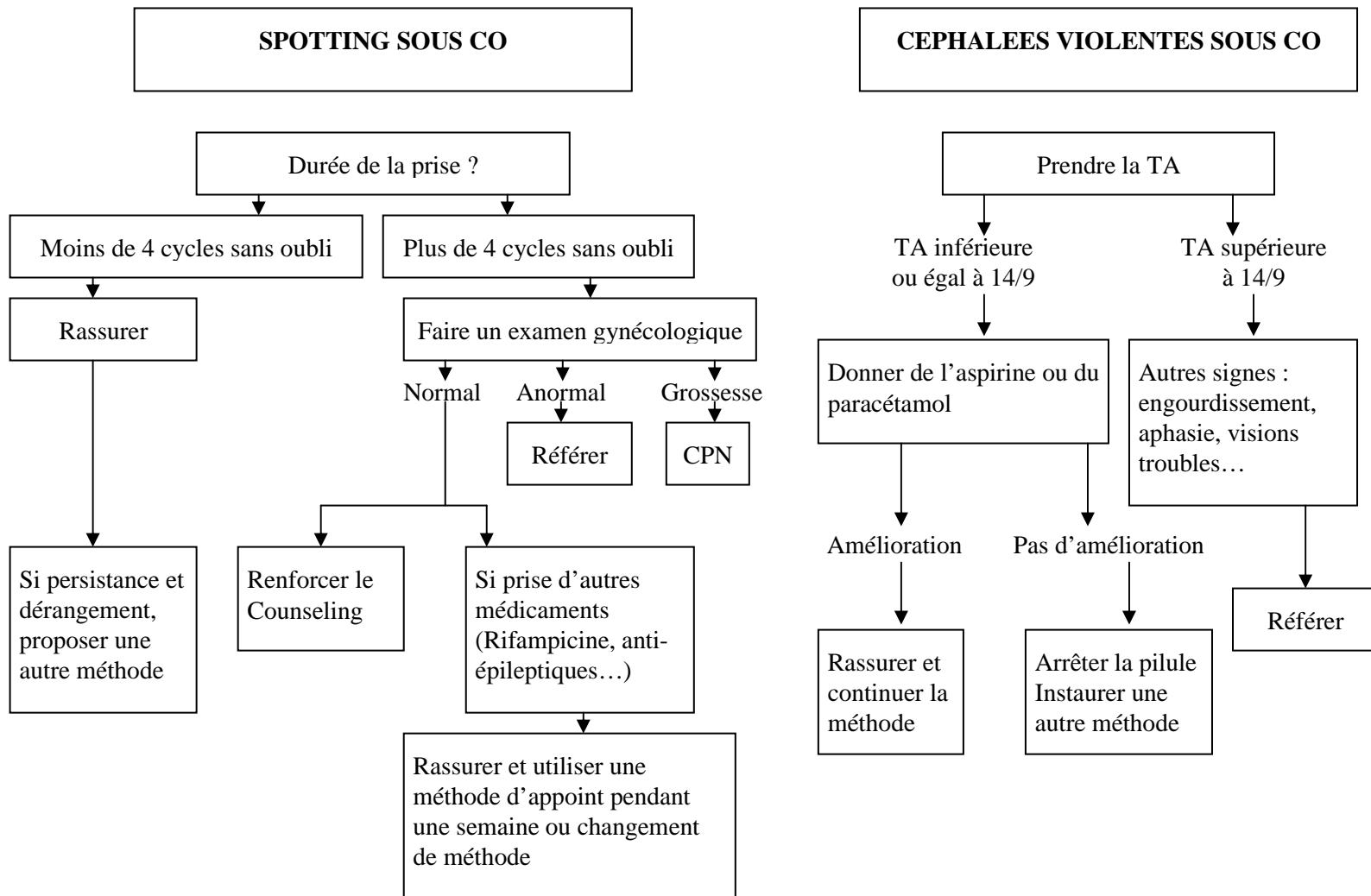
Ritonavir : risque de diminution de l'efficacité contraceptive par diminution des concentrations en oestrogènes.

3.11. Gestes à faire devant certaines situations

Schéma n°4 : Conduite à tenir devant les situations suivantes (31)







DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE PROPREMENT DITE

1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1.1. Objectif général

Il vise à analyser l'acceptabilité et la perception de la pilule par les utilisatrices. Les résultats de cette recherche serviront de base à la stratégie d'amélioration des prestations de services de qualité en matière de santé conformément aux droits humains.

1.2. Objectifs spécifiques

Ils consistent à :

- apprécier les informations fournies sur les pilules au cours du conseil aux utilisatrices,
- déterminer les facteurs qui motivent le choix de la pilule,
- identifier les difficultés rencontrées dans l'offre de service pilule,
- dégager des recommandations éventuelles en vue de promouvoir les contraceptifs oraux.

2. CADRE D'ETUDE (32)

Le site de l'étude est le CHUA Ambohimiandra.

2.1. Géographie

Le CHU d'Ambohimiandra se trouve dans le Fokontany d'Ambohimiandra dans le Firaiana d'Ambanidja (2^{ème} Arrondissement), Commune Urbaine d'Antananarivo, de la région Analamanga.

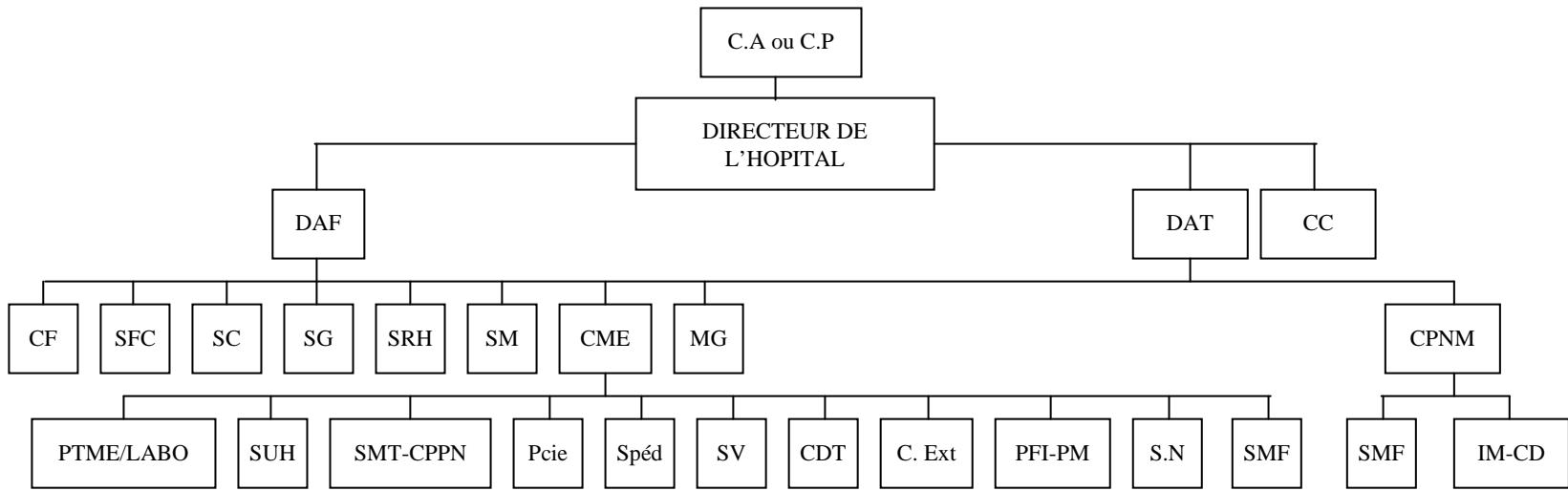
Il est implanté à cheval des fokontany limitrophes :

- au Nord, le Fokontany Mandroseza,
- au Sud, le Fokontany Mahazoarivo,
- à l'Est, le Fokontany Ambohitsoa,
- à l'Ouest, le Fokontany Ambanidja.

La population cible du secteur est représentée par les femmes en âge de procréer et s'élève à 4350.

L'objectif est de servir au moins 60% de ces femmes c'est-à-dire 2610 personnes.

2.2. Organigramme du Centre Hospitalier Universitaire d'Ambohimiandra



CA : Conseil d'Administration

CP : Comité de Pilotage

DAF : Directeur Administratif et Financier

SB : Service Bibliothèque

SFC : Service de Fonds et Comptabilité

SC : Service des Cessions

SG : Service Général

SM : Service de Maintenance

SDC : Service dépenses et Cuisine (cafétaria)

SRH : Service des Ressources Humaines

CF : Centre de Formation

DAT : Directeur Technique Adjoint

CME : Comité Médical

SUH : Service Urgences et Hospitalisation

Pcie : Service Pharmacie

SMT : Service de Maternité

CPPN : Consultation Pré et Post Natale

S. Péd : Service de Pédiatrie

SV : Service Vaccination

CDT : Centre de Diagnostic de Tuberculose

PTME : Service de Prévention

Transmission Mère Enfant

VIH/SIDA

C.Ex : Consultation Externe

PFI : Planning Familial Intégré

PM : Protection Maternelle

SMF : Service Médecine-Femme

SN : Service de Nutrition

MG : Major Général

CC : comité Consultatif

CPNM : Comité de Personnel Non

Médical

SF : Sage Femme Major

IM : Infirmière Major

CD : Chef de Difision

Schéma n°5° : Organigramme du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo
Ambohimiandra

La structure du CHU d'Ambohimiandra suit le standard des structures des CHU appliquée par le Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale.

2.3. Composition du personnel du Centre Hospitalier Universitaire d'Ambohimiandra

- 1 médecin spécialiste,
- 16 médecins diplômés d'état,
- 5 infirmiers diplômés d'état,
- 11 sages-femmes diplômés d'état,
- 16 agents administratifs
- 9 agents d'appui,
- 2 aides sanitaires,
- 2 servantes employées de longue durée.

2.4. Le service de planification familiale

Le service de PF fait partie des activités préventives des CHU. Le service occupe une salle et fournit des soins, des consultations externes en matière de PF pour toute personne intéressée par l'utilisation des méthodes contraceptives.

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

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

2.4.1. Le personnel

Il est constitué par :

- 1 infirmière diplômée d'état,
- 1 sage-femme diplômée d'état.

2.4.2. Les partenaires communautaires

Ils sont au nombre de 10 (2 par Fokontany). Ce sont des femmes formées par les responsables de la CCC sur la santé de la reproduction, la PF, la vaccination. Toutefois,

elles ne dispensent pas de soins. Leur rôle essentiel est la visite à domicile pour la relance des perdues de vue et la référence des nouvelles acceptantes vers le CHU.

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

Le recrutement des partenaires communautaires débute en 1997. Ces partenaires reçoivent une motivation prélevée des recettes de la PF.

Ces partenaires communautaires diminuent de nombre du fait de l'annulation de cette motivation.

2.4.3. Objectifs

Ils consistent à augmenter le taux de fréquentation du site, le nombre de nouveaux utilisateurs et à récupérer les perdues de vue : atteindre un taux de couverture contraceptive égale à 60%.

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

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

2.4.4. Les activités

Les prestataires de service sont offerts aux consultantes 5 jours sur 7.

Les prestations se font les jours ouvrables.

☞ La communication pour le changement de comportement consiste à :

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

☞ Mode d'adhésion à la PF.

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

On demande à l'acceptante si elle a eu ses menstruations au moment de la première consultation.

En cas d'aménorrhée, on pratique un dépistage de la grossesse. Si elle est enceinte, on l'adresse au service de Consultation Prénatale.

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

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

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

3. METHODE ET MATERIELS D'ETUDE

3.1. Type d'étude et mode de collecte des données

Il s'agit d'une étude rétrospective de nouvelles utilisatrices de pilules :

Les données ou variables ont été collectées à partir :

- des registres, des rapports mensuel, trimestriel et annuel des activités de planification familiale,
- des fiches individuelles des utilisatrices de méthodes contraceptives.

3.2. Durée, période d'étude

L'étude a été faite sur les dossiers des clientes colligés au CHUA Ambohimiandra de Janvier à Décembre 2005 c'est-à-dire sur une période de 12 mois.

3.3. Population d'étude, critères d'inclusion et d'exclusion

Les cibles de l'étude ont été les femmes ayant utilisé la pilule comme contraception.

Les femmes aux dossiers complets ont été incluses dans l'étude.

Les dossiers incomplets de certaines utilisatrices n'ont pas été retenus.

3.4. Variables

Les variables étudiées ont été de deux sortes : dépendantes et indépendantes.

a) La variable dépendante

Elle est représentée par le contraceptif oral ou pilule.

b) Les variables indépendantes

Elles comprennent :

- ☞ la fréquence :
 - annuelle,
 - mensuelle,
 - trimestrielle.

- ☞ les différentes méthodes disponibles au centre.
Ce sont le Lo-Féminal et l'Ovrette.

- ☞ les aspects épidémiologiques :
 - âge : il est réparti comme suit :
 - moins de 20 ans,
 - 21 ans à 34 ans,
 - 35 ans et plus.
 - l'état matrimonial : il est estimé sur le fait que la femme :
 - vit en couple,
 - vit seule.

- le niveau d'instruction : il comprend 4 catégories :
 - illettrée,
 - études primaires,
 - études secondaires,
 - études universitaires.
- profession : elle se répartit de la façon suivante :
 - cultivatrice,
 - ménagère,
 - ouvrière,
 - commerçante,
 - institutrice.
- nombre d'enfants : c'est l'analyse du nombre d'enfants en charge et de la parité de l'utilisatrice. Il est mesuré par les chiffres suivants :
 - 0,
 - 1 à 3,
 - 4 et plus.
- motifs d'adhésion : c'est l'analyse de la cause de pratique de la contraception orale. Deux motifs sont considérés :
 - espacement des naissances,
 - limitation des naissances.
- sources d'information : elles sont constituées par l'analyse de l'origine des renseignements reçus par l'utilisatrice la poussant à pratiquer la contraception.

Les sources d'information sont constituées par :

- le personnel de santé,
- la famille ou les amis,
- la radio, la télévision, le journal,
- les brochures et les affiches.
- suivi et contrôle : c'est l'étude de l'assiduité et des résultats de l'examen systématique de l'acceptante après un interrogatoire au cours de chaque rendez vous sur les effets secondaires éventuels suite à la prise de pilules

Le suivi et le contrôle sont évalués sur les critères suivants :

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

4. LES RESULTATS

Ils sont présentés sous forme de tableaux et de figures.

Sept cent quarante neuf (749) acceptantes ont été recrutées du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005 dans le service de PF au CHUA d'Ambohimiandra.

Les nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives ayant fait l'objet de la présente étude sont au nombre de 225, en sachant que 524 femmes ont été fichées anciennes acceptantes.

Ces 225 utilisatrices sont constituées par des femmes en âge de procréer, mariées ou non avec ou sans enfants, sans distinction de race ni de couche sociale. Elles sont venues de leur propre gré au Centre.

Tableau n°2 : Répartition des nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives par trimestre.

Trimestre	Effectif	Pourcentages (%)
1 ^{er} trimestre	54	24
2 ^{ème} trimestre	56	24,9
3 ^{ème} trimestre	60	26,7
4 ^{ème} trimestre	55	24,4
Total	225	100

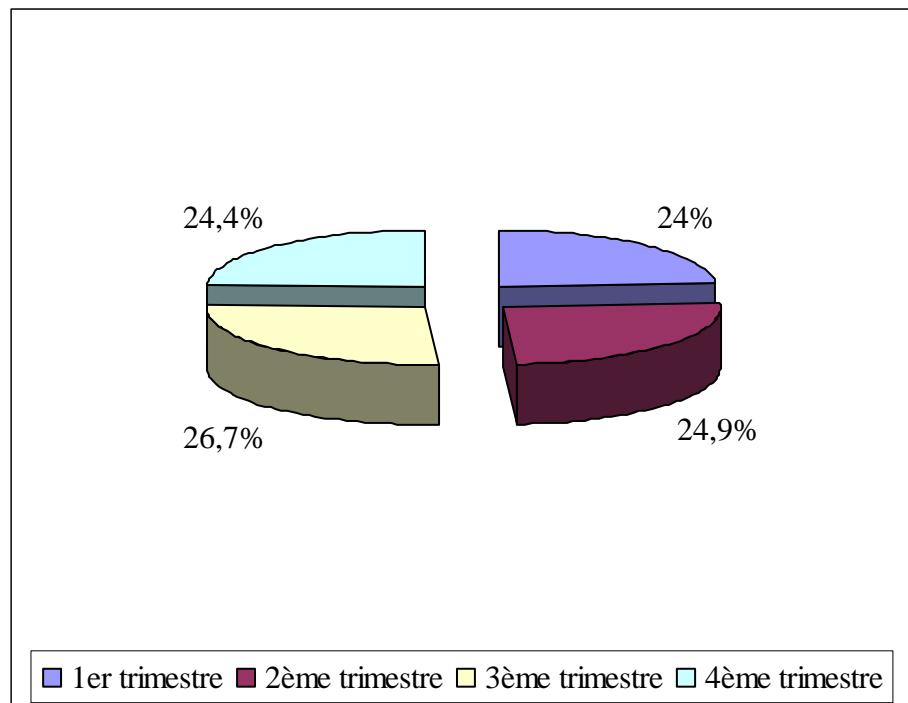


Figure n°1 : Répartition trimestrielle des utilisatrices nouvelles des méthodes contraceptives

4.1. Fréquence

- Nombre total des utilisatrices : 225.
- Effectif des acceptantes ayant choisi la pilule : 48 soit une proportion de 21,3%.

4.1.1. Place de la pilule parmi les méthodes contraceptives

Tableau n°3 : Répartition des utilisatrices selon les méthodes choisies et prescrites

Méthodes utilisées	Effectif des acceptantes	Pourcentages (%)
CI	153	68
CO	48	21,3
BAR	1	0,4
DIU	23	10,3
Total	225	100

Les utilisatrices des pilules (48 femmes) représentent 21,3% de toutes les acceptantes.

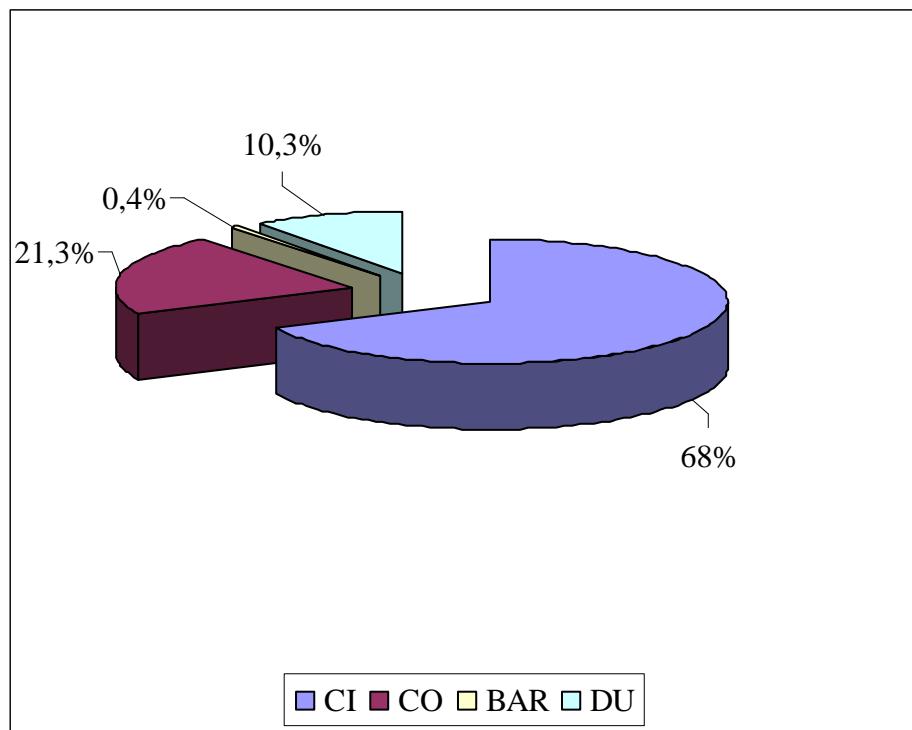


Figure n°2 : Les utilisatrices et les méthodes utilisées

4.1.2. Fréquence mensuelle

Tableau n°4 : Répartition mensuelle des utilisatrices de pilule

Mois	Nombre
Janvier	3
Février	2
Mars	1
Avril	2
Mai	2
Juin	2
Juillet	6
Août	9
Septembre	10
Octobre	3
Novembre	4
Décembre	4
Total	48

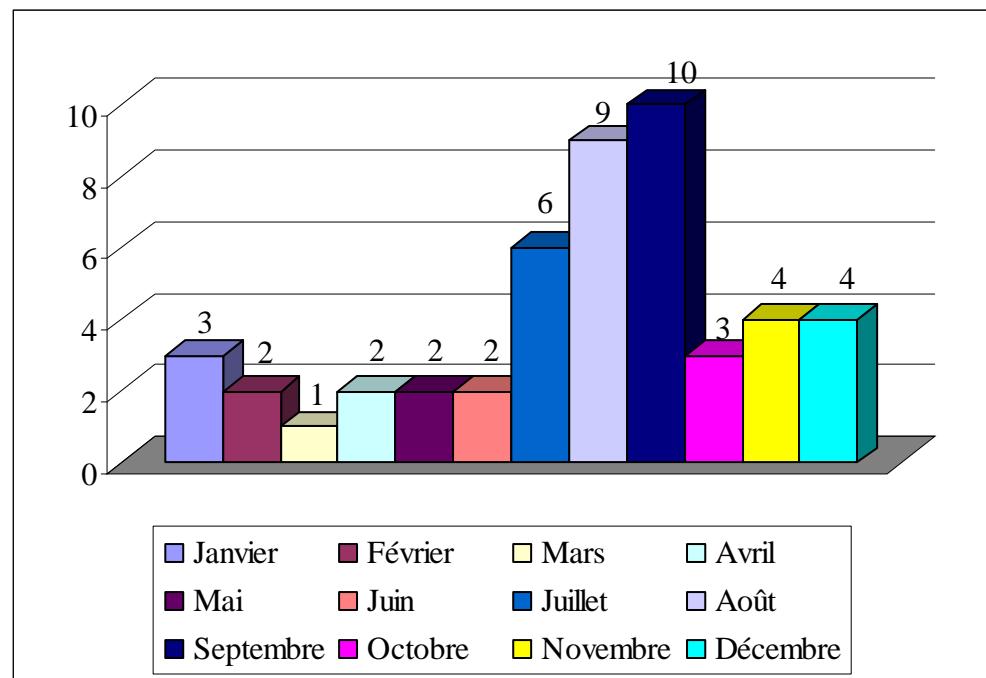


Figure n°3 : Effectif mensuel des utilisatrices

4.1.3. Fréquence trimestrielle

Tableau n°5 : Répartition trimestrielle des acceptantes de pilule

Trimestre	Effectif des utilisatrices	Pourcentages (%)
1 ^{er} trimestre	6	12,50
2 ^{ème} trimestre	6	12,50
3 ^{ème} trimestre	25	52,08
4 ^{ème} trimestre	11	22,92
Total	48	100

C'est au 3^{ème} trimestre que les clientes sont les plus nombreuses.

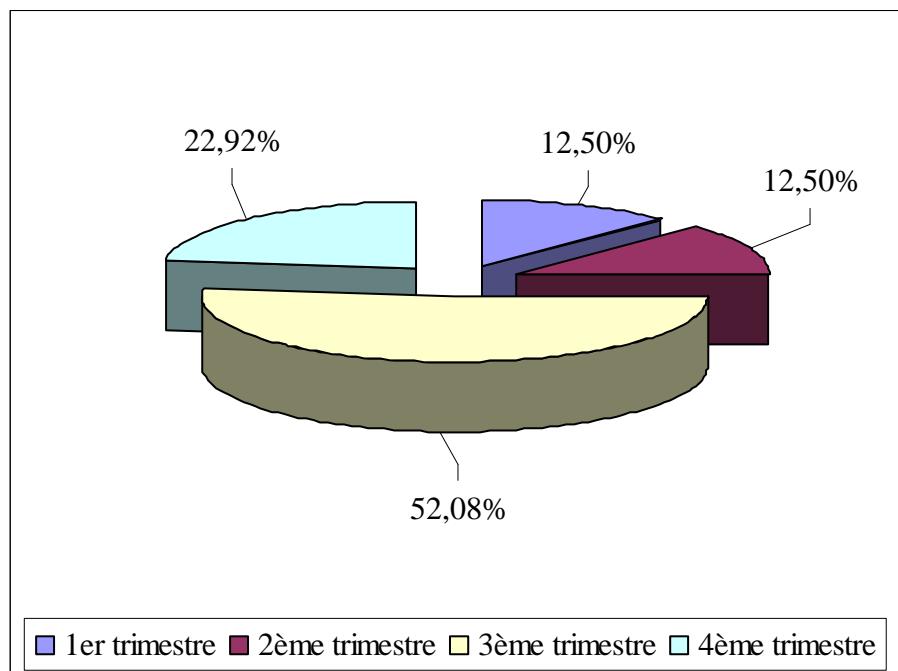


Figure n°4 : Effectif trimestriel des utilisatrices de pilules

4.2. Aspects épidémiologiques

4.2.1. Age

Tableau n°6 : Répartition selon l'âge des utilisatrices de pilule

Age (an)	Effectif	Pourcentages (%)
Moins de 20 ans	10	20,83
21 à 34 ans	32	66,67
35 ans et plus	6	12,50
Total	48	100

La tranche d'âge de 21 à 34 ans est prédominante.

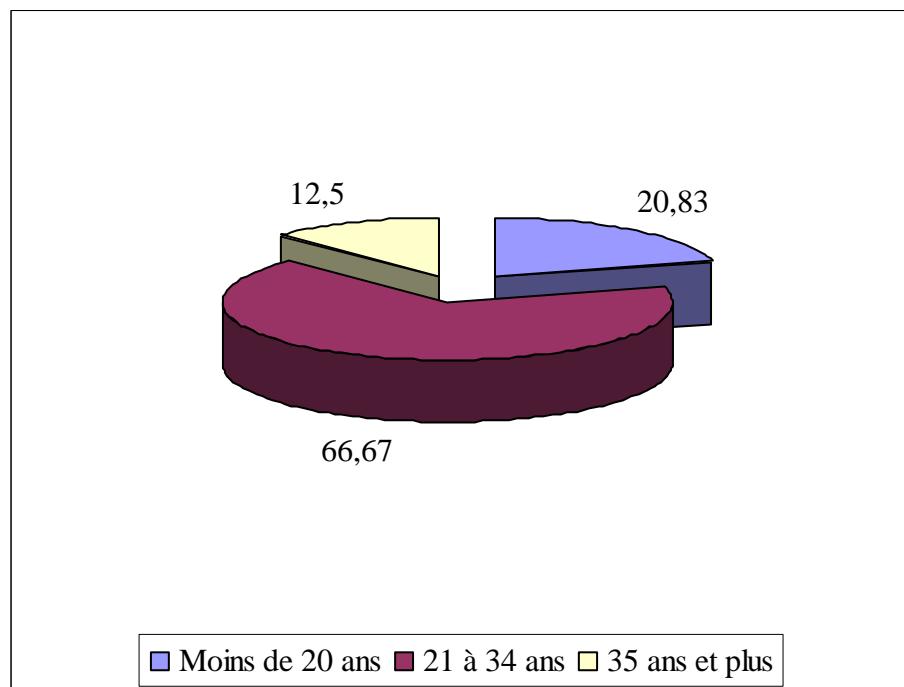


Figure n°5 : Age des utilisatrices

4.2.2. Etat matrimonial

Tableau n°7 : Répartition selon l'état matrimonial des utilisatrices

Etat matrimonial	Nombre	Pourcentages (%)
Vit en couple	39	81,25
Vit seule	9	18,75
Total	48	100

Les femmes vivant en couple sont les plus nombreuses (81,25% de l'ensemble).

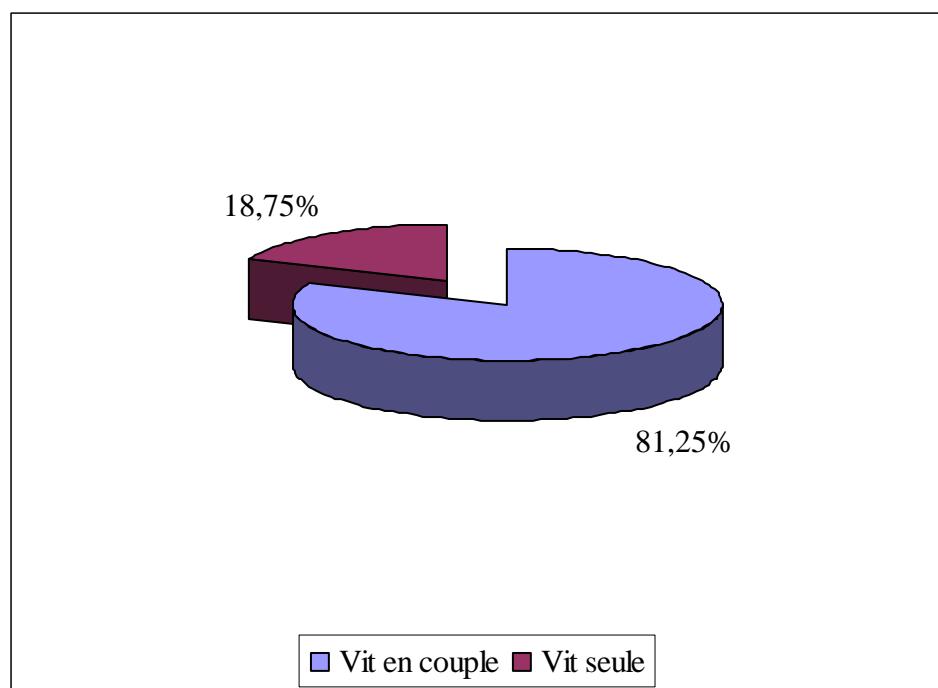


Figure n°6 : Statut matrimonial des acceptantes de pilules

4.2.3. Niveau d'instruction

Tableau n°8 : Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Nombre	Pourcentages (%)
Illettrée	3	6,25
Etude primaire	2	4,16
Etude secondaire	43	89,59
Etude universitaire	0	0
Total	48	100

Les femmes ayant suivi des études secondaires prédominent.

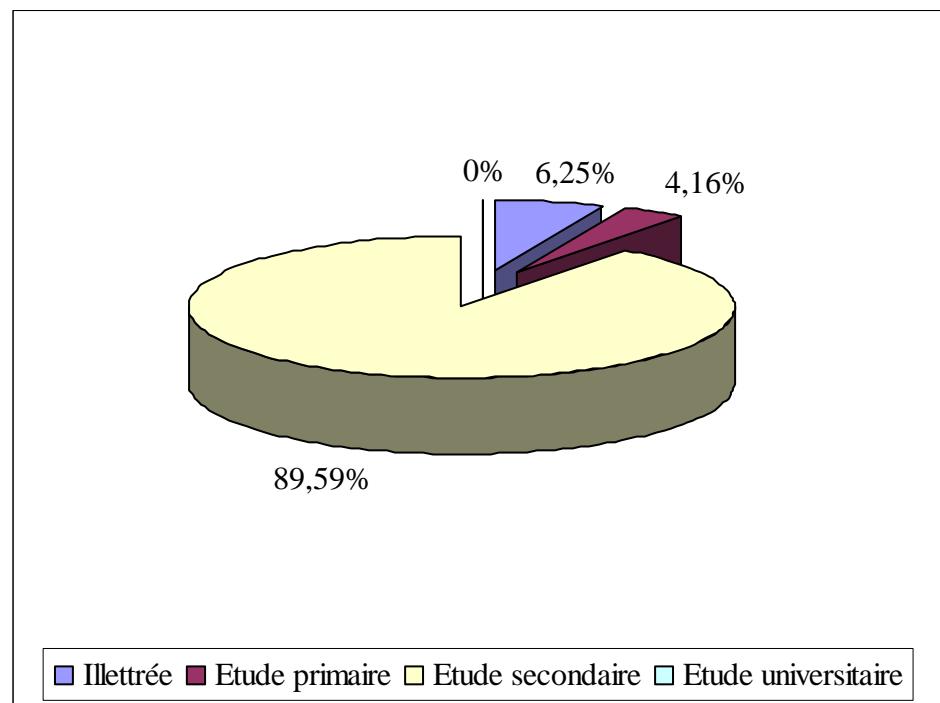


Figure n°7 : Niveau d'instruction des utilisatrices

4.2.4. Nombre d'enfants vivants

Tableau n°9 : Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectif des utilisatrices	Pourcentages (%)
Néant	0	0
1 à 3	45	93,75
4 et plus	3	6,25
Total	48	100

Les femmes ayant 1 à 3 enfants sont majoritaires avec une proportion de 53,75%.

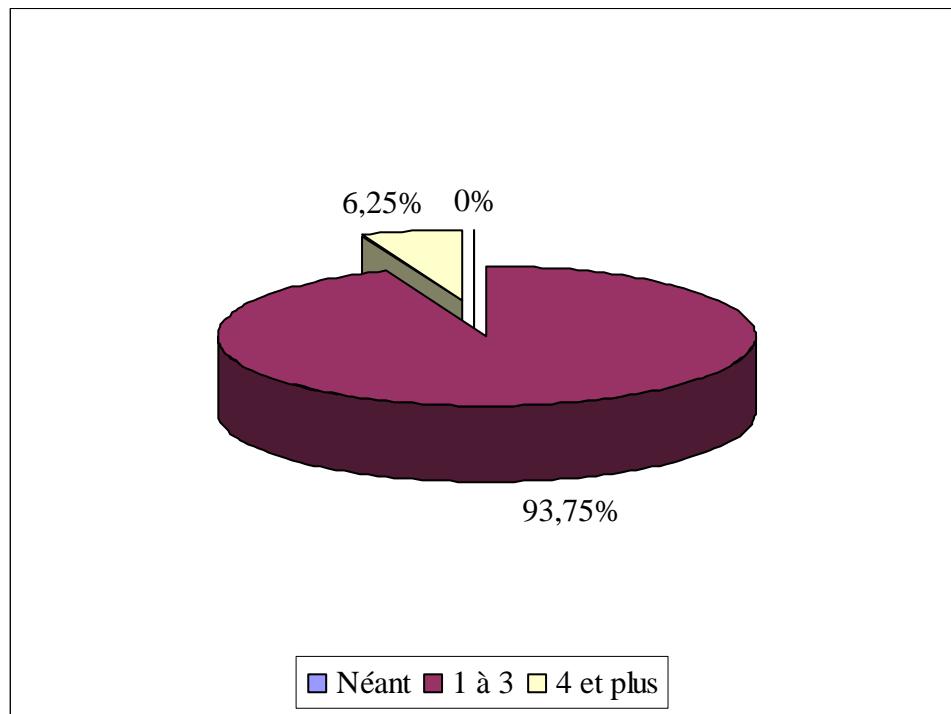


Figure n°8 : Nombre d'enfants vivants des utilisatrices

4.2.5. Profession

Tableau n°10 : Répartition des acceptantes selon la profession

Profession	Nombre	Pourcentages (%)
Cultivatrices	21	43,75
Ménagères	14	29,16
Ouvrières	7	14,58
Commerçantes	5	10,43
Institutrices	1	2,08
Total	48	100

Les cultivatrices et les ménagères forment la majorité des utilisatrices.

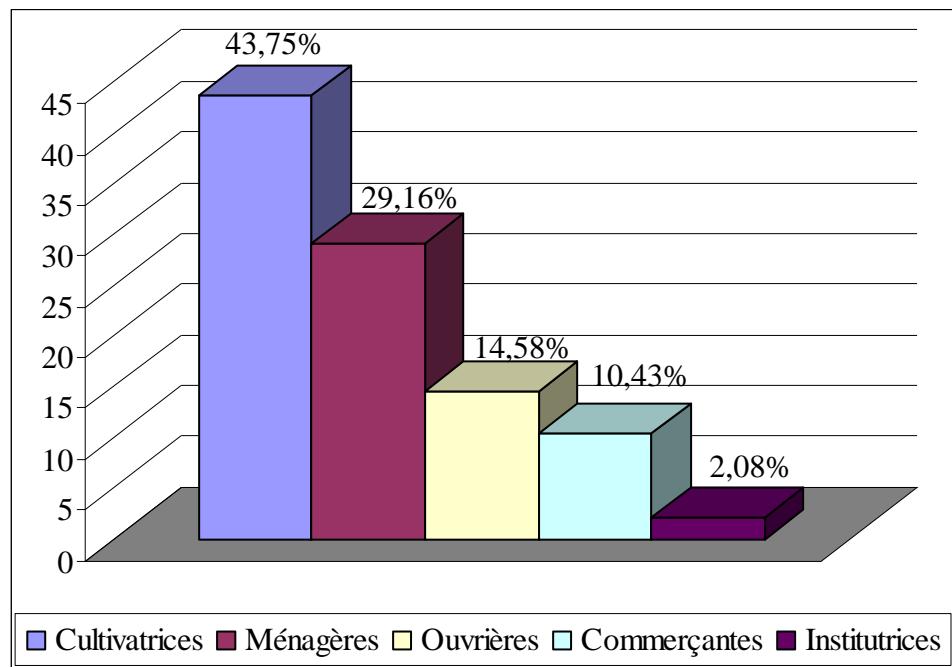


Figure n°9 : Profession des utilisatrices

4.2.6. Motifs d'adhésion

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

Motifs d'adhésion	Effectif	Pourcentages (%)
Limitation des naissances	40	83,34
Espacement des naissances	8	16,66
Total	48	100

Le principal motif d'adhésion des acceptantes est la limitation des naissances

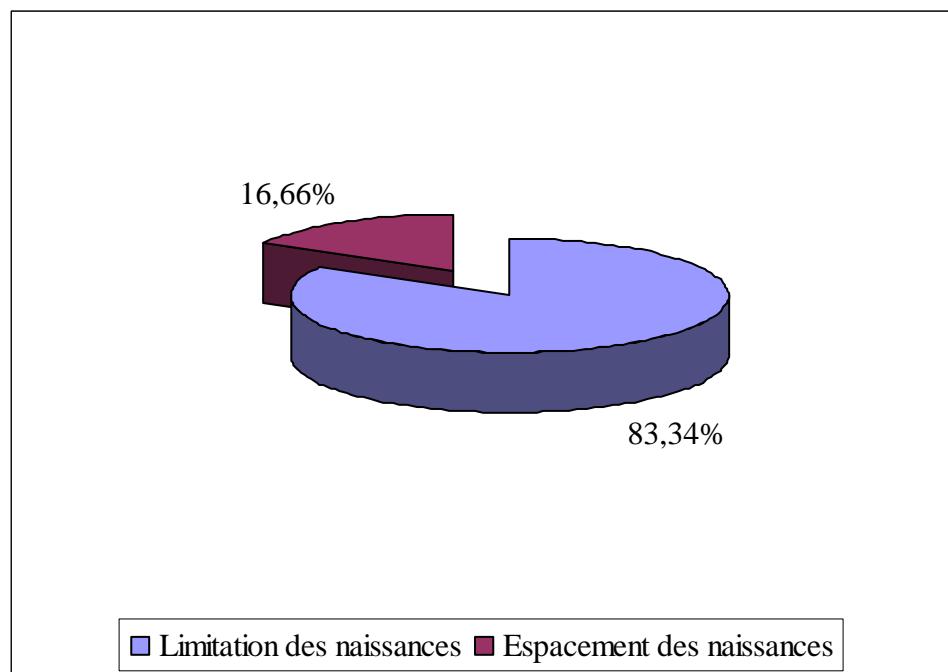


Figure n°10 : Motifs d'adhésion des acceptantes

4.2.7. Sources d'information

Tableau n°12 : Répartition des utilisatrices selon les sources d'information

Sources d'information	Nombre	Pourcentages (%)
Personnel de santé	24	50
Famille ou amis	19	39,58
Radio / TV / Journal	1	2,08
Brochures / Affiches	4	8,34
Total	48	100

Le personnel de santé est la principale source d'information des utilisatrices sur la pilule.

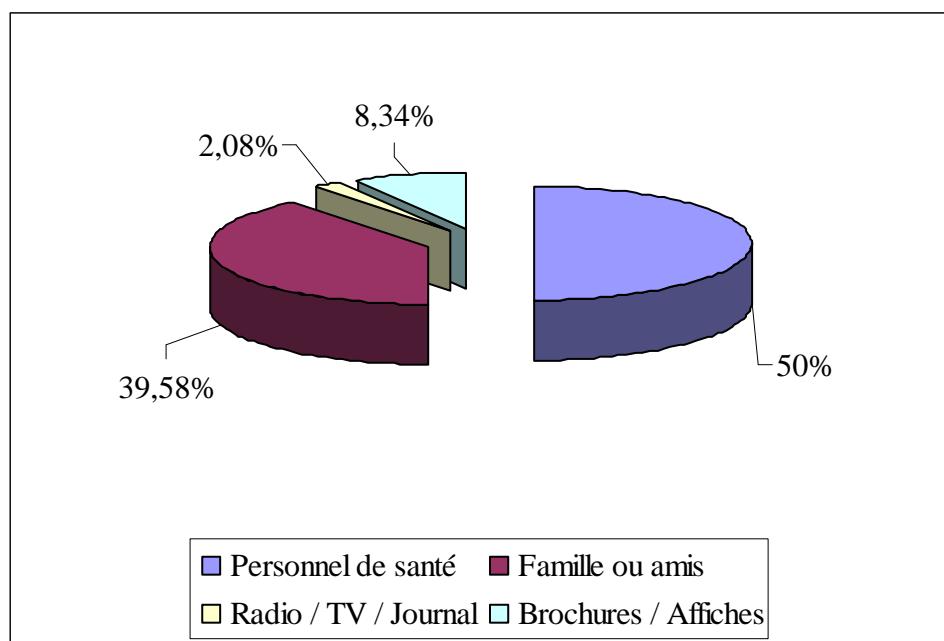


Figure n°11 : Sources d'information des acceptantes

4.2.8. Suivi et contrôle

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

Suivi et contrôle	Effectif des utilisatrices	Pourcentages (%)
Tolérance	31	64,58
Arrêt	5	10,43
Perdues de vue	5	10,43
Changement de méthode, échec	7	14,56
Total	48	100

Les perdues de vue représentent 10,43% des cas. Le taux d'échec à type de grossesse est nul.

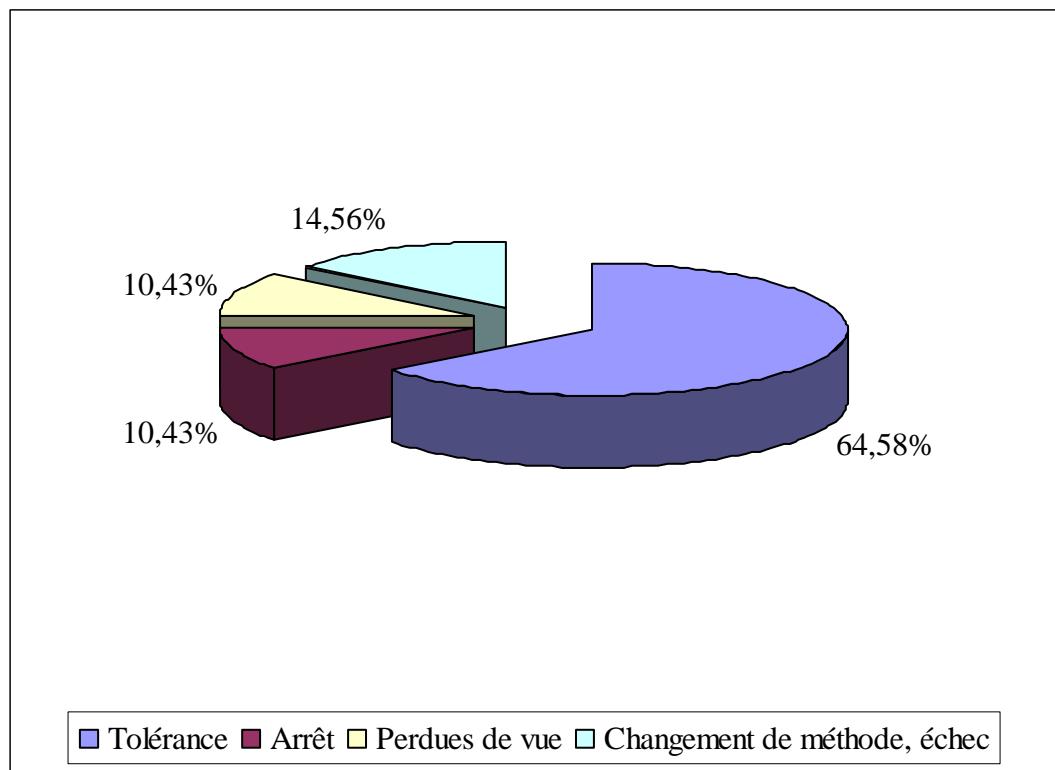


Figure n°12 : Suivi et contrôle des utilisatrices

4.2.9. Changement de méthodes

Tableau n°14 : Répartition des utilisatrices selon le changement de méthodes

Première méthode pratiquée	Effectif des acceptantes ayant changé de méthodes	Pourcentages (%)
CO	7	41,2
CI	10	58,8
BAR	0	0,0
DIU	0	0,0
Total	17	100

Les utilisatrices de pilules représentent 41,20% du total des acceptantes ayant changé de méthode au Centre. La céphalée est la cause la plus fréquente du changement de méthode.

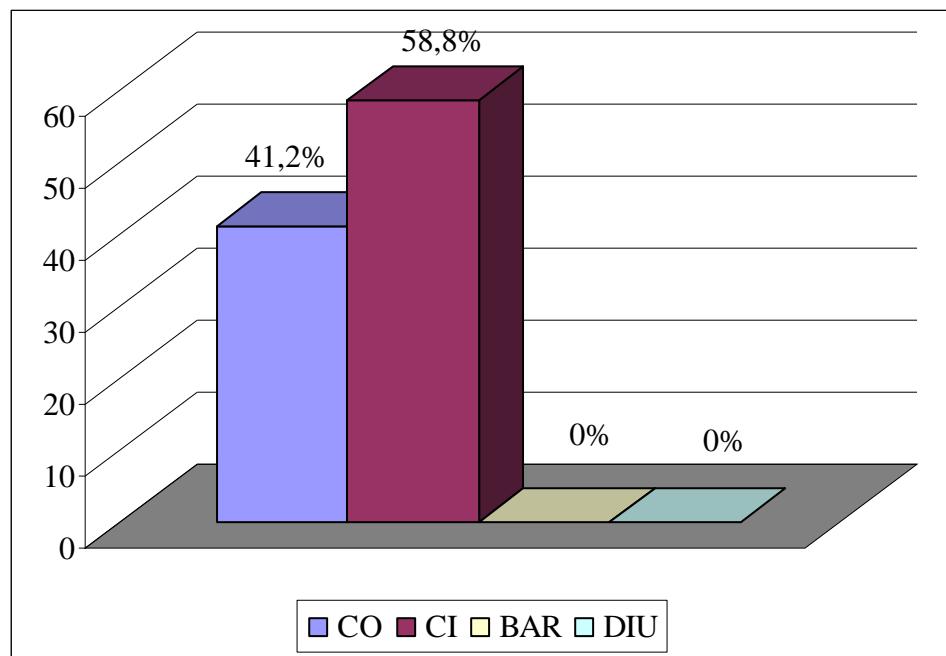


Figure n°13 : Changement de méthodes chez les utilisatrices

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES

1.1. Fréquence

Au CHUA d'Ambohimiandra, la pilule est le 2^{ème} moyen contraceptif le plus accepté et utilisé après l'injectable en matière de planification familiale parmi les méthodes de contraception préconisée en 2005.

C'est la méthode la plus populaire en contraception réversible, car elle est très efficace pour éviter les grossesses, s'emploie facilement et sans danger pour la plupart des femmes.

De façon générale la contraception hormonale a évolué rapidement et d'une manière impressionnante devenant le choix contraceptif le plus fréquent.

En dehors d'une efficacité proche de 100% les avantages de la méthode hormonale portent sur les grandes chances de guérison de certaines pathologies ou d'amélioration d'autres. Dans le monde, plus de 100 millions de femmes utilisent la pilule, la méthode contraceptive orale occupant le premier rang parmi les méthodes contraceptives. (33)

Notre taux de 21,3% avoisine celui trouvé dans le CSBII d'Ambalavato Antsirabe (21,50%) et est inférieur à celui de l'année précédente (22,8%).

A titre de comparaison voici les taux d'utilisation de la pilule dans différentes formations sanitaires. (34)

Tableau n°15 : Taux d'utilisation de la pilule dans différents centres de santé.

Centres de PF	Taux	Rang
CHUA Maternité de Befelatanana	34,7	2 ^{ème} rang après le CI
CSB II d'Isotry Annexe	67,53	1 ^{ère} rang devant le CI
CSB II d'Isotry Central	36,27	2 ^{ème} rang après le CI
CSBII Ambohipo	34,08	2 ^{ème} rang après le CI
CSB II Mahamasina	18,28	2 ^{ème} rang après le CI
CSMI Tsaralalàna	17,95	2 ^{ème} rang après le CI
CSB II Ambalavato	21,50	2 ^{ème} rang après le CI
Notre série CHUA Ambohimiandra	21,3	2 ^{ème} rang après le CI

La place de 2^{ème} rang est pareille dans tous les sites de PF de l'île sauf au CSB II d'Isotry Annexe.

Ce 2^{ème} rang pourrait s'expliquer par l'existence de plus de contrainte dans l'utilisation par rapport à la forme injectable qui est plus pratique.

1.2. Caractéristiques des utilisatrices

1.2.1. Age

Les femmes de 21 à 34 ans s'intéressent aux pilules car elles courent plus de risque de tomber enceintes du fait qu'elles sont plus actives en relations sexuelles.

Les moins de 20 ans représentent une proportion de 20,83%. Elles manquent souvent d'informations correctes et sont « indisciplinées » et « oublieuses ».

A partir de 35 ans et plus on enregistre moins de clientes. Celles-ci sont conscientes que le risque cardio-vasculaire est presque permanent à cet âge, veille de l'entrée en état de ménopause (36).

1.2.2. Situation matrimoniale

Les femmes vivant en couple sont les plus intéressées par la pilule, ce qui est tout à fait logique ; elles sont soucieuses de la santé et du bien-être de la famille. Elles courent plus de risques de tomber enceintes, surtout si leur mari est contre la pratique d'une méthode contraceptive.

1.2.3. Niveau d'instruction

L'étude du niveau d'instruction montre que :

- 6,25% des femmes sont illettrées,
- 4,16% des acceptantes sont de niveau primaire,
- 89,59% des utilisatrices sont du niveau secondaire.

Ces chiffres montrent que le rôle du niveau d'étude des femmes reste encore important dans le développement de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Les femmes ayant reçu un peu d'instruction sont beaucoup plus ouvertes aux informations sur les caractéristiques de la pilule.

1.2.4. Nombre d'enfants et motifs d'adhésion

Le tableau n°11 montre que les femmes ayant recours aux pilules ont :

- 1 à 3 enfants : 93,75% des cas,
- 4 enfants et plus : 6,25%.

Ces chiffres dénotent que les femmes ont pour objectif de limiter les naissances à 3 enfants par famille, vu la structure socio-économique actuelle très difficile.

1.2.5. Profession

Les femmes ménagères et cultivatrices représentent 72,91% des acceptantes, 21,09% travaillent dans la fonction publique ou dans des Zones Franches.

Leur salaire n'est pas à la hauteur de leur peine.

Heureusement les prestations de la Planification Familiale sont gratuites et les femmes peuvent se procurer facilement les moyens contraceptifs de leur choix.

1.2.6. Sources d'information

Les utilisatrices sont renseignées sur la pilule par :

- le personnel de Santé : 50% des cas,
- famille ou amis : 39,58%,
- radio / TV / journal : 2,08%,
- brochures /affiches : 8,34%.

L'agent de santé est le mieux placé pour renseigner les acceptantes car il a reçu des formations spéciales sur les méthodes contraceptives du planning familial.

Cependant les brochures et affiches sont des moyens efficaces pour transmettre un message aux femmes fréquentant le Centre.

1.2.7. Suivi et contrôle

- 64,58% des utilisatrices ont bien toléré la méthode,
- 10,43% sont perdues de vues.

Une perdue de vue est une utilisatrice qui ne vient pas aux consultations de PF 4 semaines après la date de rendez-vous fixé.

Ce taux important témoigne de l'insouciance de certaines femmes vis-à-vis de leur santé.

- Aucune grossesse n'a été recensée, prouvant que la pilule est très efficace.
- 14,56% des acceptantes ont changé de méthode pour les raisons suivantes :
 - présence d'effets secondaires possibles tels les nausées, les douleurs pelviennes, céphalées et leucorrhée,
 - les oubli fréquents.

Certes, l'oubli d'un seul comprimé n'est guère grave, celui de 2 comprimés consécutifs l'est nettement plus.

- manque d'assiduité.

Les pilules présentent des avantages, mais il existe aussi des inconvénients :



Les avantages (35)

- les pilules aident à empêcher :
 - les grossesses ectopiques,
 - le cancer de l'ovaire,
 - les kystes ovariens,
 - les salpingites,
 - les maladies bénignes des seins,
 - l'anémie ferriprive.
- les pilules peuvent servir de moyens contraceptifs d'urgence après des rapports sexuels non protégés ;
- la fécondité revient peu après l'arrêt du traitement ;
- l'utilisatrice peut cesser de prendre la pilule à n'importe quel moment ;
- les pilules peuvent être employées par les femmes qui ont des enfants et par les femmes qui n'en ont pas eu ;
- les règles sont régulières, le saignement menstruel moins abondant et de moindre durée, les crampes menstruelles plus légères et moins nombreuses ;
- les contraceptifs oraux sont très efficaces si employés correctement ;
- il existe un accroissement du plaisir sexuel pour cause d'absence de crainte de grossesse.



Les inconvénients (36)

- les pilules ne sont pas efficaces si on ne les prend pas chaque jour.

Certaines femmes éprouvent des difficultés à se rappeler la prise de pilule chaque jour.

- les pilules peuvent donner les effets secondaires suivants :

- troubles des menstruations : ménorragies, hypomenorrhée, aménorrhée,
- douleurs mammaires ou mastodynies,
- troubles digestifs : - nausée surtout dans les 3 premiers mois,
- ballonnement,
- hyperinsulinisme et prise de poids,
- troubles de la circulation veineuse : varices, varicosités,
- sécheresse vaginale,
- diminution de la libido,
- migraine,
- acné,
- les pilules ne protègent pas contre les IST, y compris le SIDA,
- chez certaines femmes les contraceptifs oraux peuvent causer des changements d'humeur y compris la dépression.

2. SUGGESTIONS

2.1. Les obstacles rencontrés

Tableau n°16 : Les problèmes rencontrés lors de l'utilisation de la pilule

Problèmes rencontrés	Causes probables
- Taux important de perdues de vue	<ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise information sur les effets secondaires • Absence de responsabilisation du mari • Imputation aux méthodes contraceptives des signes d'autres maladies non en relation avec la contraception orale
- Sensibilisation des utilisatrices insuffisante	<ul style="list-style-type: none"> • Temps court consacré aux clientes • Agent de santé ayant reçu des formations en PF mais ne suivant pas de recyclage périodique
- Rumeurs malveillantes sur la pilule	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de l'IEC • Installation de la routine chez les prestataires de PF

2.2. Propositions

Devant les problèmes rencontrés, les propositions avancées portent sur les volets suivants :

- renforcement du système Information Education Communication (IEC),
- formation et recyclage périodique du personnel de Santé,
- lutte contre les rumeurs sur la pilule,
- responsabilisation des hommes.

2.2.1. Renforcement du système IEC

L'accroissement possible de l'offre des contraceptifs oraux passe par la mise en place d'un dispositif puissant d'IEC, un élément de réussite de la planification familiale.

Plusieurs stratégies peuvent être adoptées :

- distribution de brochures sur les pilules aux clientes pour qu'elles puissent les emporter chez elles.

De cette manière quand les clientes regardent plus tard la brochure, elles se rappelleront le sens de chaque dessin. On les encourage à montrer ces brochures à des amies.

- accrochage de panneaux muraux dans la salle d'attente.

Ils montrent un choix de méthodes de planning familial.

Les clientes savent alors quelles méthodes sont disponibles.

Elles peuvent réfléchir aux questions qu'elles poseront aux prestataires au sujet de la pilule.

En outre un panneau mural peut aider l'agent de santé à se rappeler toutes les méthodes.

Les dessins peuvent l'aider à expliquer comment fonctionnent les méthodes contraceptives.

- encouragement de la pratique de la planification familiale lors des actes médicaux quotidiens : consultation médicale, visite pré-natale, vaccination,
- invitation des mass media à couvrir le planning familial.

La production d'émissions radiodiffusées et la projection de spots concernant la planification familiale jouent un rôle important dans la promotion de la pilule.

2.2.2. Formation et recyclage périodique du personnel de Santé

Les agents de Santé travaillant dans un service de planning familial doivent bénéficier des stages périodiques de recyclage après leur formation initiale.

Bien formés et recyclés ils sont capables de :

- souligner que la connaissance des effets secondaires aide en général les femmes à employer les pilules,
- organiser des jeux de rôles, dans lesquels des stagiaires improvisent une conversation entre une cliente et un prestataire,

- parler des préjugés contre les pilules,
- donner des informations exactes sur les contraceptifs oraux.

La planification familiale est conçue pour toutes les catégories sociales. Elle traite les personnes de la même façon.

Il existe encore des femmes qui ne croient pas aux progrès de la technologie de la science. Elles doivent être sensibilisées davantage.

2.2.3. Lutte contre les rumeurs sur la pilule

La rumeur est un bruit qui se répand d'une personne à une autre, sans qu'on sache d'où il provient.

Il s'agit souvent d'informations erronées ou approximatives.

Les rumeurs concernant la pilule sont fréquentes. Elles peuvent faire peur aux femmes et les empêcher de demander la méthode contraceptive orale. Elles peuvent faire peur à celles qui l'utilisent et les amener à interrompre la méthode.

C'est ainsi que les rumeurs sont à l'origine de grossesses non désirées.

Le meilleur moyen de mettre fin aux rumeurs c'est encore de donner de bonnes informations sur les méthodes contraceptives.

A défaut d'avoir tous les détails sur les pilules les gens se contentent souvent d'une explication toute simple qui ne suscitera pas d'autres questions. Le plus important c'est que cette explication soit vraie et crédible. Il ne sert à rien de leur intimer de faire attention et à ne pas croire aux bruits colportés ici et là quand ceux qu'ils pensent détenir la vérité, c'est-à-dire les agents de santé, sont avares d'informations complètes sur les contraceptifs oraux.

2.2.4. Responsabilisation des hommes

Il est essentiel de sensibiliser l'opinion publique sur l'importance du rôle des hommes comme partenaires et agents de changements, soutiens des droits humains et de la Maternité à moindre risque.

L'objectif est de développer l'idée que les hommes devraient être des partenaires à part entière dans leur participation à la Santé de Reproduction, au planning familial.

Les hommes jouent un rôle principal au niveau de la décision liée à la procréation.

La responsabilisation et la participation des hommes sont deux éléments de réussite de la planification familiale.

Un grand nombre de prestataires de soins de santé pensent que les hommes en tant qu'individus membres de la famille, dirigeants communautaires et décideurs permettent de promouvoir la pilule en renforçant l'assiduité des femmes.

On aidera davantage les femmes si les hommes participent pleinement aux étapes du mode d'emploi, du suivi et contrôle des contraceptifs oraux de leurs épouses.

A défaut d'opter pour la pilule à prendre par les femmes, les hommes doivent s'astreindre aux préservatifs, mais encore faut-il le consentement éclairé des partenaires ou épouses.

Compte tenu de ce que nous avons énoncé, que la méthode contraceptive utilisant la pilule aboutira à la réussite, et dans quelques années une évaluation serait nécessaire.

CONCLUSION

CONCLUSION

La régulation des naissances est un phénomène de notre société. Elle concerne beaucoup de gens et ne peut laisser personne indifférent. Depuis des décennies beaucoup de femmes utilisaient la contraception hormonale orale.

A elle seule la pilule symbolise tous les moyens contraceptifs à tel point que dans le langage courant contraception et pilule sont presque devenues synonymes.

Une étude rétrospective sur ce moyen contraceptif oral a permis de dégager les faits suivants :

- sur les 225 nouvelles utilisatrices de la contraception, 48 ont opté pour la pilule soit une proportion de 21,3%. Celle-ci occupe la deuxième place après la contraception injectable,
- la tranche d'âge de 21 à 34 ans prédomine avec un taux de 66,67%,
- 43,75% des femmes sont cultivatrices,
- les femmes ayant suivi des études secondaires sont majoritaires,
- la limitation des naissances constitue le principal motif d'adhésion,
- la principale source d'information est le personnel de Santé,
- 64,58% des femmes ont bien toléré la méthode.

Pour améliorer le bien-être de la famille et la qualité de prestation des services des suggestions ont été avancées. Elles portent sur :

- le renforcement du système Information, Education et Communication (IEC),
- la formation et recyclage périodique du personnel de Santé,
- la lutte contre les rumeurs sur la pilule,
- la responsabilisation des hommes.

Puisse ce travail apporter un petit plus dans la diminution de la mortalité materno-infantile.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Delvoye P. Action de PM I en matière naissances désirable. Un aspect de la lutte contre la malnutrition. Hôpital Cemuac. Région du KIVU. Congo Démocratique-Afrique Médicale 10^{ème} édition, 1995 : 75-78
2. Church C, Rinchart W. Des clientes et la Pilule. USA : BD, 1990 ; 8 : 1
3. Hatcher RA, Stewart GK, Stewart F, Guest. Contraceptive Technology. New York: Livingston Publishers, 1999 : 10
4. Girand JR, Brémond A, Rotten D. Le cycle menstruel. Gynécologie. Paris : Masson, 1997 : 4-5
5. Baudet JH, Segay B. Le cycle menstruel: description. Révision Accélérée en Gynécologie. Paris : Maloine Sa éditeur, 6^{ème} édition, 1997 : 16
6. Legrain G, Delvoye P, Ranjalahy RJ .La Planification Familiale. La Santé de la reproduction pratique et opérationnelle. Edition MYE, 2001 : 25-26
7. Ministère de l'Economie et du Plan. Les bienfaits au Planning Familial. Politique Nationale pour le Développement économique et Social. Mineco/Plan 2002 ; loi 90030 : 12
8. Population Services International (PSI). Les différentes méthodes contraceptives. Formation en Planification Familiale exécutée par l'Institut de Technologie de l'Education et du Management. Tananarive : PSI, 2005 : 20-25.
9. Courtieu C, Mones P. Contraception Méthodes-efficacité-choix, Contre-Indication – Surveillance Risque. La Revue du Praticien, 1998 ; XLII ; 17 : 2223-2234

10. Legrain G, Delvoye P. Les Contraceptifs oraux. La Planification familiale pratique et opérationnelle. Edition Hatier, 1994 : 49
11. Lansac J, Lecomte P. Histoire de la Pilule .Gynécologie pour le praticien. Paris : Masson, 1997 : 393-410
12. Baudet Seguy, Chavine H. La Pilule séquentielle Révision accélérée de gynécologie : Maloine Sa et éditeurs, 8^{ème} édition, 1998 : 188-193
13. Scherris JD and coll. Oral Contraceptive. Contraceptive Social Marketing. Lessons from experience.Baltimore: Population Reports, Johns Hopkins. School of Public Health. Population Information, Program, 1995 ; Serie J : 30-40
14. Hatcher RA, Blackburn R. Contraceptifs oraux progestatifs. Eléments de la technologie de la contraception Manuel à l'Intention au personnel clinique. Population Reports, 2000 : 6-1
15. Andebert A, Bouchard P. Contraception post-coïtale hormonale. Références en Gynécol Obstet, 1993 ; 1 : 77-78
16. Kleerekoper M. Oral contraceptive use may protect against low bonermass. Arch Intern Med 1997 ; 151 : 1971-1976
17. Serfaty D. La contraception orale. La contraception. Paris : Doin, 2^{ème} édition, 1992
18. Grimes D, Mishell DR, Speroff L. Contraceptive Choices for women with medical problems. AM J Obstet Gynecol, 2003 ; 168 : 1980-2048
19. Ministère de la santé. La contraception orale. Curriculum d'Auto-apprentissage assisté DRAFT. Min San, 2001
20. David E. La pilule. La contraception en Iolecas. Suisse : Minerva, 1997 : 25-39

21. OMS. Critères de recevabilité pour l'usage des contraceptifs. Genève : OMS, 2^{ème} édition, 2000
22. Zlidar VM, Gunkelman. Les contraceptifs oraux : Situation actuelle. Population. Reports série A. 09. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1990 : 75-78
23. Mac Cann, MF et Porter LS. Progestin-Only oral contraception. a comprehensive review. Contraception, 1994 ; 50 ; 6 : S9.S195
24. Patricia L, Antoine M. Les indications des pilules progestatives et séquentielles. Ed Baillière. RDP, 2000 ; SO : 451
25. Rafaralahisalama BS. Les motifs de refus sur l'utilisation des contraceptifs hormonaux rencontrés dans la région d'Antsirabe. Antananarivo : Thèse Médecine, 1990 ; n°2199 : 23-24
26. FISA. Les méthodes contraceptives au FISA et les directions à prendre. FISA, 1998 : 1-7
27. Ministère de la Santé. Les inconvénients des contraceptifs oraux. Manuel de Référence des prestataires de Service en Planification familiale « quatre méthodes ». Min San, 2005
28. Population Reports. Consultation, les clientes et les pilules contraceptives orales. Family Health International, 1990 ; Série A : 2
29. Population Reports. Les contraceptifs oraux : Bilan médical. Population Reports, 1998 ; séries A : 6
30. Dorosz P. Contraception orale et interactions médicamenteuses. Revue du praticien, 2001 ; 128 : 467-473

31. Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection sociale. Conduite à tenir devant les situations suivantes. Guide Pratique en Planification Familiale Intégrée à l'Intention des Agents de Santé, Min San, 2007 : 49-53
32. Rajaobelina LK. La Planification Familiale au CHU d'Ambohimiandra en 2005. Antananarivo : Thèse Médecine, 2008.
33. Tica V. La pilule et les méthodes de contraception. Gynécologie. Paris : Marketing/Ellipses, 1998 : 471-478.
34. Hanioly NMO. La méthode anticonceptionnelle orale au CSBII d'Ambalavato Antsirabe en 2004. Antananarivo : Thèse Médecine, 2005 ; n°9897 : 59
35. Ratianavololona H. Evaluation des différentes méthodes contraceptives utilisées dans le secteur Médical dispensaire urbain d'Anosipatrana du mois d'Octobre 1992 au mois de Décembre 1994. Antananarivo : Thèse Médecine, 1996 ; n°4090 : 11,21
36. OMS. Contraceptifs oraux : aspects techniques et considération de sécurité. Genève : OMS, 1992. Publication offset : 65.

VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy sy ireo mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity, ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE,

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

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

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

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

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

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

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

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

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur **RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA Nantenaina Soa**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur **RAJAONARIVELO Paul**