

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : CONSIDERATIONS GENERALES	
I. Rappels anatomophysiologiques	2
1.1. Organes génitaux masculins	2
1.2. Organes génitaux féminins	4
II. Généralités sur la planification familiale	8
2.1. Quelques définitions	8
2.2. Politique nationale sur la fécondité et la PF	8
2.3. Les différentes méthodes contraceptives	9
DEUXIEME PARTIE : ETUDE PROPREMENT DITE	
I. Objectif de l'étude	19
II. Cadre de l'étude	19
2.1. Historique	19
2.2. Situation géographique	20
2.3. Situation démographique	21
2.4. Ressources	22
III. Méthodologie	25
3.1. Méthode d'étude	25
3.2. Analyse d'étude	25
3.3. Matériels d'étude	25
IV. Résultats	26
TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES– DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS	
I. Commentaires et discussions	46
II. Suggestions	51
2.1. Au niveau du service de PF au CSB II de Beloha	51
2.2. Au niveau national	52
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXE	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
<u>Tableau n°1</u> : Populations dépendantes du CSB II Beloha	21
<u>Tableau n°2</u> : Répartition des acceptantes selon la date de début de la contraceptions pendant les années 2001 et 2002	26
<u>Tableau n°3</u> : Répartition des acceptantes selon l'âge	27
<u>Tableau n°4</u> : Répartition des acceptantes selon la méthode utilisée	28
<u>Tableau n°5</u> : Répartition des méthodes selon l'âge	29
<u>Tableau n°6</u> : Répartition des acceptantes selon le nombre d'enfants vivants	30
<u>Tableau n°7</u> : Répartition des méthodes selon le nombre d'enfants vivants	31
<u>Tableau n°8</u> : Répartition des acceptantes selon l'âge du dernier – né	32
<u>Tableau n°9</u> : Répartition des méthodes selon l'âge du dernier – né	33
<u>Tableau n°10</u> : Répartition des acceptantes selon le niveau d'instruction	34
<u>Tableau n°11</u> : Répartition des méthodes selon le niveau d'instruction	35
<u>Tableau n°12</u> : Répartition des acceptantes selon le motif d'adhésion à la planification familiale	36
<u>Tableau n°13</u> : Répartition des méthodes selon le motif d'adhésion	37
<u>Tableau n°14</u> : Répartition des acceptantes selon les sources d'information	38
<u>Tableau n°15</u> : Répartition des méthodes selon les sources d'information	39
<u>Tableau n°16</u> : Répartition des acceptantes selon la résidence et le temps mis pour venir au centre	40
<u>Tableau n°17</u> : Répartition des acceptantes selon la résidence	41
<u>Tableau n°18</u> : Répartition des acceptantes selon le temps mis pour venir au centre	41
<u>Tableau n°19</u> : Répartition des acceptantes selon le suivi et contrôle	42
<u>Tableau n°20</u> : Répartition des méthodes selon le suivi et contrôle	43
<u>Tableau n°21</u> : Répartition des acceptantes selon le motif de changement	44
<u>Tableau n°22</u> : Répartition des acceptantes selon la régularité du rendez-vous	44
<u>Tableau n°23</u> : Répartition des méthodes selon la régularité du rendez-vous	45

LISTE DES FIGURES

	Pages	
<u>Figure 01</u>	: Schéma des organes génitaux masculins	3
<u>Figure 02</u>	: Schéma de l' organe génital féminin	5
<u>Figure 03</u>	: Cycle de l'utérus	7
<u>Figure 04</u>	: Histogramme des acceptantes selon la date de début de la contraception	26
<u>Figure 05</u>	: Histogramme des acceptantes selon l'âge	27
<u>Figure 06</u>	: Diagramme des acceptantes selon la méthode choisie	28
<u>Figure 07</u>	: Histogramme des méthodes selon l'âge	29
<u>Figure 08</u>	: Histogramme des acceptantes selon le nombre d'enfants vivants	30
<u>Figure 09</u>	: Histogramme des méthodes selon le nombre d'enfants	31
<u>Figure 10</u>	: Histogramme des acceptantes selon l'âge du dernier-né	32
<u>Figure 11</u>	: Histogramme des méthodes selon l'âge du dernier-né	33
<u>Figure 12</u>	: Diagramme des acceptantes selon le niveau d'instruction	34
<u>Figure 13</u>	: Histogramme des méthodes selon le niveau d'instruction	35
<u>Figure 14</u>	: Diagramme des acceptantes selon le motif d'adhésion à la planification familiale	36
<u>Figure 15</u>	: Histogramme des méthodes selon le motif d'adhésion	37
<u>Figure 16</u>	: Diagramme des acceptantes selon les sources d'information	38
<u>Figure 17</u>	: Histogramme des méthodes selon les sources d'information	39
<u>Figure 18</u>	: Diagramme des acceptantes selon la résidence	41
<u>Figure 19</u>	: Diagramme des acceptantes selon le suivi et contrôle	42
<u>Figure 20</u>	: Histogramme des méthodes selon le suivi et contrôle	43
<u>Figure 21</u>	: Diagramme des acceptantes selon la régularité du rendez-vous	44
<u>Figure 22</u>	: Histogramme des méthodes selon la régularité du rendez-vous	45

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CCC	:	Communication pour le Changement de Comportement
CCV	:	Contraception Chirurgicale Volontaire
CI	:	Contraceptif Injectables
CO	:	Contraceptif Oral
CPN	:	Consultation Pré-Natale
CSB II	:	Centre de Santé de Base Niveau II
DDL	:	Degré De Liberté
DIU	:	Dispositif Intra-Utérin
EV	:	Enfants Vivants
FSH	:	Hormone de Stimulation Folliculaire
IEC	:	Information – Education – Communication
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
JIRAMA	:	Jiro sy Rano Malagasy
LH	:	Hormone de Lutéinisation
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisations Non Gouvernementales
PF	:	Planification Familiale
PHAGECOM	:	PHarmacie à GEstion COMmunautaire
RC	:	Rapport des Côtes

INTRODUCTION

Un accroissement trop rapide de la population impose une lourde charge à l'économie d'un pays. Cet accroissement démographique peut constituer un frein pour le développement social et économique (1).

Ce problème s'observe surtout dans des zones rurales car leur population est majoritaire par rapport aux zones urbaines (2). Une solution à ce problème est la pratique de la planification familiale. Toutefois dans les zones rurales, la participation est encore faible.

A Madagascar, 80% de la population malgache vivent dans des zones rurales avec un niveau socio-économique très bas.

Selon l'OMS, la planification familiale est une manière de penser et de vivre que les individus et les couples adoptent volontairement en toute connaissance de cause, 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 (3).

La planification familiale est un des moyens pour réduire le taux de mortalité et de morbidité marterno-infantile.

En somme, la planification familiale est le meilleur moyen utilisé dans tous les pays en développement comme Madagascar pour lutter contre l'explosion démographique et réduire la pauvreté.

Notre étude a pour but d'évaluer les activités de la planification familiale en zone rurale à partir des données dans un CSB II.

Elle est composée de trois parties :

- la première partie est réservée à des considérations générales,
- la deuxième partie concerne l'étude proprement dite,
- la troisième partie est consacrée aux commentaires, discussions et aux suggestions.

Une conclusion terminera notre étude.

I. RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

1.1 – Organes génitaux masculins

1.1.1 - Anatomie (4) (5) (6)

L'appareil génital masculin sert à la fois à la reproduction de l'espèce et à la miction.

Le circuit des spermatozoïdes comprend les étapes successives suivantes.

- Les testicules

Ce sont des glandes qui秘rètent les spermatozoïdes (cellules sexuelles) et la testostérone (hormone sexuelle). Ils sont situés à l'intérieur de la bourse scrotale.

- Les épididymes

Ce sont des tubes très fins placés sur le bord postéro supérieur de chaque testicule. Les spermatozoïdes mûrissent dans les épididymes.

- Les canaux déférents

Ce sont des canaux qui mesurent environ 45cm de longueur. Ils font suite aux épididymes et à la prostate. Avant de rejoindre la prostate, ils s'élargissent en ampoule déférentielle. Ils conduisent les spermatozoïdes aux vésicules séminales.

- Les vésicules séminales

Elles font suite aux ampoules déférentielles. Elles stockent les spermatozoïdes et produisent un liquide épais pour protéger et nourrir ces spermatozoïdes. Ces vésicules séminales se voient dans l'urètre par les canaux éjaculateurs contenus dans la prostate et s'ouvrent sur la paroi de l'urètre.

- L'urètre

C'est un conduit unique et médian par lequel sont évacués les urines de la vessie lors de la miction et le liquide séminal lors de l'éjaculation.

- La prostate

C'est une glande annexe de l'appareil génital. Elle a la forme d'une châtaigne et se situe sous la vessie, derrière le pubis et devant le rectum. Elle mesure 2,5cm de longueur, 3cm de hauteur et 4cm de largeur. Elle est traversée par l'urètre et les deux canaux éjaculateurs.

Elle secrète le liquide prostatique qui fournit aux spermatozoïdes un environnement favorable à leur conservation dans les voies génitales féminines.

- Le pénis ou verge

C'est l'organe de coït et de la miction. Il est de longueur et de grosseur variables selon l'individu. Placé à la partie inférieure de l'abdomen, sous le pubis et au dessus du scrotum, il est parcouru par l'urètre, qui s'ouvre à l'extérieur par le méat urinaire au niveau de la partie terminale du pénis.

A l'intérieur du pénis se trouvent les corps caverneux et spongieux qui, en se remplissant du sang à la suite de la contraction des muscles bulbo caverneux et ischio-caverneux provoquent l'érection de l'organe.

1.1.2 – Physiologie (3) (7)

C'est au cours de l'adolescence que les fonctions sexuelles et reproductrices se développent et parviennent à la maturité. A la puberté, les testicules commencent à fabriquer les spermatozoïdes, et ensuite tout au long de sa vie.

Au cours des rapports sexuels, les spermatozoïdes contenus dans les vésicules séminales sont éjaculés par le pénis vers les voies génitales féminines.

Chaque éjaculation normale contient 40 à 100 millions de spermatozoïdes mais un seul peut atteindre et féconder une ovule.

Un spermatozoïde peut avoir une durée de vie de 24 heures à 120 heures dans les voies génitales féminines.

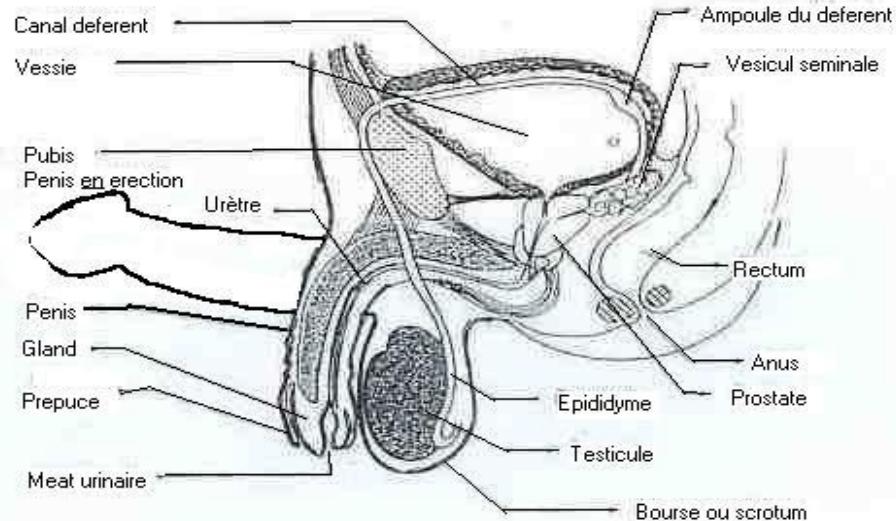


Figure 01 : Schéma des organes génitaux masculins (8)

1.2 – Organes génitaux féminins

1.2.1 - Anatomie (1) (4) (8) (9)

a. - Les organes génitaux internes.

- Le Vagin

C'est l'organe de copulation. C'est un conduit de 7 à 12 cm de long et de 2 à 4 cm de large menant à l'utérus. Il est composé de trois parties : la première qui débouche sur la vulve et qui, chez la vierge, est fermée par une membrane appelée hymen ; la seconde au niveau de

laquelle les parois se touchent ; la troisième qui est reliée au col de l'utérus et constitue, dans sa partie la plus interne, les culs-de-sacs vaginaux.

Les parois du vagin sont plissées, ce qui lui permet de se dilater énormément pour livrer passage au fœtus au moment de l'accouchement.

- **L'utérus ou la matrice**

C'est l'organe de la nidation. C'est un muscle creux dont la cavité est reliée en haut avec les trompes et en bas avec le vagin. Sa forme est celle d'une poire renversée mesurant 6,5 cm de longueur, 4 cm de largeur et 2 à 3 cm d'épaisseur. Il est formé d'un col, d'un corps et d'un fond.

- **Les trompes de Fallope**

Ce sont deux organes allongés de 10 à 12 cm de longueur et 4 à 10 mm d'épaisseur. Elles sont placées de part et d'autre de l'utérus dans lequel elles débouchent. Elles communiquent avec leur extrémité distale. Cette extrémité renflée constitue les pavillons destinés à recueillir les ovules produits par les ovaires.

- **Les ovaires**

Ce sont des glandes sexuelles de la femme. Ils se trouvent en pleine cavité pelvienne, dans le petit bassin, de chaque côté de l'utérus, un peu en dehors et en arrière. Ils sont aussi en étroite relation avec la face interne de la trompe de Fallope. Ils ont la forme d'une amande de 2 à 4,5 cm de long, 1,5 à 3 cm de large et 1 à 1,5 cm d'épaisseur.

b. Les organes génitaux externes

- **La vulve**

Les grandes lèvres qui sont deux replis cutanés orientés d'avant en arrière et de haut en bas. Elles mesurent 6 à 8 cm de long sur 1 à 3 cm de large.

Les petites lèvres situées à l'intérieur des grandes lèvres mesurant 3,5 cm de longueur et 1,5 cm de largeur. Elles contiennent les glandes de Bartholin.

Le clitoris qui est un organe faiblement érectile se trouve au confluent antérieur des petites lèvres.

- **Le vestibule** est une dépression entre les petites lèvres.

- **Le méat urinaire**, orifice de l'urètre, situé entre le clitoris en haut et l'orifice en bas qui s'ouvre dans le vestibule.

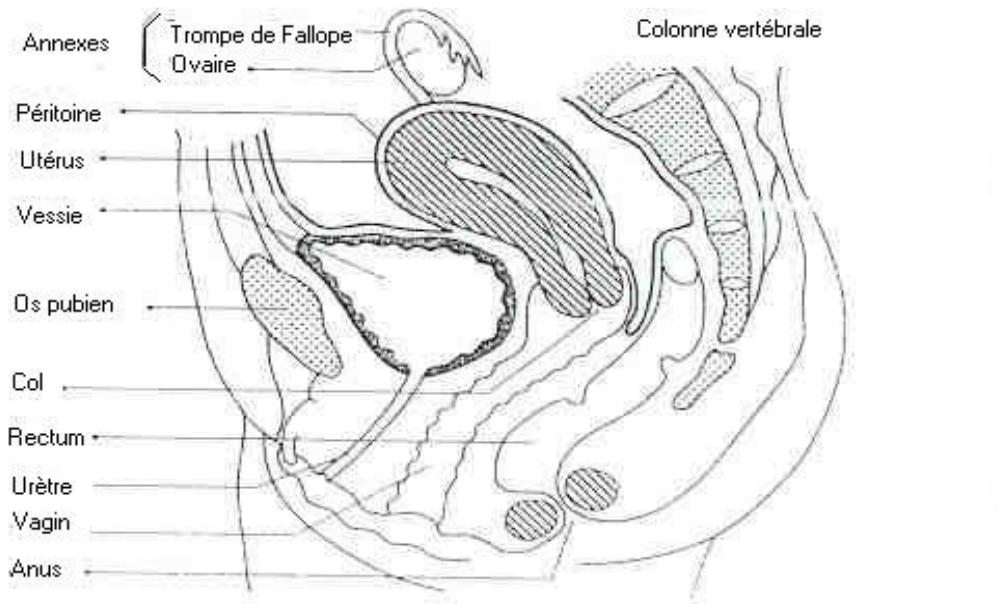


Figure 02 : Schéma de l'organe génital féminin (8)

1.2.2 - Physiologie du cycle menstruel (10) (11) (12) (13)

De la puberté à la ménopause, il se produit à intervalles réguliers des modifications biologiques importantes appelées cycle menstruel dont la durée normale est de 28 jours.

L'utérus, l'ovaire, l'hypophyse ont une activité cyclique qui se déroule de façon synchrone.

a. Cycle de l'utérus

Il comprend :

- L'écoulement sanguin provenant de la desquamation de la muqueuse qui tapisse à l'intérieur de la cavité utérine.
- La régénération est l'épaississement progressif de la muqueuse utérine dans laquelle les vaisseaux sanguins et les glandes se développent : c'est la préparation de l'utérus à la nidation mais s'il n'y a pas fécondation, cette préparation est détruite par l'hémorragie menstruelle, et le cycle recommence.

b. Le cycle de l'ovaire

Il est marqué par la ponte d'un ovule au 14^{ème} jour d'un cycle de 28 jours.

Il comprend trois périodes successives :

- La période de maturation d'un follicule dans l'un des deux ovaires, avec sécrétions croissantes par celui-ci d'hormones œstrogènes.
- La rupture du follicule avec libération de l'ovule qui est recueilli par la trompe.
- La transformation du follicule éclaté en corps jaune qui secrète de la progestérone et en même temps un peu d'œstrogène ; s'il n'y a pas fécondation, le corps jaune dégénérera en fin de cycle. Cette troisième période est de durée fixe de 14 jours alors que la première a une durée très variable.

Les ovaires ont une double fonction : ils fabriquent les ovules et secrètent les hormones sexuelles féminines (les œstrogènes et les progestérone).

c. Le cycle de l'hypophyse

Le cycle menstruel est sous la dépendance des hormones antéhypophysaires. Cette antéhypophyse est une glande à fonction endocrine se trouvant avec la post-hypophyse dans la selle turcique à la base du cerveau. Elle secrète deux hormones : l'hormone folliculostimuline (FSH) et la lutéostimuline (LH).

- L'action FSH stimule chez la femme le développement du follicule.
- L'action LH préparée par l'action FSH continue de provoquer la formation d'œstrogène à petite dose.

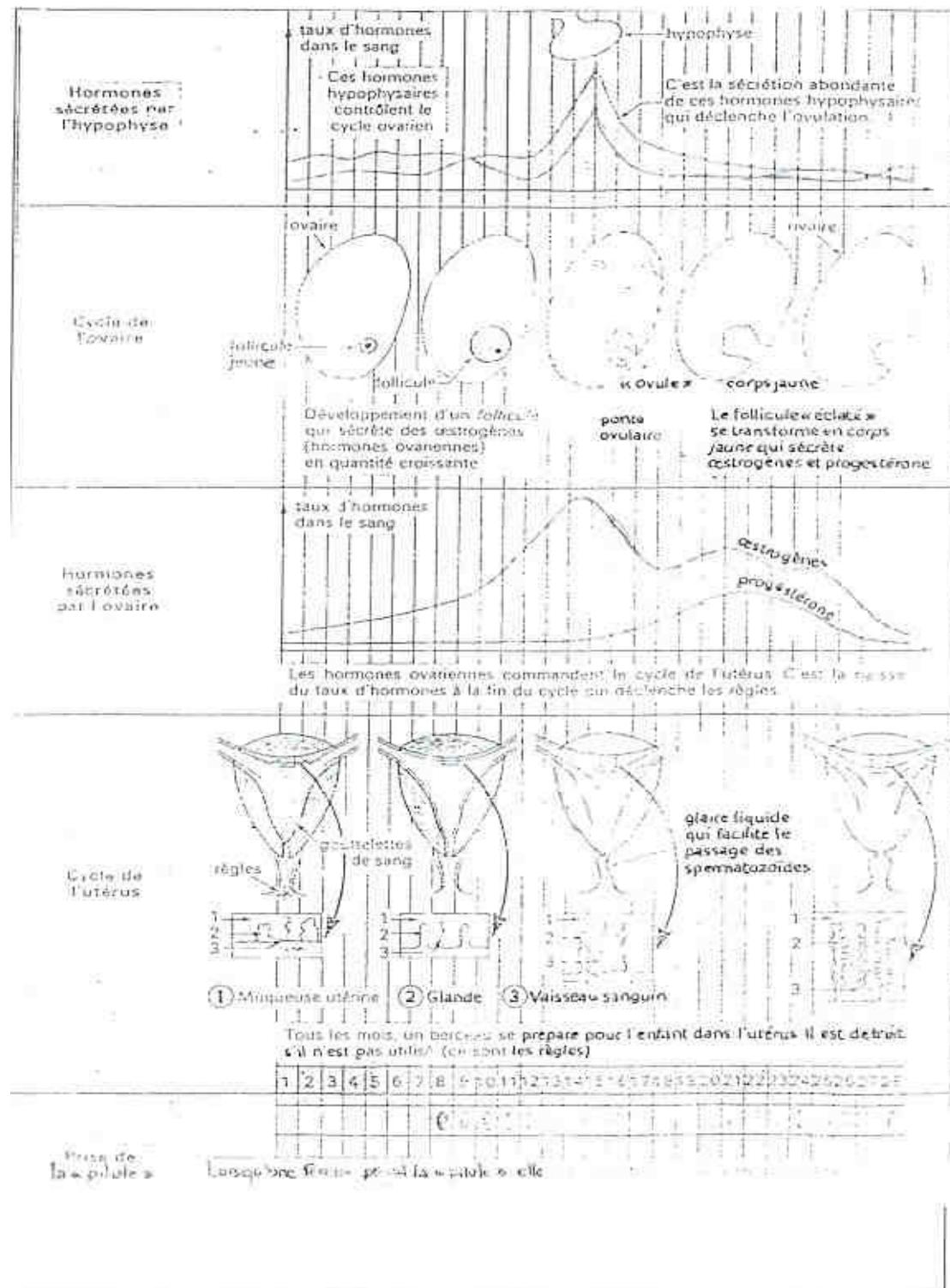


Figure 03 : Cycle de l'utérus (10)

II. GENERALITES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

2.1 – Quelques définitions (1) (8) (14)

2.1.1 – Planification familiale

C'est l'ensemble des moyens et des techniques permettant de :

- éviter des grossesses non désirées,
- avoir des enfants désirés,
- régler l'intervalle entre les naissances pour assurer un bon espacement de la naissance,
- éviter les grossesses avant l'âge de 20 ans et après l'âge de 35 ans,
- décider du nombre d'enfants dans une famille.

2.1.2 – Contraception

C'est l'utilisation des procédés destinés à empêcher l'installation d'une grossesse.

2.1.3 – Espacement de naissance

C'est l'échelonnement de la grossesse en utilisant une méthode contraceptive quelconque, pour la promotion de la santé materno-infantile.

2.1.4 – Limitation de naissance

C'est l'utilisation des moyens contraceptifs sur une grande échelle incluant l'avortement et la législation en vue de limiter le taux de croissance de la population.

2.2 – Politique nationale sur la fécondité et la PF (15) (16)

2.2.1 – Objectifs

- Parvenir à un taux de croissance démographique compatible avec le développement économique et améliorer le bien –être de la famille.
- Renforcer les activités de la PF et faire en sorte que les services soient accessibles à l'ensemble de la population notamment les couches les plus déshéritées des villes et les ruraux.

2.2.2 – Stratégies d'action

Mettre en place un programme national coordonné de la PF, visant à chercher une adéquation progressive entre la croissance démographique et la croissance économique. La PF est définie comme étant l'accès à la maîtrise de la fonction de reproduction et le droit de tout individu d'avoir le nombre d'enfants qu'il juge idéal

- En raison de l'étroite corrélation existant entre le niveau de mortalité infanto-juvénile et celui de la fécondité, il est nécessaire que le programme de PF soit axé sur la protection de la santé materno-infantile.

- Donner aux programmes de PF un caractère éducatif, persuasif et non contraignant de manière à ce que la participation de la population soit intégralement assurée et sensibiliser la population à tous les niveaux sur les avantages socio-économique de la PF.
- Lancer une grande campagne d'information afin de sensibiliser la population sur les effets néfastes de la précocité ou de retardement de l'âge de la grossesse, de l'intervalle trop court entre les naissances, de la répétition excessive de grossesse et des problèmes de grossesses non désirées sur la santé de la mère et de l'enfant.
- Incorporer l'éducation en matière de PF dans les programmes de formation destinés aux adultes et aux adolescents des deux sexes.
- Former les agents diffuseurs et utiliser les médias populaires traditionnels afin de susciter une prise de conscience de la PF parmi le grand public.
- Introduire la PF dans tous les services de santé materno-infantile des secteurs publics, parapublics et privés.
- Inciter les ONG concernées à initier et à mettre en œuvre des programmes de PF.
- Elargir la portée des services de PF en prenant appui sur d'autres activités de développement telles que l'éducation, la vulgarisation agricole, les coopératives, les organisations féminines, les projets nutritionnels, ainsi que d'autres programmes économiques, sociaux et communautaires.
- Revoir les lois et dispositions relatives à la vente, à la publicité et à l'utilisation des méthodes contraceptives en particulier, et à la régulation des naissances en général.

2.3 – Les différentes méthodes contraceptives

C'est l'ensemble des méthodes destinées à empêcher la grossesse chez la femme en âge de procréer, par des moyens qui interviennent sur la fonction ovulaire, sur la fécondité ou sur la nidation.

2.3.1 – Méthodes hormonales

a. – Les contraceptifs oraux (17) (18) (19) (20)

♦ *Les contraceptifs oraux combiné (COC) ou œstro-progestatifs*

Ce sont des préparations orales contenant d'œstrogènes et de progestérone synthétique. Les COC sont disponibles en plaquettes de 21 ou 28 pilules et connus sous le nom de LO-FEMENAL®, MICROGYNON®, PILPLAN®.

Avantages

- méthode très efficace et très réversible
- rôle protecteur contre les grossesses extra-utérines, les kystes fonctionnels ovariens, les salpingites.
- n'interfère pas les relations sexuelles.

Inconvénients

- prise régulière tous les jours,
- il y a risque d'oubli,
- ne protège pas contre les IST et le SIDA ,
- peut réduire le volume du lait (6 semaines qui suivent l'accouchement).
- effets secondaires mineurs : des nausées , un gain de poids, une baisse de la libido, spotting épigastralgie,
- effets secondaires majeurs : hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde.

♦ *Les contraceptifs oraux progestatifs ou mini-pilules.*

Il s'agit de micropilules qui ne contiennent qu'une seule hormone : le progestérone de synthèse, à dose faible. Ils sont connus sous le nom de MICROLUT®, OVRETTE®.

Avantages

- très efficace
- retour rapide à la fécondité,
- n'influe ni sur la qualité ni sur la quantité du lait maternel,
- ne favorise pas la formation de thrombose,
- diminue l'abondance des règles et la gravité de l'anémie.

Inconvénients

- risque d'oubli,
- irrégularité des cycles ou aménorrhée,
- ne protège pas contre les IST et le SIDA,
- effets secondaires mineurs: maux de tête, nervosité, vertige, risque de kyste de l'ovaire plus élevé.

b. Les contraceptifs injectables (21) (22) (23)

Ce sont des produits qui ne contiennent que des progestatifs, injectés par voie intramusculaire toutes les 12 semaines afin d'assurer une contraception de long durée : acétate de médroxy-progesterone : DEPO-PROVERA

Avantages

- méthode très efficace, de longue durée,
- n'altère pas le lait maternel,
- ne demande aucun effort de mémoire,
- méthode confidentielle; personne ne peut dire qu'une femme s'en sert,
- fait atténuer les anémies,
- ne gène pas les rapports sexuels,

Inconvénients

- retard du retour à la fécondité,
- prise de poids,
- changement des saignements menstruels (spotting, aménorrhée, métrorragie)
- ne protège pas contre les IST et le SIDA,
- autres effets secondaires possibles : céphalée, chute des cheveux, diminution de la libido, acné.

c. Les implants : NORPLANT® (24) (25) (26) (27)

C'est une méthode de longue durée (jusqu'à 5 ans), contenant un progestatif appelé le Lévonorgestrel. Il est implanté sur la face interne du bras gauche de la femme en sous-cutané sous anesthésie locale.

Avantages

- Méthode réversible,
- Retour rapide à la fécondité
- N'interfère pas les rapports sexuels,
- N'altère pas le lait maternel,

Inconvénients :

- peut causer des troubles des règles,
- ne protège pas contre les IST et le SIDA
- la pose et le retrait nécessite un personnel formé.

2-3-2- Méthode mécanique:Dispositif intra-utérin (DIU) (28) (29) (30) (31)

Le stérilet est un petit objet en matière plastique ou en cuivre de 3 à 5cm de longueur.

Il en existe 3 types :

- les DIU inertes : boucle de Lippes, boucle chinoise,
- Les DIU au cuivre :
 - T Cu 380A 200 les plus disponibles à Madagascar
 - le Multiload et le Nova T
- Les DIU médicamenteux :
 - Aux hormones stéroïdes : PROGESTASERT®.
 - Aux hormones lévonorgestrel : LEVONOVA®

Les relations sexuelles ne sont permises que 7 jours après l'intervention.

Avantages

- méthode très efficace, ayant une durée d'action très longue (au moins 4 ans et peut aller jusqu'à 10 ans).
- ne demande pas un effort de mémoire
- le retour à la fécondité est rapide,
- pas d'effets médicamenteux ni hormonaux,
- le partenaire ne ressent aucune gène pendant les rapports sexuels,

Inconvénients

- ne protège pas contre les IST et le SIDA,
- la pose d'un DIU est parfois douloureuse,
- la pose et le retrait nécessitent un personnel formé,
- des effets secondaires et des complications peuvent survenir : hémorragie et douleur, perforation utérine, grossesse sur DIU, expulsion du DIU.
- La prise de certains médicaments peut diminuer l'efficacité des DIU, par conséquent une grossesse normale non désirée peut survenir (les corticoïdes, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, certains antibiotiques en particulier la tétracycline.)
- La femme doit vérifier la présence de fil rattaché au DIU en tâtant l'orifice du col.

2-3-3-Méthode chirurgicale (32) (33) (34)

Ce sont des contraceptions chirurgicales volontaires (CCV) et il faut avoir le consentement des deux conjoints et leur signature sur un formulaire.

a- Stérilisation féminine ou ligature- section des trompes.

Elle consiste à ligaturer et/ou sectionner les deux trompes de Fallope de façon à empêcher la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde. Elle peut être pratiquée sur une base ambulatoire et sous anesthésie locale.

Avantages

- c'est une contraception définitive, très efficace,
- aucun effet hormonal,
- aucune influence sur le comportement sexuel,
- aucun effet secondaire à long terme,
- pourrait réduire le risque des cancers des ovaires.

Inconvénients

- l'intervention doit être faite par des praticiens expérimentés et nécessite une infrastructure adéquate,
- les activités normales peuvent être reprises dès le lendemain de l'opération mais la patiente doit éviter les relations sexuelles pendant trois semaines,
- son caractère d'irréversibilité.

b- Stérilisation masculine ou vasectomie

Elle consiste à faire une petite incision au niveau du scrotum à la base de la verge et à sectionner le canal déférent dont on attache et à cauteriser ensuite les extrémités de façon à supprimer la présence des spermatozoïdes dans le sperme.

Avantages

- méthode simple, efficace, sans danger,
- permet à l'homme de jouer son rôle dans la PF,
- ne nécessite pas d'hospitalisation,
- aucun influence sur le comportement sexuel,

Inconvénients

- légère douleur pendant quelques jours qui disparaît très rapidement.
- Pas de rapport sexuels qu'après 3 mois de l'intervention et après avoir fait 15 à 20 éjaculations parce que pendant ce temps le sperme peut contenir des spermatozoïdes,
- Exige l'accès à un centre disposant des matériels et d'une installation appropriées,
- des complications post-opératoires peuvent survenir : hématome, infections, granulome.

2-3-4- Méthodes barrières (35) (36) (37) (38)

a- Les préservatifs masculins ou condoms

Ce sont des capuchons en caoutchouc ou en collagène traité destinés à engainer le pénis en érection juste avant l'intromission et constituent une barrière contre la pénétration du sperme dans le vagin. Le retrait se fait juste après l'éjaculation.

Avantages

- répandu dans le commerce et en vente libre,
- meilleure protection contre les IST et le SIDA,
- permet à l'homme de jouer son rôle dans la PF,
- réduit l'incidence des éjaculations précoces,
- pas d'effets secondaires médicamenteux ni hormonaux,
- réversibilité totale.
- peu coûteux

Inconvénients

- réactions allergiques (chez certaines personnes),
- trouble les activités sexuelles et atténue le plaisir,
- son emploi exige un minimum de discipline,
- exige un approvisionnement régulier et de bonne condition de conservation.

b - Le diaphragme

C'est un dispositif circulaire en caoutchouc mince en forme de cupule, à insérer correctement dans le vagin.

Il obture le col de l'utérus, empêche la pénétration des spermatozoïdes et doit être laissé en place au moins 6 heures après le dernier rapport.

Avantages

- convient à des femmes qui ont des relations sexuelles fréquentes,

- pas d'effets secondaires sauf possibilité de réaction allergique,
- réversibilité totale,
- s'utilise uniquement au moment du rapport sexuel,

Inconvénients

- la taille doit être déterminée par le médecin,
- son emploi au moment et après chaque rapport sexuel exige de la discipline,
- possibilité d'infections des voies urinaires et lésions vaginales,
- pas très hygiénique

c - Les capes cervicales

Ce sont des capes en forme de dé à coudre, de cloche de dôme.

Son mode d'action est double, à la fois mécanique en recouvrant le fond du vagin, y compris le col, et spermicide . On peut la laisser en place pendant plus de 24 heures et être posée un ou 2 jours avant le rapport sexuel.

Avantages

- très efficace si correctement utilisée,
- elle ne se déplace pas pendant les rapports sexuels

Inconvénients

- la mise en place nécessite le recours à un médecin ou à une sage – femme,
- peut provoquer une irritation, un prurit voire un infection du col utérin,
- s'expulse lors de la défécation.

d – Les spermicides

Ce sont des produits chimiques qui inactivent les spermatozoïdes et les empêchent de pénétrer dans l'utérus.

Ils se présentent sous forme de :

- ovules comprimés ou ovules moussants,
- gels, crèmes, aérosol et éponges vaginales.

Il faut les mettre en place au fond du vagin 10 à 15 minutes avant chaque rapport sexuel. Une nouvelle application sera faite en cas de rapport successif et il faut éviter toute toilette vaginale dans les 6 à 8 heures qui suivent le dernier rapport.

Avantages

- légère protection contre les IST,

- pas d'altération de la muqueuse vaginale,
- conviennent aux rapports occasionnels,
- haute efficacité si combinés à d'autres méthodes barrières.

Incovénients

- inconfort du partenaire ou de l'utilisatrice,
- peut provoquer des réactions allergiques,
- retarde les rapports sexuels,
- pas de toilette après le rapport sexuel

2.3.5 – Méthode d'auto observation

Elle consiste à identifier la période fertile de chaque cycle menstruel afin d'éviter la conception.

a. – Méthode de calendrier ou méthode d'OGINO-KNAUSS (39) (40) (41)

Il s'agit d'enregistrer la durée d'au moins 6 cycles précédents afin de déterminer le jour favorable pour la conception. Selon OGINO-KNAUSS, l'ovulation a toujours lieu deux semaines avant le menstruation quelle que soit la longueur du cycle. Le premier jour de fertilité s'obtient en soustrayant 13 ou 11 celle du cycle le plus long durant au moins 6 mois. Les couples s'abstiennent de rapport sexuel pendant cette période afin d'éviter une grossesse. Cette méthode est moins fiable car les calculs ne sont pas précis quand les cycles sont irréguliers.

b. – Méthode de température (42) (43)

Elle consiste à prendre la température de la femme tous les matins, à la même heure, avant de se lever et à jeun. L'ovulation est détectée par une augmentation de la température d'au moins 0,2°C à 0,5°C pendant 3 jours successifs.

c. – Méthode de la glaire cervicale ou méthode de BILLING (44) (45)

Elle consiste à instruire la femme de l'existence de la glaire ovulatoire contemporaine de 2 ou 3 jours de fécondité féminine : filante d'au moins 10 cm que l'on apprécie entre le pouce et l'index, incolore, fluide, ressemblant à du blanc d'œuf cru.

d. – Méthode de l'auto-palpation du col (46)

Elle consiste à palper le col au moment de la toilette matinale de la femme, après un lavage des mains. Au moment où commence la période féconde, l'orifice du col est plus haut, se ramollit, s'entrouvre et est humide, mais quand elle n'est pas féconde, le col est plus bas plus dur et se referme.

Pour employer cette méthode, la femme doit savoir évaluer les caractéristiques cycliques de son col utérin.

e. – Méthode sympto-thermique

Elle associe l'observation à celles d'autres indicateurs de la fertilité comme la glaire cervicale, le changement du col et la méthode de température.

2.3.6 – Méthode naturelle

a. – Douche vaginale (46)

Cette méthode doit se faire immédiatement après l'éjaculation.

b. – Méthode de retrait ou coïtus interruptus (47)

C'est la méthode la plus ancienne, elle consiste à retirer le pénis hors du vagin avant l'éjaculation. Elle nécessite la coopération active de l'homme.

2.3.7 – Méthode traditionnelle

a. – Abstinence post-partum

b. – Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée (MAMA) (48) (49)

L'allaitement au sein retarde le retour de l'ovulation et des règles et contribue à la planification familiale.

Pour que cet allaitement ait un effet contraceptif, il faut alimenter exclusivement le bébé au sein chaque fois qu'il réclame au moins 10 fois par jour surtout pendant les nuits durant les six premiers mois et pendant ce temps, les règles ne sont pas encore revenues.

I. – OBJECTIF DE L’ETUDE

Notre étude a été faite afin de tenter d’évaluer la niveau d’utilisation de la planification familiale dans les zones rurales.

- apprécier la qualité du service du CSB II en matière de PF,
- évaluer les connaissances et la pratique de la PF,
- évaluer la régularité des consultations en PF,
- évaluer les ressources d’informations qui jouent un rôle important à la promotion de la PF.

II. – CADRE DE L’ETUDE (50)

Notre étude a été effectuée au CSB II de Beloha Ambohitrimanjaka dans le service de consultation de la planification familiale durant les années 2001 et 2002.

2.1. – Historique

Ce centre a été construit du mois de Mars 1996 au mois de Juillet 1996 grâce à l’association MIHARY qui est une ONG. Cette association a été fondée en 1993, son siège est à Beloha Ambohitrimanjaka. Le Comité directeur est composé de 12 membres dont :

- un président,
- un vice-président,

- un secrétaire général,
- un secrétaire adjoint,
- un trésorier
- un responsable de gestions de matériels,
- six conseillers

L'association a un statut et un règlement interne. Elle a pour but la promotion et l'appui au développement d'activités pour le bien être physique, moral et civique de la population en particulier des femmes et des enfants et ceci à un but non lucratif. Pour ce faire, elle se donne pour tâches des activités essentiellement d'ordre médico-social notamment :

- consultation médicale avec soins,
- médecine préventive,
- santé maternelle et infantile,
- accouchements,
- planification familiale,
- Information – Education – Communication,
- Education des mères par des activités médico-sanitaires et sociales en général.

Le dispensaire a pu démarrer et ouvrir ses portes depuis le mois d'Avril 1998 grâce à l'aide des sponsors tels que :

- l'OMS,
- le Fond d'Intervention pour le Développement (FID)
- l'Association des Organisations Non Gouvernementales (ASSONG),
- le Fond des Nations Unies Pour les Enfants (UNICEF),
- le Ministre de la Santé,
- le Service de Santé de District d'Ambohidratrimo,
- les personnes de bonne volonté,

2.2. –Situation géographique

Le CSB II de Beloha est le premier dispensaire privé créé à Ambohitrimanjaka sous l'initiative de l'association MIHARY. Il fait partie de deux secteurs sanitaires de la Commune d'Ambohitrimanjaka, l'autre secteur est le CSBII Miadana. Il se trouve dans le Fokontany de Beloha.

Les Fokontany limitrophes sont :

- au Nord Est ; la rivière Ikopa,
- à l'Ouest : le Fokontany de Farahindra

- au sud : le Fokontany d'Antsahamarina

Ambohitrimanjaka est une Commune rurale dans le district d'Ambohidratrimo. Il se trouve à 13Km au Nord-Ouest du centre ville et Beloha se trouve dans la partie Nord d'Ambohitrimanjaka.

2.3. –Situation démographique

Ce centre dessert 25 Fokontany de la Commune d'Ambohitrimanjaka en général et deux Fokontany Beloha et Farahindra en particulier .Ces 25 Fokontany sont desservis aussi par le CSB II de Miadana.

La population d'Ambohitrimanjaka est de 23.568 habitants dont les femmes en âge de procréer sont au nombre de 3281.

Les activités de la population d'Ambohitrimanjaka se repartissent comme suit :

- éleveurs : 46,47%
- agriculteurs propriétaires : 29,28%
- ouvriers agricoles : 13,20%
- commerçants : 3,45%
- fonctionnaires : 1%

Les vingt-cinq Fokontany, avec la population correspondante et la distance des Fokontany avec la population avec le centre sont présentés dans le tableau n°01.

TABLEAU n°1 : Populations dépendantes du CSBII Beloha.

FOKONTANY	POPULATION TOTALE	DISTANCE AVEC LE CSBII BELOHA (en mètre)
-Beloha	1721	300
-Farahindra	824	500
-Antsahamarina	655	1000
-Ambatolampy Nord	573	1800
-Miadana	463	1500
-Fiakarana	1111	1200
-Ampahibe	994	1500
-Ambatolampy Sud	385	3400
-Antsahavolo	337	3000
-Ambodivona	772	2500
-Antanetibe	903	2700
-Andranomahitsy	654	2500
-Ampanomahitsy	943	2000
-Andringitana	1128	5000
-Ambodivoanjo	669	2400
-Antsahafohy	1221	2000

-Ambohimananjo	645	4000
-Anosimanjaka	2509	6000
-Mahitsy Nord	942	3400
-Mahitsy Firaaisana	1389	3000
-Lehilava	689	2500
-Ampiriaka	944	5000
-Ambatomainty	1053	2400
-Ikopakely	1400	2700
-Namorana	640	3500
TOTAL	23.568	

2-4 –Ressources

2-4-1. Ressources financières

Le CSB II de Beloha Ambohitrimanjaka est à but non lucratif et selon l'Arrêté n°517/97-SAN du 14 Janvier 1997 qui stipule notamment en son article 3 : concernant les tarifications des prestation , ce centre de santé de base privé de Beloha applique le système de participation communautaire

Le système PHAGECOM est mis en place dès le début du fonctionnement du centre . De plus deux comités ont été mis en place

- la Comité de Santé qui comporte :
 - une commission sociale
 - une commission d'entretien
 - une commission de contrôle
 - une commission d'hygiène et d'assainissement
- la Comité de gestion qui a pour rôle de contrôler la gestion financière du centre.
- Pendant les six premiers mois du fonctionnement du centre, l'association MIHARY complétait les recettes pour pouvoir payer les salaires du personnel

2.4.2. – Ressources humaines

Le personnel du CSB II de Beloha est composé de

- un professeur médecin chef
- un médecin
- une sage femme
- une fille de salle
- un gardien qui est à la fois un jardinier

2.4.3. – Ressources matérielles

Il y a trois bâtiments

Le premier comporte 5 pièces

1 salle pour les accouchées avec 4 lits

- 1 salle d'accouchement et de la sage femme
- 1 salle payante pour les accouchées avec 23 lits
- 1 pièce pour stockage de médicaments
- 1 pièce pour bureau du médecin et salle de soins.

Le deuxième est le logement

- du gardien,
- de la sage-femme,

Le troisième comporte :

- le logement du médecin,
- une pièce pour le bureau du médecin-chef,
- une pièce pour la salle payante première catégorie,
- une pièce destinée aux urgences (séjour 48 heures)
- une pièce pour cuisine des accompagnants des accouchées.

Comme annexe sanitaire, il y a :

- 3 latrines (fosses perdues),
- 2 pièces de douches.

L'eau est fournie par un puits de 30 mètres de profondeur et puisée à l'aide d'un système de poulie. Elle est contrôlée bactériologiquement et chimiquement une fois par an respectivement à l'Institut Pasteur de Madagascar et au laboratoire d'Ampandrianomby.

L'électricité est de la JIRAMA.

2.4.4. – Service de PF

a. – Le personnel

Ce service a commencé à partir du mois de Février 1999. La PF est assurée par un médecin.

b. – Les méthodes contraceptives disponibles

- les contraceptifs injectables : DEPO-PROVERA®
- les contraceptifs oraux : LOFEMENAL®, OVRETTE®
- les méthodes barrières : condoms, ovules (CONCEPTROL®)
- les dispositifs intra-utérins : T Cu 380 A

c. – Les méthodes contraceptives non disponibles

- Le NORPLANT
- Les CCV

Faute des matériels et de personnel compétent, on ne peut satisfaire les femmes qui désirent pratiquer ces méthodes . Le CSB II de Beloha adresse les femmes au Marie Stopes Internationale d'Isotry ou à l'Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona Ampefiloha.

d.-Les activités

Dans le CSB II de Beloha,, la PF se fait avec la consultation externe par le médecin. Le service reçoit toutes les consultantes qui s'intéressent à la contraception. Le service de PF est ouvert sept jours sur sept.

A chaque adhésion à la PF, on commence par la CCC qui consiste à

- renseigner sur les méthodes contraceptives disponibles,
- expliquer le mode d'emploi , l'indication, les contre-indications, les avantages et les inconvénients ainsi que les effets secondaires de chaque méthode.
- aider les acceptantes au choix de la méthode,
- aider à savoir respecter le rendez-vous , conseiller de bien suivre les recommandations et de revenir au centre en cas de problèmes,
- expliquer la possibilité de changement de méthode.

Lorsque la femme est décidée de s'adhérer à la PF, elle doit avoir un carnet où on inscrit son numéro en PF et les éléments de surveillance, la méthode suivie ainsi que le prochain rendez-vous.

La première consultation doit se faire pendant les jours des règles. En l'absence de règles, après avoir fait un toucher vaginal, si la femme est enceinte, on l'adresse au service de consultation prénatale, sinon on lui donne 2 comprimés de Lo-Fémenal par jour pendant cinq jours pour déclencher les règles et de la faire revenir dès l'apparition de ses règles ou après 10 jours avec ou sans ses règles.

Chaque acceptante doit avoir une fiche de la PF.

III- METHODOLOGIE

3-1 Méthode d'étude

L'étude a été faite rétrospectivement sur dépouillement des dossiers.

Les données recueillies proviennent

- de l'analyse des fichiers individuelles des acceptantes,
- des registres annuels du service de PF du CSB II Beloha.

La population étudiée concerne toutes les nouvelles acceptantes durant une période de 2 ans (2001 – 2002). Pour cela, nous avons recensé 284 nouvelles acceptantes pendant la période d'étude mais nous n'avons retenu que 265 seulement qui ont leurs dossiers complets.

3-2- Analyse d'étude

Mise en parallèle des données des années 2001 et 2002, approche comparative et test de Khi carré (X^2) pour évaluer la validité statistique des écarts entre les deux années d'observation confortée par l'estimation de la valeur Up

3-3- Matériels d'étude

Après compilation des dossiers, des divers paramètres ont été exploités :

- date de début de la contraception,
- âge des acceptantes,
- méthodes utilisées,
- nombre d'enfants vivant,
- âge du dernier-né,
- niveau d'instruction,
- motif d'adhésion à la planification familiale,
- source d'information,
- résidence,
- temps mis pour venir au centre,
- situation matrimoniale,
- suivi et contrôle,
- les motifs de changement,
- régularité des acceptante

IV- RESULTATS

4- 1-Date de début de la contraception

TABLEAU n°2 : Répartition des acceptantes selon la date de début de la contraception pendant les années 2001 et 2002

Année				
Trimestre	2001	2002	TOTAL	POURCENTAGE
1 ^{ère} trimestre	29	32	61	23,02%
2 ^{ème} trimestre	26	36	62	23,40%
3 ^{ème} trimestre	27	38	65	24,53%
4 ^{ème} trimestre	37	40	77	29,05%
TOTAL	119	146	265	100%

X²= 1 < 7,81 pour 3 ddl

Up= 0,801

Le test est non significatif c'est-à-dire que les différences entre les différents trimestres des deux années sont imputables au hasard de l'échantillonnage.

EFFECTIF

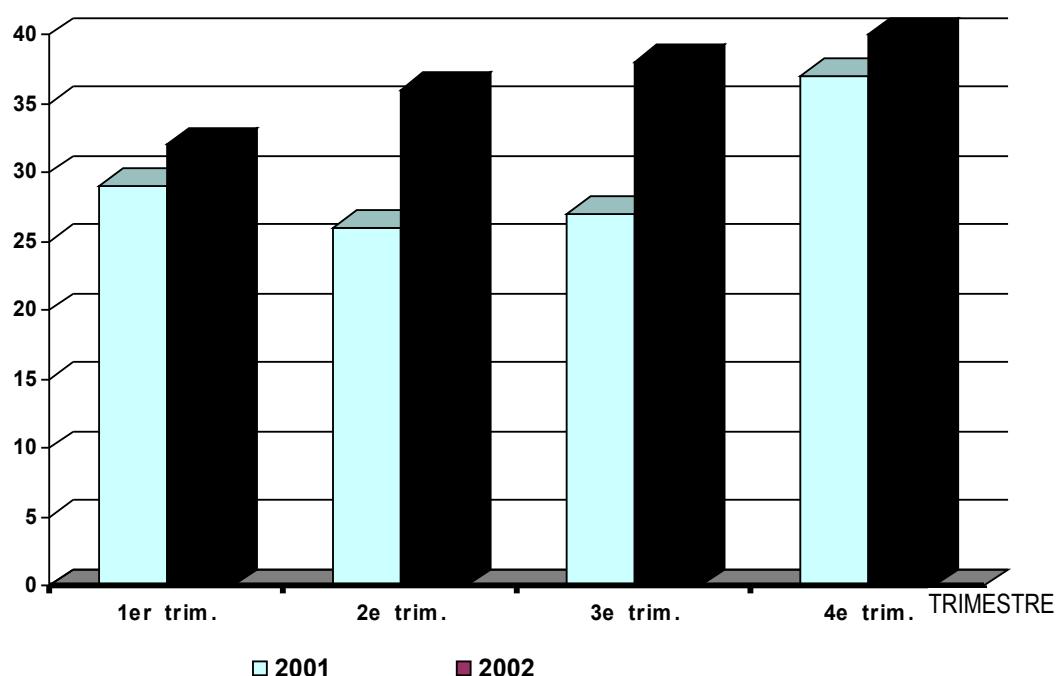


Figure 04 : Histogramme des acceptantes selon la date de début de la contraception

4 . 2. Age des acceptantes

TABLEAU n°3 : Répartition des acceptantes selon l'âge

Année	2001	2002	TOTAL	POURCENTAGES
Age				
< 20ans	21	21	42	15,85%
20-24 ans	25	54	79	29,81%
25-29ans	36	34	70	26,42%
30-34ans	25	15	40	15,09%
35-39 ans	10	16	26	9,81%
≥40ans	3	5	8	3,02%
TOTAL	119	146	265	100%

$\chi^2 = 12,68 > 9,42$ pour 4 ddl

$Up=0,0132$

Le test est significatif, le taux d'acceptation est réellement en fonction de l'âge (tranche d'âge de 20 à 29 ans).

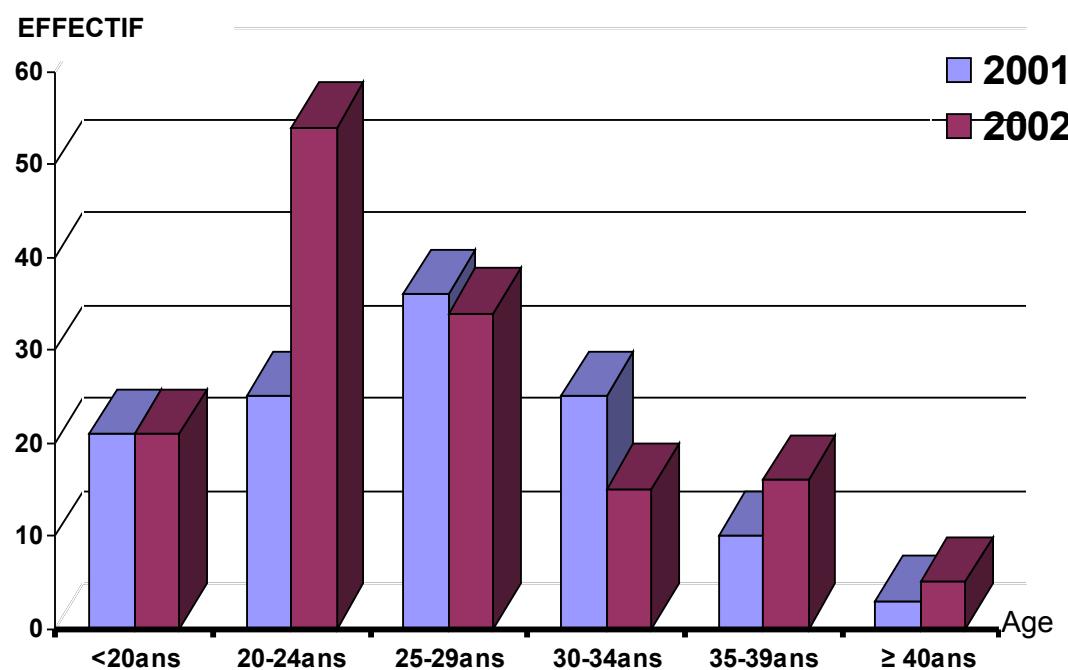


Figure 05 : Histogramme des acceptantes selon l'âge

4-3-Méthodes utilisées

TABLEAU n°4 Répartition des acceptantes selon la méthode utilisée

Méthodes	Année	2001	2002	TOTAL	POURCENTAGE
CI	2001	96	121	217	81,89%
CO	2001	22	22	44	16,60%
DIU	2001	0	1	1	0,38%
Condoms	2001	1	1	2	0,75%
Ovules	2001	0	1	1	0,38%
TOTAL		119	146	265	100%

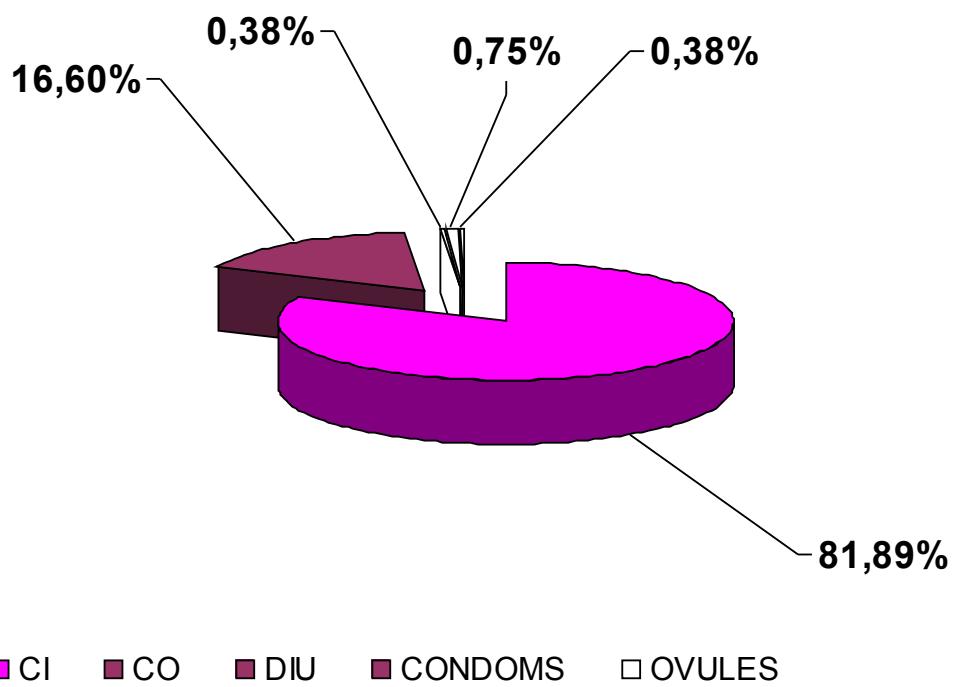


Figure 06 : Diagramme acceptantes selon la méthode choisie.

TABLEAU n°5 : Répartition des méthodes selon l'âge.

Méthodes	Age		< 20 ans		20 – 35 ans		> 35 ans		Total
	Classe	Effectif		Effectif		Effectif		Effectif	
CI	< 20 ans	35	83,63%	153	80,95%	29	85,30%	217	
CO	20 – 35 ans	7	16,67%	32	16,93%	5	14,70%	44	
DIU	> 35 ans	0	0	1	0,53%	0	0	1	
CONDOMS		0	0	2	1,06%	0	0	2	
OVULES		0	0	1	0,53%	0	0	1	
TOTAL		42	15,85%	189	71,32%	34	12,83%	265	

EFFECTIF

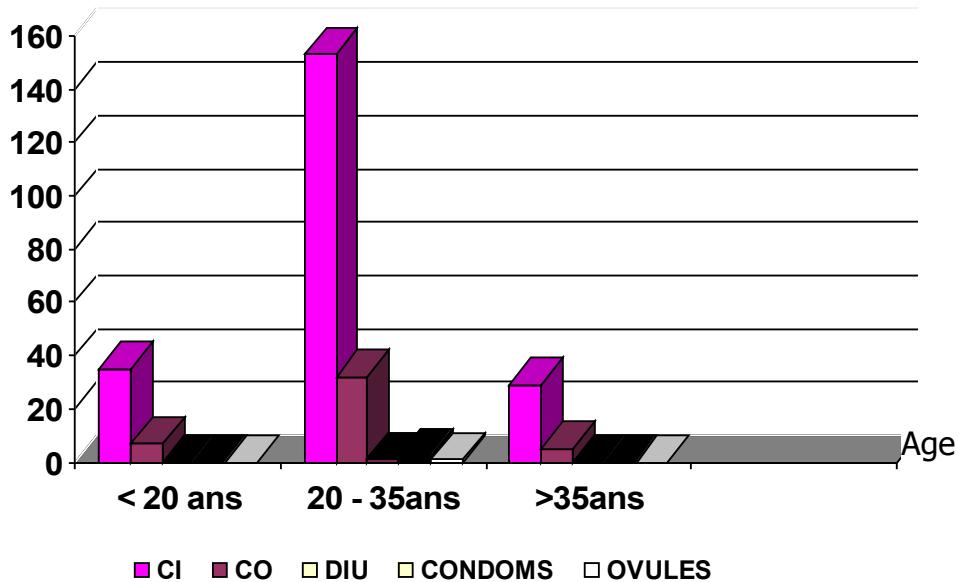


Figure 07 : Histogramme des méthodes selon l'âge

4.4. Nombre d'enfants vivants :

TABLEAU n° 6 : Répartition des acceptantes selon le nombre d'enfants vivants :

Nombre E.V.	Année 2001	Année 2002	TOTAL	Pourcentage
0	1	2	3	1,13%
1 – 2	69	94	163	61,51%
3 – 4	34	34	68	25,66%
5 et plus	15	16	31	11,70%
TOTAL	119	146	265	100%

$X^2 = 1,46 < 7,81$ pour 3 ddl

$Up = 0,690$

Le test est non significatif c'est- à- dire que les différences entre les nombres des EV des deux années sont imputables au hasard de l'échantillonnage.

EFFECTIF

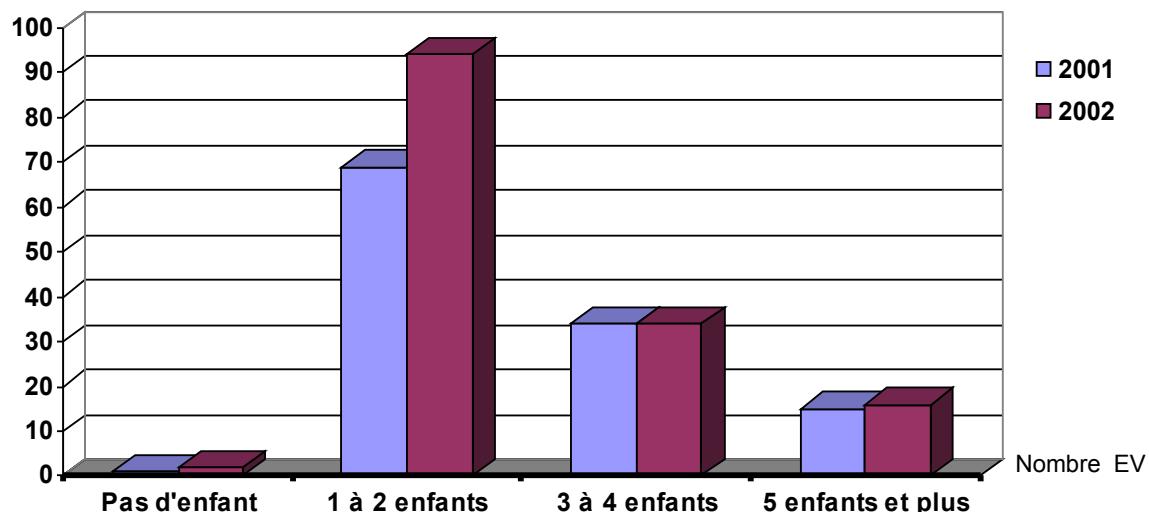


Figure 08 : Histogramme des acceptantes selon le nombre d'enfants vivants

TABLEAU n°07 : Répartition des méthodes selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'EV Méthodes	0		1-2		3-4		5 et plus		TOTAL
CI	0	0	139	85,28%	54	79,41%	24	77,42%	217
CO	3	100%	21	12,88%	13	19,12%	7	22,58%	44
DIU	0	0	1	0,61%	0	0	0	0	1
CONDOMS	0	0	2	1,23%	0	0	0	0	2
OVULES	0	0	0	0	1	1,47%	0	0	1
TOTAL	3	1,13%	163	61,51%	68	25,66%	31	11,70%	265

EFFECTIF

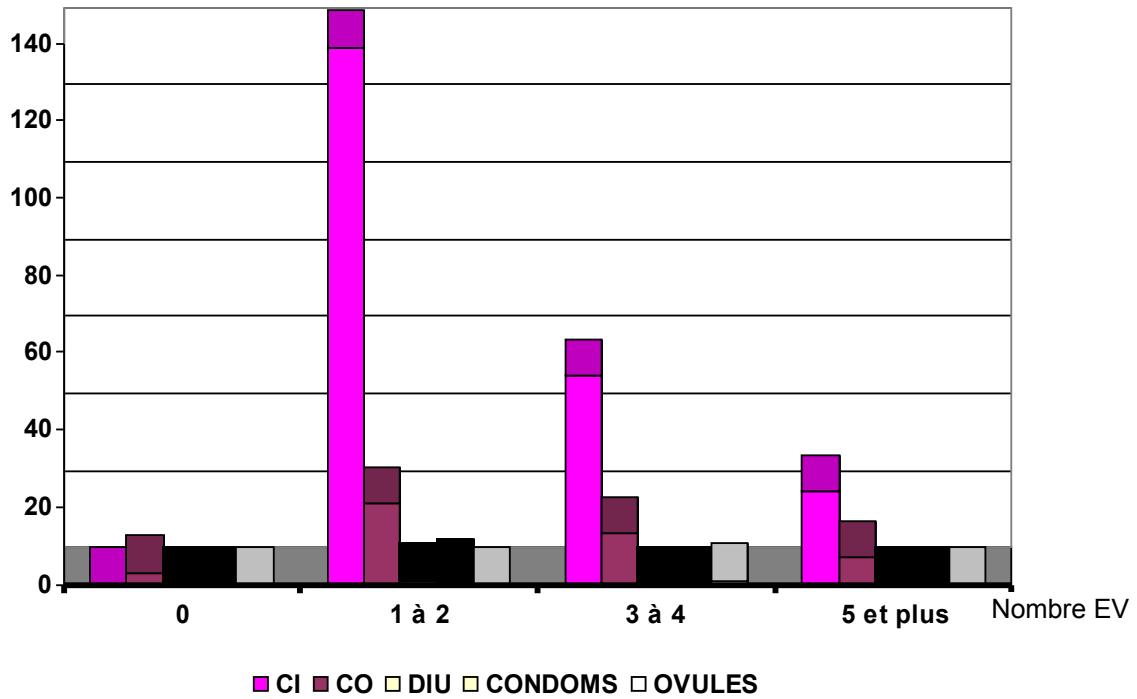


Figure 09 : Histogramme des méthodes selon nombre d'enfants vivants
4-5- Age du dernier-né

TABLEAU n°08 : Répartition des acceptantes selon l'âge du dernier-né

Année	2001	2002	TOTAL	POURCENTAGE
Age du dernier-né				
Pas d'enfant	1	2	3	1,13%
< 6mois	42	38	80	30,19%
6-12mois	26	42	68	25,66%
13-24mois	23	33	56	21,13%
> 24mois	27	31	58	21,89%
TOTAL	119	146	265	100%

EFFECTIF

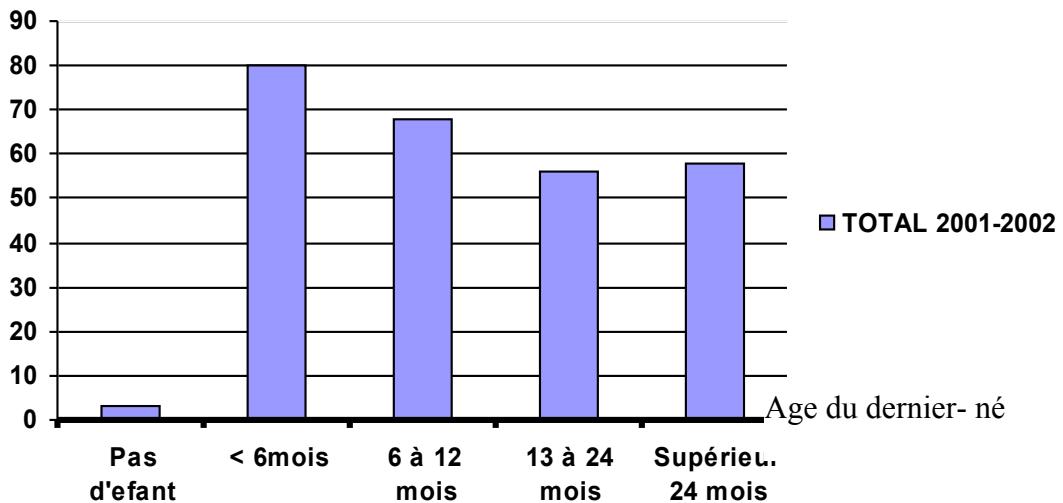


Figure 10 : Histogramme des acceptantes selon l'âge du dernier-né.

TABLEAU n°9 : Répartition des méthodes selon l'âge du dernier-né.

Méthodes	Age du dernier-né	Pas d'enfant	< 6mois	6-12mois	13-24mois	>24mois	TOTAL				
CI	0	0	70	87,50%	58	85,30%	47	83,93%	42	72,41%	217
CO	3	100%	7	8,75%	10	14,62%	9	16,07%	15	25,86%	44
DIU	0	0	1	1,25%	0	0	0	0	0	0	1
CONDOMS	0	0	1	1,25%	0	0	0	0	1	1,73%	2
OVULES	0	0	1	1,25%	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	3	1,13%	80	30,19%	68	25,66%	56	21,13%	58	21,89%	265

EFFECTIF

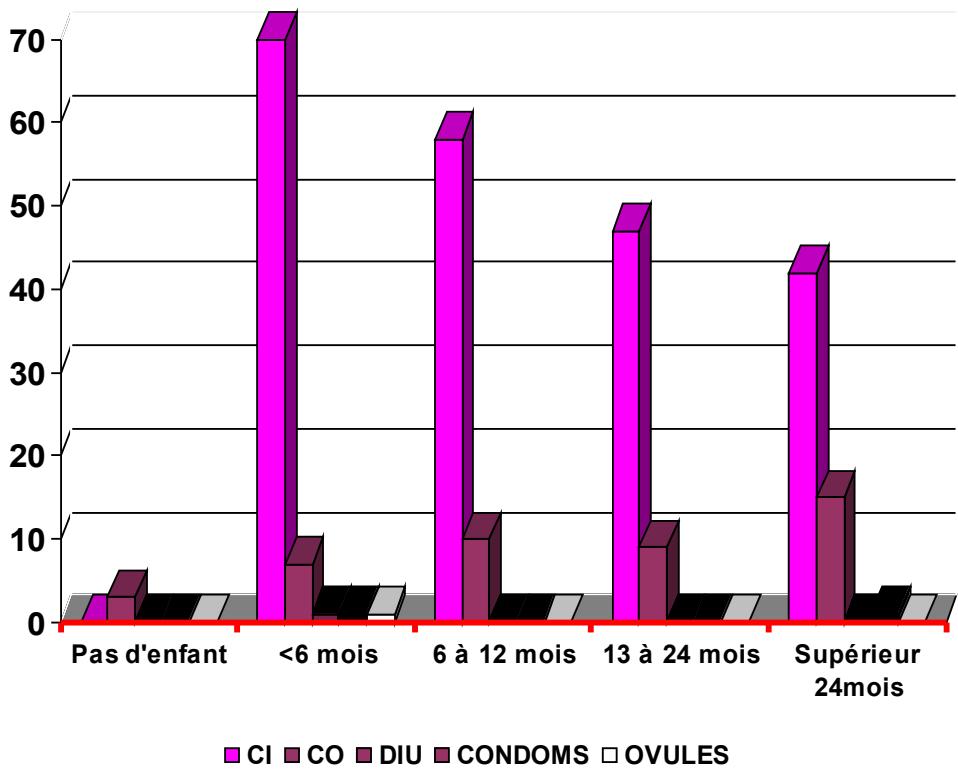


Figure 11 : Histogramme des méthodes selon l'âge du dernier-né

4.6 – Niveau d'instruction

TABLEAU n°10 : Répartition des acceptantes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Année 2001	2002	TOTAL	POURCENTAGE
Illettrée	5	8	13	4,90%
Primaire	58	81	139	52,455%
Secondaire	56	57	113	42,65%
Universitaire	0	0	0	0
TOTAL	119	146	265	100%

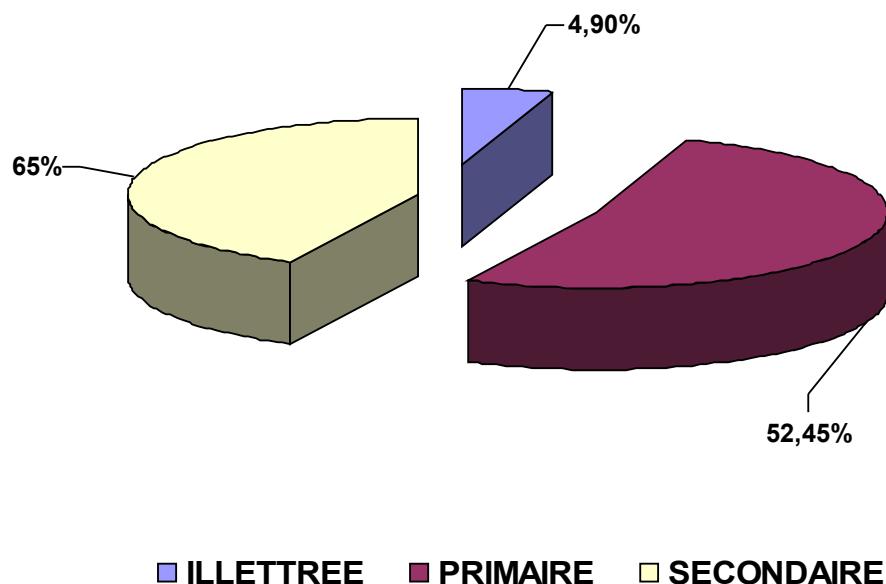


Figure12 : Diagramme des acceptantes selon le niveau d'instruction
TABLEAU n°11 : Répartition des méthodes selon le niveau d'instruction

Niveau d'Instruction	Illetrée		Primaire		Secondaire		Universitaire		TOTAL
Méthodes									
CI	12	92,30%	122	87,77%	83	73,45%	0	0	217
CO	1	7,70%	15	10,79%	28	24,78%	0	0	44
DIU	0	0	1	0,72%	0	0	0	0	1
Condoms	0	0	0	0	2	1,77%	0	0	2
Ovules	0	0	1	0,72%	0	0	0	0	1
TOTAL	13	4,90%	139	52,45%	113	42,65%	0	0	265

EFFECTIF

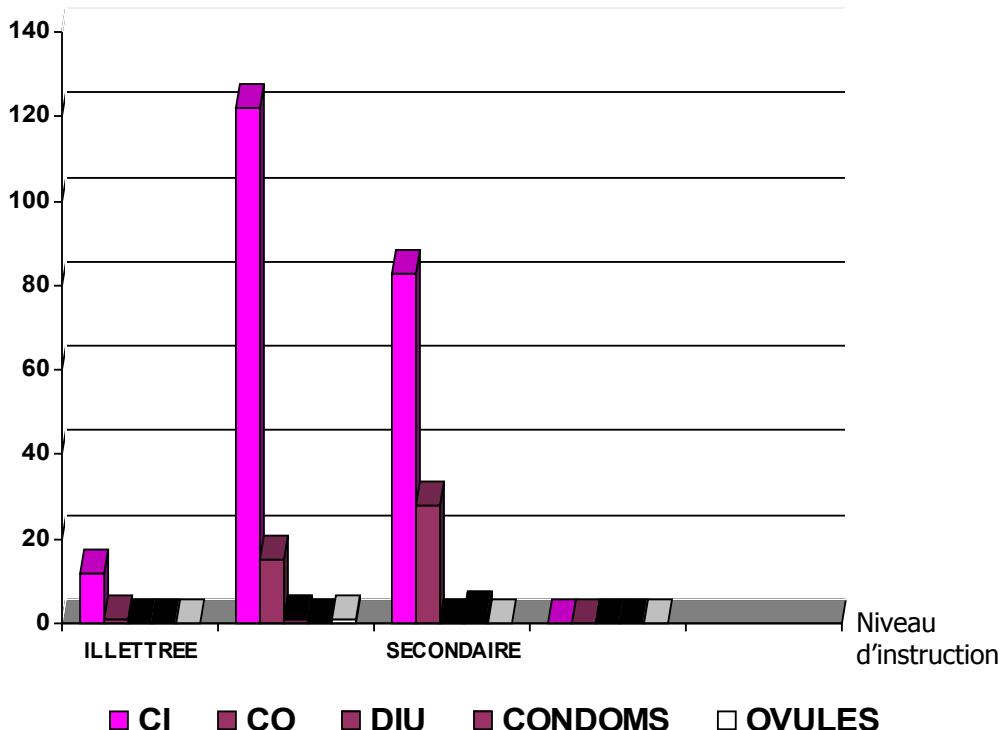


Figure 13 : Histogramme des méthodes selon le niveau d'Instruction
4-7 - Motif d'adhésion à la planification familiale

TABLEAU n°12 Répartition des acceptantes selon le motif d'adhésion à la planification familiale

Année Motif d'adhésion	2001	2002	TOTAL	Pourcentage
Espacement	91	107	198	74,72%
Limitation	28	39	67	25,28%
TOTAL	119	146	265	100%

$$RC = 0,65 < 1,15 < 2,10$$

$$X^2 = 0,35 \text{ pour 1 ddl}$$

$$Up = 0,53$$

Le test est significatif. Cela signifie que les différences entre le motif d'adhésion à la PF des deux sont imputables au hasard de l'échantillonnage

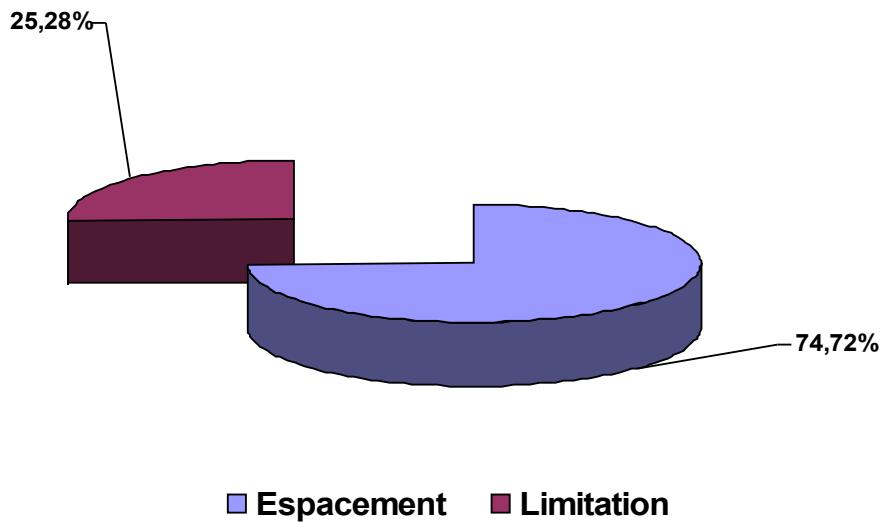


Figure14 : Diagramme des acceptantes selon le motif d'adhésion à la planification familiale.

TABLEAU n°13 : Répartition des méthodes selon le motif d'adhésion

Motif d'Adhésion Méthodes	Espacement		Limitation		TOTAL
CI	164	61,88 %	53	20%	217
CO	31	11,70%	13	4,90%	44
DIU	1	0,38%	0	0	1
CONDOMS	1	0,38%	1	0,38%	2
OVULES	1	0,38%	0	0	1
TOTAL	198	74,72%	67	25,28%	265

EFFECTIF

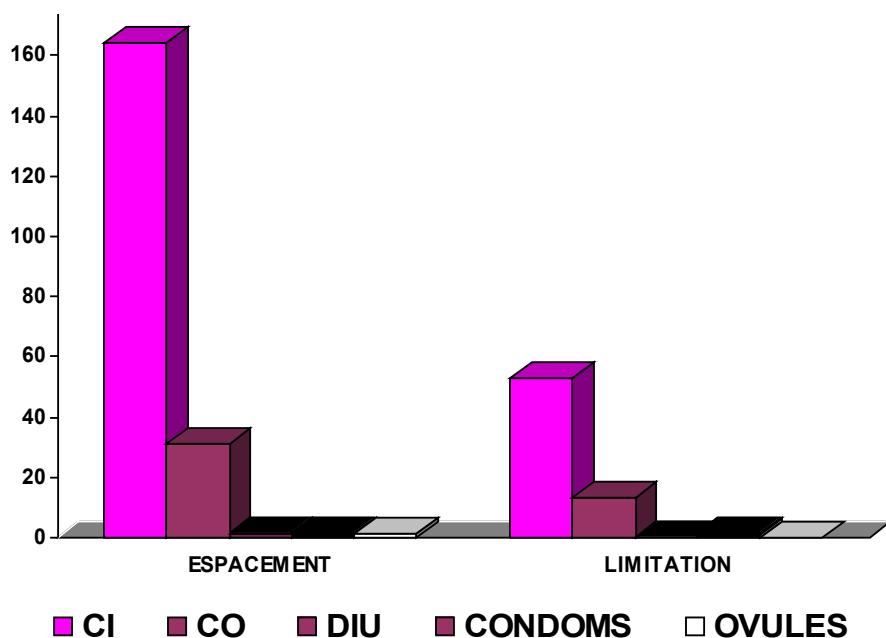


Figure 15 : Histogramme des méthodes selon le motif d'adhésion
4-8-Sources d'information

TABLEAU n° 14 : Répartition des acceptantes selon les sources d'information

Source d'information	Année	2001	2002	TOTAL	POURCENTAGE
Radio TV Journal		4	7	11	4,15%
Brochure		1	0	1	0,38%
Agent de santé		46	26	72	27,17%
Famille,Amis		68	113	181	68,30%
TOTAL		119	146	265	100%

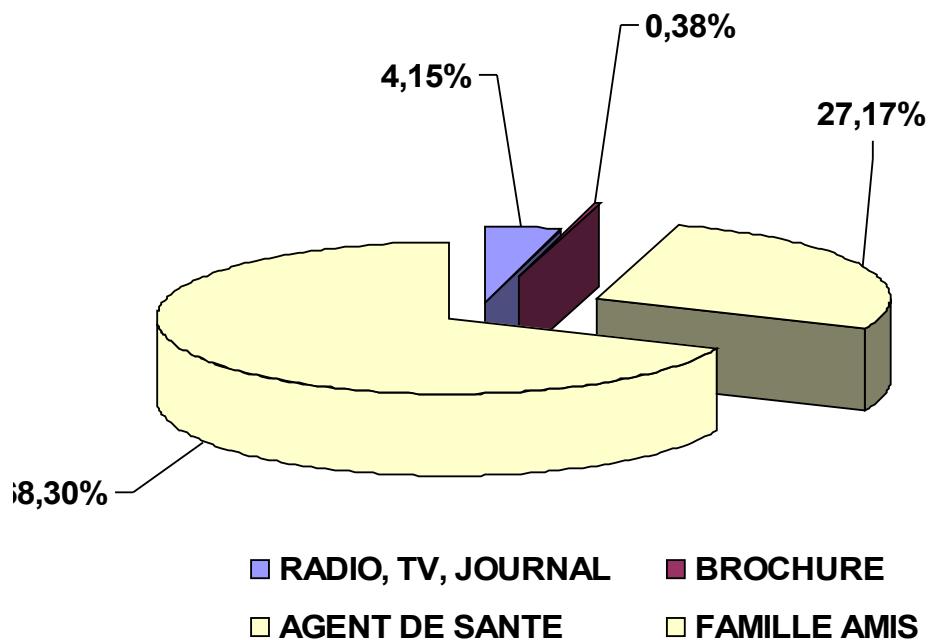


Figure 16 : Diagramme des acceptantes selon les sources d'information.

TABLEAU n° 15 : Répartition des méthodes selon les sources d'information

Source d'information Méthodes	Radio, TV , Journal		Brochure		Agent de Santé		Famille, Amis		TOTAL
CI	10	90 ,90%	0	0	56	77 ,78%	151	83,43%	217
CO	1	9,10%	1	100%	13	18,05%	29	16,02%	44
DIU	0	0	0	0	1	1,39%	0	0	1
CONDOMS	0	0	0	0	1	1,39%	1	0,55%	2
OVULES	0	0	0	0	1	1,39%	0	0	1
TOTAL	11	4,15%	1	0,38%	72	27 ,17%	181	68,30%	265

EFFECTIF

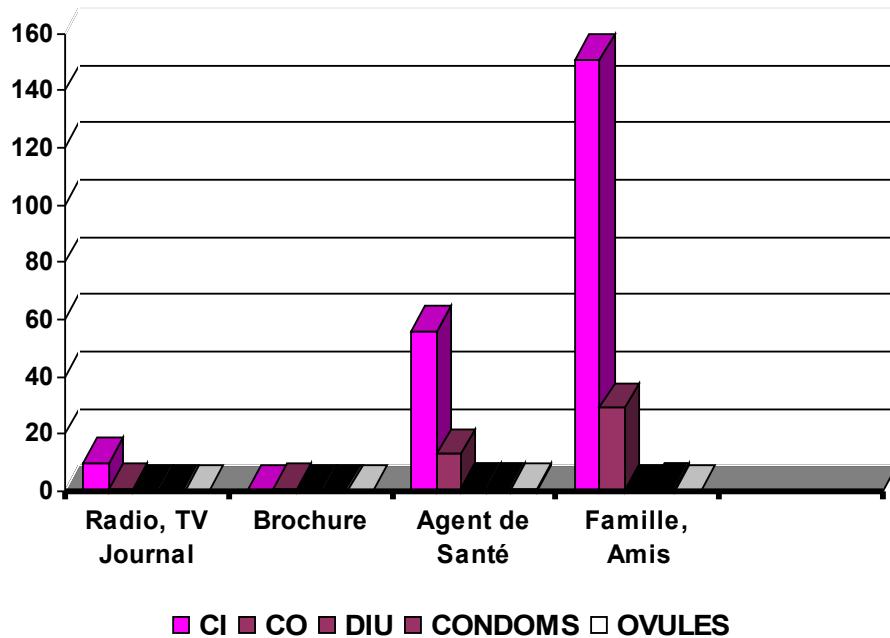


Figure 17 : Histogramme des méthodes selon les sources d'information.

4.9 – Résidence et temps mis pour venir au centre

TABLEAU n°16 : Répartition des acceptantes selon la résidence et temps mis pour venir au centre :

Lieu de résidence	Nombre	Temps mis pour venir au centre	Pourcentage
A	69	5 minutes	26,04%
B	41	10 minutes	15,47%
C	18	15 minutes	6,79%
D	8	20 minutes	3,02%
E	61	30 minutes	23,02%
F	7	45 minutes	2,64%
G	15	50 minutes	5,66%
H	1	60 minutes	0,38%
I	31	70 minutes	11,70
J	14	90 minutes et plus	5,28%
TOTAL	265		100%

A : Beloha

B : Farahindra

C : Antsahamarina – Fiakarana

D : Miadana – Ampahibe – Ambatolampy Nord

E : Ambatomainty – Ampanomahitsy – Ambodivoanjo – Antsahafohy – Mahitsy Avaratra – Mahitsy Firaiana.

F : Ambatolampy Sud – Ambodivona

G : Andranomahitsy – Antanetibe – Ikopakely

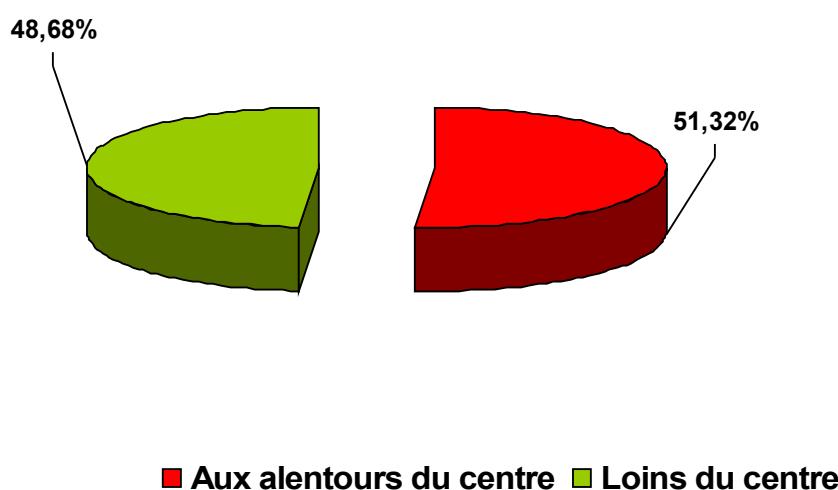
H : Andringitana

I : Anosimanjaka

J : Autres

TABLEAU n° 17 : Répartition des acceptantes selon la résidence :

Résidence	Année	2001	2002	TOTAL	Pourcentage
Aux alentours du centre		71	65	136	51,32%
Loin du Centre (>30 mn)		48	81	129	48,68%
TOTAL		119	146	265	100%



■ Aux alentours du centre ■ Loins du centre

Figure 18 : Diagramme des acceptantes selon la résidence.

TABLEAU n°18 : Répartition des acceptantes selon le temps mis pour venir au centre.

Temps mis pour venir au centre	Année	2001	2002	TOTAL	Pourcentage
< 20 minutes		71	65	136	51,32%
30 – 60 minutes		36	47	83	31,32%

>60 minutes	12	34	46	17,36
TOTAL	119	146	265	100%

4.10 – Situation matrimoniale

Toutes les femmes acceptantes vivent en couples.

4.11 – Suivi et contrôle

TABLEAU n° 19 : Répartition des acceptantes selon le suivi et contrôle

Année	2001	2002	TOTAL	Pourcentage
Tolérance	54	96	450	56,60%
Changement	6	7	13	4,91%
Abandon	59	43	102	38,49%
Echec	0	0	0	0
TOTAL	119	146	265	100%

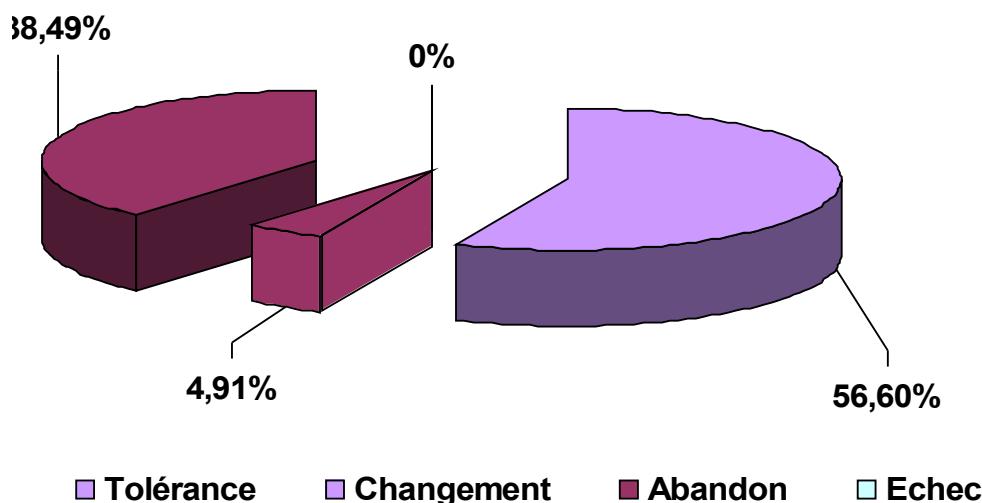


Figure 19: Diagramme des acceptantes selon le suivi et contrôle.

TABLEAU n° 20 : Répartition des méthodes selon le suivi et contrôle

Suivi et contrôle Méthodes	Tolérance	Changement	Abandon	Echec	TOTAL				
CI	133	50,19%	9	3,40%	75	28,30%	0	0	217
CO	17	6,41%	4	1,51%	23	8,67%	0	0	44
DIU	0	0	0	0	1	0,38%	0	0	1
CONDOMS	0	0	0	0	2	0,76%	0	0	2
OVULES	0	0	0	0	1	0,38%	0	0	1
TOTAL	150	56,60%	13	4,91%	102	38,49%	0	0	265

EFFECTIF

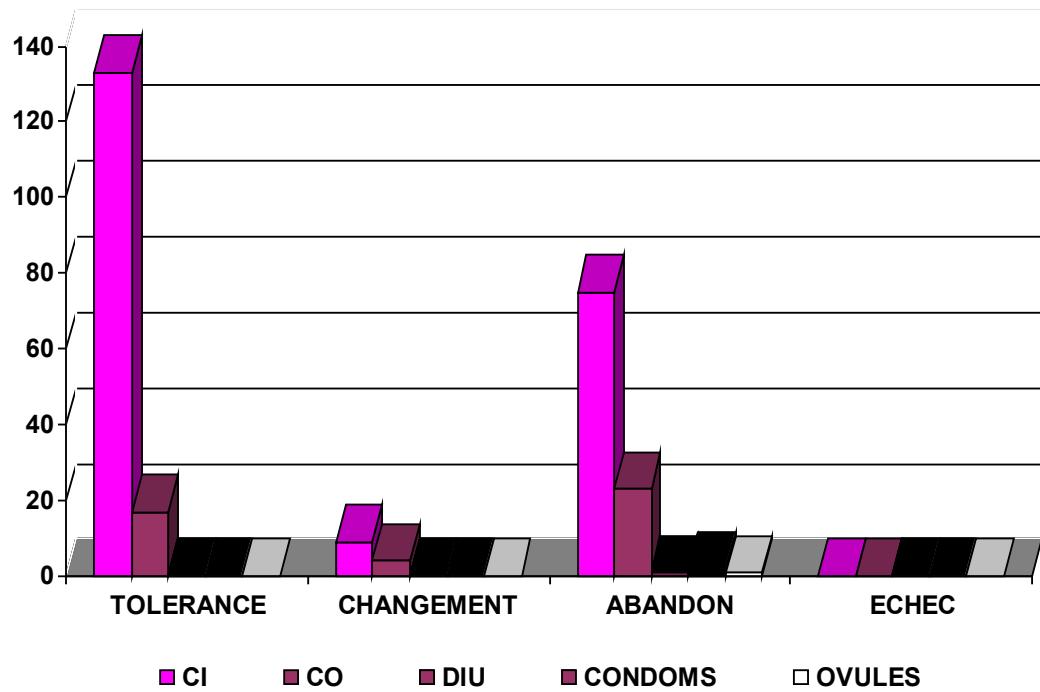


Figure 20 : Histogramme des méthodes selon le suivi et contrôle

4.-12-Motif de changement

TABLEAU n°21 Répartition des acceptantes selon le motif de changement

Motif de changement	Année	2001	2002	TOTAL	POURCENTAGE
Céphalée		0	1	1	7,69%
Spotting		2	1	3	23,08%
Aménorrhée		2	2	4	30,77%
Epigastralgie		1	2	3	23,08%
Métrorragie		1	1	2	15,38%
TOTAL		6	7	13	100%

4-13 Régularité des acceptantes

TABLEAU n°22 Répartition des acceptantes selon la régularité du rendez-vous

Rendez-vous	Année	2001	2002	TOTAL	POURCENTAGE
Régulière		92	131	223	84,16%
Irrégulière		27	15	42	15,84%
TOTAL		119	1456	265	100%

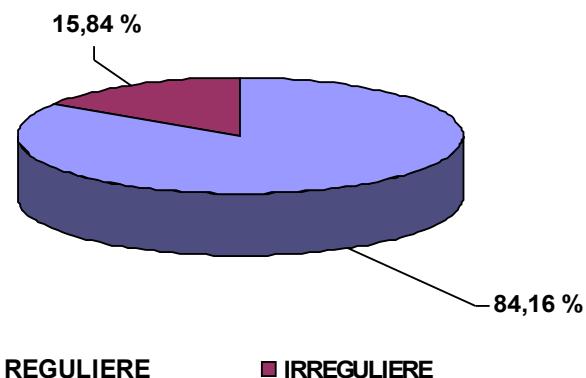


Figure 21 : Diagramme des acceptantes selon la régularité du rendez-vous

TABLEAU n°23 : Répartition des méthodes selon la régularité du rendez-vous

Méthodes	Régularité du rendez-vous		Irrégulière		TOTAL
	Régulière	Irrégulière	Régulière	Irrégulière	
CI	191	72,08%	26	9,80%	217
CO	31	11,70%	13	4,90%	44
DIU	1	0,38%	0	0	1
CONDOMS	0	0	2	0,76%	2

OVULES	0	0	1	0,38%	1
TOTAL	223	84,16%	42	15,84%	100%

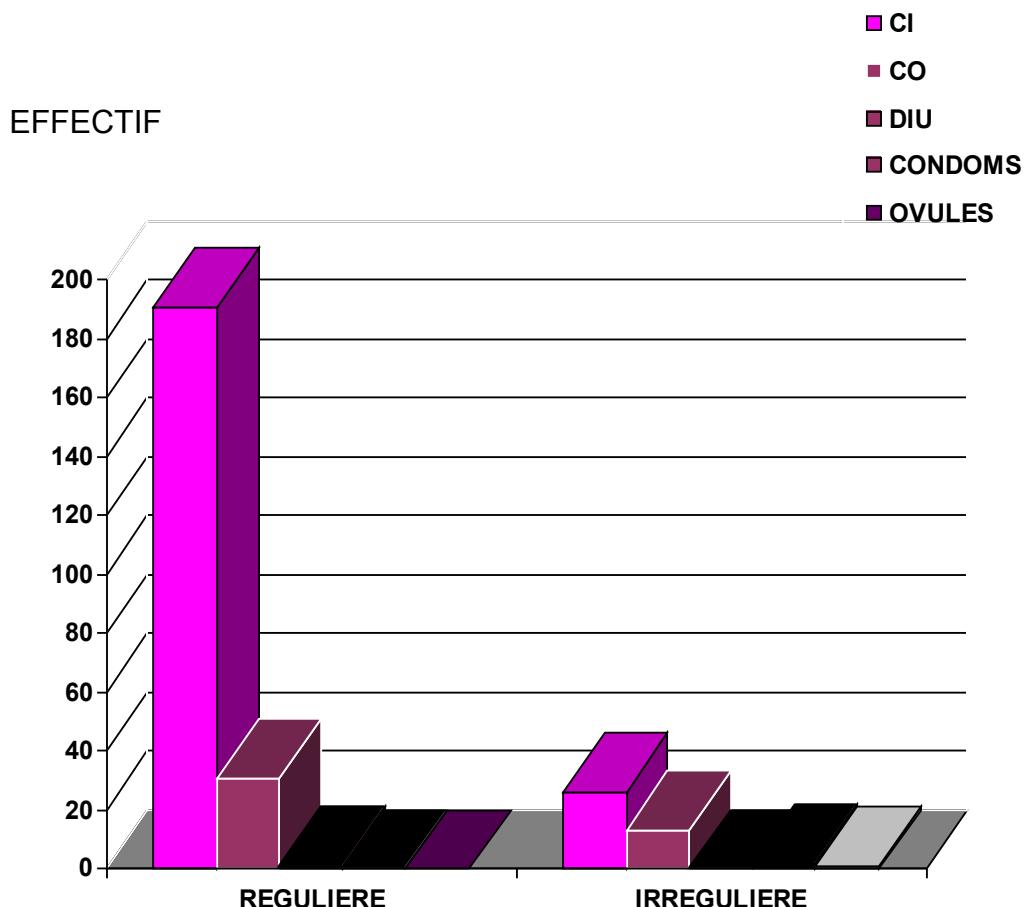


Figure 22 : Histogramme des méthodes selon la régularité du rendez-vous

I- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1 -1-Selon la date de début de contraception

29,05% des femmes acceptantes sont arrivées en première consultation au quatrième trimestre, les 23,40% au deuxième trimestre et les 23,02% au premier trimestre.

Ce résultat correspond à la disponibilité des femmes par rapport aux activités quotidiennes.

1 -2-Selon l'âge

En 2001 les femmes âgées de 25 à 29 ans sont les plus nombreuses tandis que pendant les années 2002 ce sont les femmes âgées de 20 à 24 ans.

L'âge prédominant des acceptantes est compris entre 20 et 35 ans avec un taux de 71,32% ; les femmes âgées de 20 à 24 ans 29,81% , celles âgées de 25 à 29 ans 26,42% , celles âgées de 30 à 34 ans 15,09%. Pour les âges extrêmes, les femmes âgées de moins de 20 ans 15,85% et celles âgées de plus de 35 ans 12,83%.

Dans la tranche d'âge de 20 à 35 ans, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives est élevé. Ceci est du aux intenses activités sexuelles des femmes. C'est dans cette tranche d'âge qu'elles sont conscientes de la nécessité de la PF devant les problèmes socio-économiques et démographiques, puisque la majorité des femmes comprises dans cette fourchette d'âge ont déjà plusieurs enfants et en connaissent les méfaits.

Les femmes âgées de moins de 20 ans ont faible utilisation des méthodes contraceptives. Cela est dû à la méconnaissance de la contraception ou par manque d'information ou encore par manque de courage de se renseigner sur la contraception. De plus, les jeunes pensent que la planification est réservée pour les mariés surtout pour la population rurale.

Pour les femmes âgées de plus de 35 ans, le taux d'utilisation diminue du fait de la chute de fécondité au fur et à mesure que l'âge avance.

1-3-Selon les méthodes utilisées

81, 89% soit 217 acceptantes adoptent les contraceptifs injectables, 16,60% soit 44 acceptantes ont choisi les contraceptifs oraux, 0,38% soit 1 femme a opté pour les dispositifs intra-utérins, 1,13% soit 3 personnes ont opté pour les méthodes barrières : 2 acceptantes pour les condoms, 1 acceptante pour les ovules.

Les contraceptifs injectables sont pratiqués car c'est une méthode discrète, facile à utiliser, ne demandant aucun effort de mémoire.

Les contraceptifs oraux imposent des contraintes que seules les femmes disciplinées peuvent suivre.

Les méthodes barrières n'occupent qu'une infime partie des méthodes utilisées, ceci peut être dû à la vente libre des préservatifs masculins chez tous les commerçants et du fait de la honte et surtout de l'égoïsme des hommes.

Les femmes ont peur d'utiliser les DIU car elles pensent que c'est un instrument un peu gênant.

Les autres méthodes ne sont pas disponibles dans le centre, ce qui rend les clientes insatisfaites lors des choix de méthodes.

Les femmes âgées de 20 à 35 ans sont les plus séduites par l'emploi des contraceptifs injectables : 153 soit 80,95% puis les contraceptifs oraux : 32 femmes soit 16,93%, 2 clientes pour les condoms, 1 cliente chacune pour les DIU et les ovules.

Quelle que soit la tranche d'âge, les contraceptifs injectables sont les plus utilisés puis les contraceptifs oraux.

1-4-Selon le nombre d'enfants vivants

61,51% des femmes ont un ou 2 enfants ; 25,66% des acceptantes ont 3 ou 4 enfants ; 11,70% ont 5 enfants ou plus ; 1,13% des femmes n'ont pas d'enfants.

Nous remarquons la détermination des femmes à utiliser la PF. La plupart d'entre elles sont conscientes du fait qu'avoir beaucoup d'enfants nuit à leur propre santé et comporte de nombreuses inconvénients pour leurs enfants. Les femmes qui ont beaucoup d'enfants à charge ont le double handicap de ne pas participer à la vie active ni de pouvoir améliorer le budget familial.

Toutes les femmes qui n'ont pas d'enfants ont recours à des contraceptions orales. Pour les femmes ayant 1 ou 2 enfants vivants, seuls les ovules ne sont pas utilisés. Nous observons 82,28% des femmes utilisant les contraceptifs injectables ; 12,88% pratiquant les contraceptifs oraux ; 1,23% les condoms et 0,61% les DIU.

Les femmes ayant 3 à 4 enfants à charge : 79,41% utilisent les contraceptifs injectables ; 19,12% les contraceptifs oraux et 1,47% les ovules.

Les clientes ayant plus de 5 enfants : 77,42% pratiquent les contraceptifs injectables et 22,58% les contraceptifs oraux.

1-5 Selon l'âge du dernier-né

30,19% des acceptantes commencent la contraception avant le 6^{ème} mois du post-partum ; 25,66% entre le 6^{ème} et le 12 ème mois du post-partum ; 21,13% entre le 13^{ème}, 24ème mois du post- partum et 21,89% débutent la contraception 24 mois après l'accouchement.

Plus de la moitié des femmes viennent pratiquer la contraception avant une année du post-partum du fait du retour à la fécondité qui survient généralement entre le 6^{ème} et le 8^{ème} mois.

Pour les femmes ayant commencé la contraception avant le 6^{ème} mois, les méthodes les plus utilisées sont les contraceptifs injectables avec un taux de 87,50% puis les contraceptifs oraux avec 8,75%. Les DIU, les condoms et les ovules sont utilisés par les femmes commençant la contraception avant le 6^{ème} mois avec un taux respectif de 1,25%.

Pour les femmes commençant la contraception après le 6^{ème} mois du post-partum, la proportion est la même qu'avec les contraceptifs injectables et les contraceptifs oraux.

1-6 Selon le niveau d'instruction

Les clientes ayant atteint le niveau primaire et celles qui ont acquis le niveau secondaire représentent 95,10% des acceptantes, les analphabètes sont plus rares 4,90%. Aucune femme du niveau universitaire n'est trouvé dans notre étude.

Nous constatons que les femmes instruites acceptent plus facilement les méthodes contraceptives. Ceci prouve que l'instruction joue un rôle primordial aussi bien sur la fécondité que sur la connaissance et la pratique de la PF. Le niveau d'instruction facilite l'acquisition des informations sur la PF.

Quel que soit le niveau d'instruction, les contraceptifs injectables et les contraceptifs oraux sont les plus utilisés. Les DIU et les ovules sont utilisés par les femmes ayant atteint le niveau primaire. Seuls les gens du niveau secondaire pratiquent les condoms.

1-7 Selon le motif d'adhésion à la PF

74,72% des acceptantes optent pour un espacement des naissances et 25,28% une limitation de naissances.

Pour les femmes optant pour l'espacement de naissance, les contraceptifs injectables avec un taux de 61,88% sont les plus demandés. Viennent ensuite les contraceptifs oraux avec 11,70% et les DIU, les condoms, les ovules respectivement 0,380%

Pour les femmes voulant limiter les naissances, les contraceptifs injectables représentent 20% ; les contraceptifs oraux 4,90% ; les condoms 0,38%. Ces femmes ont au moins 3 enfants vivants.

1-8- Selon la source d'information

68,30% des femmes sont informées par les membres de leur famille et/ou leurs amis ; 27,17% par les agents de santé ; 4,15% par la radio, la télévision ou le journal ; 0,38% par la brochure .

La CCC sur les méthodes contraceptives est insuffisante. Presque les deux tiers des acceptantes sont informés par les membres de leur famille ou leurs amis.

Ce résultat est contraire de ce qu'on a obtenu dans les zones urbaines où les personnels de santé sont la principale source d'information en PF.

Les 77,78% des femmes informées par les agents de santé utilisent les contraceptifs injectables ; 18,05% utilisent les contraceptifs oraux et respectivement 1,39% ont pratiqué les DIU, les condoms et les ovules.

Toutes les femmes informées par la brochure utilisent les contraceptifs oraux.

1-9 Selon la résidence et le temps mis pour venir au centre

51,32% des clientes habitent aux alentours du CSB II de Beloha ; 48,68% demeurent loin du centre.

Nous constatons que 51,32% des femmes mettent moins de 20 minutes pour venir au centre ; 31,32% arrivent au centre entre 30 et 60 minutes et 17,36% font plus de 60 minutes de trajet.

1-10- Selon la situation matrimoniale

Toutes les femmes acceptantes vivent en couple. La population rurale pense que la PF est destinée aux mariés .

1-11-Selon le suivi et contrôle

Les cas d'abandon quel que soit le motif sont considérés comme perdus de vue.

Dans le centre 38,49% des acceptantes sont perdues de vue dont 73,52% pour les contraceptifs injectables ; 22,54% pour les contraceptifs oraux et le reste pour les DIU , condoms et ovules.

Dans notre étude, 13 femmes soit 4,91% ont changé de méthode du fait des divers effets secondaires dont 9 soit 3,40% initialement contraceptifs injectables ont choisi les contraceptifs oraux et 4 soit 1,51% initialement contraceptifs oraux ont opté les contraceptifs injectables.

Parmi les motifs de changement, on peut citer par ordre de fréquence pour les contraceptifs injectables les troubles de règles (aménorrhée, spotting, metrorragie) et pour les contraceptifs oraux épigastralgie surtout.

Aucun échec n'est constaté durant la période d'étude.

Au point de vue tolérance, nous avons constaté que les contraceptifs injectables paraissent les mieux tolérés par les clientes.

1-12- Les problèmes rencontrés dans ce centre

Le service PF est assuré par un seul médecin qui s'occupe aussi de la consultation externe et de la CPN.

L'insuffisance du personnel empêche le bon développement de la PF et complique le fonctionnement du service.

D'après notre observation, le temps moyen consacré à une cliente est de dix minutes. On peut dire que d'une part, un seul médecin ne peut pas prendre en charge de façon adéquate la CCC et le suivi des clientes, d'autre part, ce médecin ne peut pas faire des visites à domicile ou toute autre stratégie avancée.

Par ailleurs, le bas niveau d'instruction des clientes rend la CCC difficile.

II- SUGGESTIONS

Des dirigeants étrangers ont considérés la croissance démographique comme l'un des problèmes les plus graves existant dans le monde et ont jugé que les investissements dans la PF étaient parmi les plus rentables dans le domaine de développement (51).

Il faut signaler que Madagascar fait partie des pays en développement et que la croissance démographique qui est estimée à 2,8% reste relativement élevée.

Pour faire face à la situation, nous proposons d'émettre quelques suggestions.

2-1-Au niveau du service de PF au CSB II de Beloha

2-1-1-Pour la qualité de service

- Malgré l'insuffisance du personnel dans ce centre, on observe un manque flagrant de séances de CCC des clientes. Donc, il faut augmenter l'effectif du personnel pour pouvoir assurer convenablement les prestations en révisant le principe de calcul de recette appliqué au centre.
- Améliorer les infrastructures du centre : il faut d'autres salles pour la CPN et la PF. Le personnel pourra travailler dans de bonnes conditions.
- Doter le centre de matériels adéquats par l'utilisation d'autres méthodes contraceptives comme le Norplant et la CCV, ceci afin de mettre à la disposition des clientes un large éventail de méthodes contraceptives afin qu'elles puissent choisir celle qui lui convient le mieux, si elle est adaptée à ses conditions socio-économiques et sanitaires.

2-1-2- Pour les utilisatrices

- Etablir la confiance des bénéficiaires en renforçant les liens entre les prestataires et les clientes.
- Bien exposer les avantages et les inconvénients de la PF et de chaque méthode.
- Faire connaître les effets secondaires, la réversibilité, l'efficacité de chaque méthode, tout en faisant participer les gens à des débats organisés tout en tenant compte du niveau intellectuel, des us et coutumes des clientes (focus groupe)
- Aider les acceptantes pour le choix des méthodes.
- Pour convaincre les rumeurs, utiliser les témoignages des clientes satisfaites.

2-1-3 Pour le suivi et contrôle

- Assurer un suivi médical approprié
- Traiter les effets secondaires éventuels
- Récupérer les perdues de vue en leur proposant une autre méthode sûre et convenable suivant leur choix.

2-2-Au niveau national

- Etendre les centres ou sites de PF au niveau des Fokontany ou au niveau des zones défavorisées pour diminuer le nombre de perdues de vue et améliorer la qualité des prestations des centres de PF pour une meilleure couverture des zones à risque.

- Maximaliser le recrutement des jeunes médecins et para-médicaux pour assurer la bonne marche des centres de PF ;
- Encourager les ONG et autres associations à entreprendre des activités de PF.
- Octroyer au personnel de la planification familiale des indemnités ou primes de performance.
- Octroyer des primes pour les couples fidèles à la contraception pendant 2 ans.
- Encourager les femmes à des échanges d'idées avec leur mari surtout en matière de reproduction.
- Donner et adopter l'information et l'éducation à chaque stade de développement intellectuel ou à chaque tranche d'âge, et si possible avoir recours à un psychologue, tout au moins au niveau de l'organe central de conception et de planification.
- Organiser une IEC spéciale pour les hommes afin de leur faire comprendre qu'ils doivent participer pleinement aux programmes de la planification de la famille, soit en encourageant leurs épousés, soit en adoptant eux- même une méthode contraceptive.
- Demander la collaboration des dirigeants religieux pour convaincre les femmes à accepter la PF.
- Augmenter le taux de scolarisation car les femmes et les couples instruits sont plus récepteurs de l'IEC , et une étude plus longue pourrait retarder le calendrier de la procréation.
- Lutter contre la pauvreté car une famille pauvre ne pense qu'à sa survie et n'aura pas le temps pour venir au centre.
- Informer et éduquer les jeunes sur la fécondité et la sexualité en milieu scolaire, voire dans les différentes associations.

De plus :

- Les informations sur la PF doivent se multiplier en utilisant de nombreux supports matériels audio-visuels et des ressources humaines.
- Une collaboration étroite entre la Ministère de la Santé et les agents communautaires est souhaitable pour que la CCC puisse aboutir.

Bref, la contribution de toute organisation de bonne volonté et du Gouvernement dans la promotion de la santé de la reproduction est importante afin d'assurer le succès des programmes et projets axés sur la population et le développement.

CONCLUSION

La PF est un des principaux moyens d'améliorer la qualité de vie familiale par la réduction de la taille de la famille qui permet une augmentation du pouvoir d'achat. En espaçant ses grossesses, la femme peut s'épanouir davantage, protéger ses enfants des complications au cours des accouchements et après la naissance, leur faire bénéficier de plus d'affection.

Notre étude rétrospective a été réalisée au CSB II de Beloha Ambohitrimanjaka. Elle permet d'évaluer les activités de la PF au cours des années 2001-2002.

Les résultats de l'étude ont permis de constater les faits suivants :

- Les nouvelles acceptantes sont au nombre de 265
- La majorité des femmes soit 217 femmes utilisent les contraceptifs injectables, 44 femmes préfèrent les contraceptifs oraux, 2 clientes pour les condoms, 1 cliente pour le dispositif intra-uterin et une pour les ovules.
- 71,32% des femmes sont âgées de 20 à 35 ans, 15,85% de moins de 20 ans et 12,83% de plus de 35 ans.
- Les femmes ayant au moins un enfant et au plus 4 enfants représentent 87,17%.

Les femmes ayant effectué des études primaires et secondaires sont les plus nombreuses 95,10%.

- 68,30% ont été informées par les membres de la famille et les amis; 27,17% par les agents de santé ; 4,15% par les médias, 0,38% par les brochures.
- 51,32% des femmes habitent aux alentours du centre, 48,68% loin du centre.
- 74,72% veulent espacer leurs naissances et 25,28% les limiter
- Toutes les femmes de notre étude vivent en couple.
- Le taux de perdues de vue est très important 38 ;49% ; 56,60% des clientes tolèrent bien les méthodes ; 4,91% ont changé de méthode du fait des divers effets secondaires. Aucun échec n'a été relevé.

Par ailleurs on a constaté

- l'insuffisance du personnel qui est un premier obstacle à la promotion de la PF dans ce centre
- Le bas niveau d'instruction des acceptantes rendant difficile la compréhension de la contraception et sa promotion.
- L'absence de jeunes filles dans le domaine de la contraception.
- La fréquence des abandons.

Nos suggestions peuvent se résumer ainsi :

- augmenter l'effectif du personnel
- intensifier la CCC
- améliorer le système de recyclage et formation continue du personnel sanitaire.
- Décentraliser la PF au niveau des Fokontany
- Augmenter le taux de scolarisation des femmes et mettre dans le programme scolaire la PF
- Lutter contre la pauvreté.

E. Suivi

Date DR	Examen Clinique** Résultats	Effets Secondaires à préciser	Méthode prescrite et quantité	Raison de changement de méthode	Nom du Prestataire	Date RV

INSTRUCTIONS: COC, PP, CI, NOR:

DIU:
 A chaque visite: TA, Poids
 Une fois par an: TV plus spéculum, examen seins
 A chaque visite: Conjonctives: TV plus spéculum

FICHE DE CONSULTATION DE PLANIFICATION FAMILIALE

ASSONG

A. Lieu de prestation de service

1. Faritany	2. SSD	
3.1 Entité	3.2 Formation sanitaire	
4. Date 1ère consultation		

B. Identification de l'utilisateur

1. N° d'enregistrement:	2. Année:
3. Nom:	
4. Prénoms:	
5. Date de naissance:	6. Age: <18 ans <input type="checkbox"/> >35 ans <input type="checkbox"/>
7. Niveau d'instruction:	<input type="checkbox"/> Illétré <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Universitaire
8. Adresse:(préciser Fokontany, Firisana)	
9. Temps mis pour venir en consultation (en mn):	
10. Etat matrimonial: <input type="checkbox"/> Vit en couple <input type="checkbox"/> Vit seul	
11. Niveau d'instruction conjoint: <input type="checkbox"/> Illétré <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Universitaire	
12. Nombre de gestations:	
13. Nombre d'enfants vivants actuellement:	
14. Date naissance du dernier-né ou âge:	
15. Date naissance avant dernier-né ou âge:	

C. Contraceptions antérieures

1. Méthodes déjà suivies	2. Période	3. Raisons d'arrêt
4. Motifs d'adhésion à la Planification Familiale: <input type="checkbox"/> Espacement <input type="checkbox"/> Limitation		
5. Source d'information sur la PF: <input type="checkbox"/> Radio/TV/Journ. <input type="checkbox"/> Imprimé/Affiche <input type="checkbox"/> Personnel médical <input type="checkbox"/> Agent de Santé <input type="checkbox"/> Famille-Amis		

D. Prescription d'une méthode contraceptive

ETAT	Résultats		Méthodes disponibles						
	Oui	Non	COC	PP	CI	DIU	BAR	NOR	CCV
1. INTERROGATOIRE-ETAT ACTUEL									
1.1. Grossesse			4	4	4	4	4	4	4
1.2. Allaitement maternel de : <6 sem			x	x	x	x	x	x	x
6 sem ... 6 mois			3						
1.3. Tabagisme Age >35 ans >20 tiges/jour			4						
1.4. Adolescent(e) (<18 ans)				3	3	3		3	4
1.5. Nulliparité						3			4
1.6. Traitement en cours :									
Epilepsie sous barbiturique			3	3	3				3
Tuberculose, lépre sous rifampicine			3	3	3				3
1.7. Maladies cardio-vasculaires			3	3	3				3
1.8. Dysménorrhée/hyperménorrhée						3			
1.9. Mètrorrhagie d'origine Inconnue			4	4	4	4			4
1.10. Désir rapide de fécondité					3				4
2. INTERROGATOIRE, ANTECEDENTS									
2.1. Ictère <6 mois			4	4	4				4
2.2. HTA >16/10 et/ou migraine			4						
2.3. Thromboembolie ou varices profondes			4						
2.4. Infection génitale						4			
2.5. Diabète			3						3
3. EXAMEN GENERALE ET GYNECOLOGIQUE									
3.1. TA : <16/10									
=16/10			3						
>16/10			4						
3.2. Coloration des conjonctives : Ictère			4	4	4				3
anémie sévère						3			3
3.3. Seins : cancer actuel			4	3	3				3
3.4. Cirrhose (ascite/hépatomégalie)			4	4	3				3
3.5. Cancer du foie			4	4	4				3
3.6. Varices profondes (douleurs, œdèmes, lourdeur)			4						
3.7. Spéculum : - cervicite purulente						4			
- cancer du col						4			

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Legrain G,Delvoye P. La planification familiale : pratique et opérationnelle. Paris : Hatier , 1994 : 1 – 4.
- 2- Claire B, Hammoude B, Mohammed Z, Deidre W. Stratégie de gestion pour améliorer les services de PF. Projet FPMD, Boston, 1996 157 : 5 – 9.
- 3- OMS. Education sanitaire en matière de PF. Série des rapports techniques. OMS , Genève 1971 : 15 – 16
- 4- Aguillar TH. L'enfant et sa santé. 77190 Dammarie les Lys : SDT , 1974 : 14, 30,40,484 – 490.
- 5- Gallen ME. L'homme dans les programmes de PF. Population Report, 1987 :12- 16
- 6- FNUAP . Politique et standard des services de PF . FNUAP- MINSAN, 1993 : 25.
- 7- Malinas G. La contraception. Paris : Ellipses , 1997 : 21,25,76,83.
- 8- Legrain G , Delvoye P , Ranjalahy RJ. La santé de la reproduction : pratique et opérationnelle. Antananarivo : FNUAP, 2001 : 33 – 74.
- 9- Aguillar I. Femme et mère .77190 Dammarie les Lys : SDT, 1974 : 55, 58, 64, 334 – 345.
- 10- Serfati D . La contraception. Doin , Paris, 1986 : 27
- 11- Giraud JR, Touraine M. Gynécologie. Masson, 1999 : 16.

- 12- Sureau M. La maternité. La gestation et l'obstétrique. Edition Foucher. Paris 1^{er}, 1984 : 33- 84.
- 13- Tavernier R, Désiré C. Biologie. Bordas, Paris, 1990 : 124- 125.
- 14- Ratsikiniony RM. Etude épidémioclinique des méthodes contraceptives injectables au CSB II de Mahamasina en 1998. Thèse Médecine, Antananarivo , 2001 ; N° 5918 : 11
- 15- FNUAP. Politique nationale de population pour le développement économique et social. FNUAP- MINSAN, 1990 ; 90 030 : 12.
- 16- FNUAP. Politique et standard de service de PF à Madagascar .FNUAP-MINSAN, 1992 : 28.
- 17- Fournie A , Laffargue F, Piana L. Gynécologie, contraception. Paris: la couleur d'esculape , 1989 ; 11; 2 : 163 – 165
- 18- FNUAP. Family Planning method and pratice. Africa: second edition, FNUAP,1997 : 117, 261, 507.
- 19- Pascal. La planification familiale. OMS- CA,1982 :23-25.
- 20- Dourlen, Rollier AM.La PF et la loi. Santé du Monde, 1989 : 7.
- 21- OMS. Les contraceptifs injectables. Leur rôle en PF. Formule et mode d'action. OMS, Genève 1990 : 3.
- 22- Family Health International. Contraceptifs injectables, série de mis à jour de la technologie contraceptive. FHI , 1995 : 94.
- 23- Halipe PE et coll. Contraceptifs injectables, Santé du monde.1997 : 53-57.

- 24- OMS. Implant contraceptif sous-cutané : Norplant. Directives concernant les aspects techniques et gestionnaires.OMS, Genève, 1990 :3-4 :
- 25- Vekemans M, Relvigne D. Paesmans M. Continuité d'utilisation d'implant contraceptif au lévonogestrel. Rev Med, 1996 ; 17 :375-381.
- 26- John H. Norplant, guide de consultation. Population Reports, Université Baltimore, série K, 1990, 04 : 1- 28
- 27- Kone B. La contraception par les implants sous cutanés de Lévonorgestrel. Experience Africaine du Burkinafasso. Médecine d'Afrique Noire, 1999 ; 136 – 139.
- 28- OMS. Contraception mécanique et spermicide. Leur rôle en PF. OMS, Genève , 1987:1-13.
- 29- Grange G. Les stérilets DIU. Guide des premières ordonnances. Edition de santé, 1994 :133-137.
- 30- François A, Phillippe G. Les DIU :Essenciel de Poche. Paris : Ellipses / Masson. 3éme édition, 1995 :173.
- 31- Andriamparany NH. DIU : son utilisation au CSMI de Tsaralalana en 1998- 1999. Thèse Médecine, Antananarivo, 2001 ; N°5632 : 25
- 32- OMS. Le vasectomie. Guide à l'intention du technicien et du gestionnaire.OMS, Genève, 1987 :1.
- 33- Belaisch J. Contraception et stérilisation masculine. Gynécologie. Masson, Paris, 1998 : 515.
- 34- Chelli H. La stérilisation féminine. Gynécologie. Marketing/ Ellipses. 1998 :515.

- 35- APPROPOP/PF. Guide de session. Module PF : méthode barrière. Projet APPROPOP/PF. 1997 ; 8 : 22.
- 36- Sherris JD. Les condoms : produit, promotion, protection, situation actuelle. Populations Reports, série H, 1983 ; 6 : 1-35.
- 37- Family Health International.Net Work en Français. FHI, Printemps, 1997 ; 3 : 16-17.
- 38- OMS. Choix des méthodes contraceptives. Guide théorique et pratique.OMS, Genève , 1992 :10-25.
- 39- Ogino-Knauss. Ovulation Sternum und Konzeption sternum (Jour d'ovulation et jour de conception). Zentral Blatt fur Gynäkologie . 1933 : 86.
- 40- Foege W. Planification familiale. Méthode et pratique. Med Afr. 1985 : 3.
- 41- Paulet C. Régulation des naissances. Institut de Formations et de Recherches Démographiques (I.F.R.O.R.D.), Yaoundé, 1984 :21,195.
- 42- Ecochard I. Régulation des naissances par méthode d'auto-observation. Thèse de l'Université Claude Bernard, Lyon Nord, 1982 :41
- 43- Cohen J, Achard B. La contraception : la technique de la planification familiale. Paris : Masson, 1989 :15
- 44- Billing J. Régulation naturelle des naissances, la méthode d'ovulation Masson, 1985:20
- 45- Billing JJ. The ovulation method.Seventh Edition, Advocate press Pty, 1983 : 19

- 46- Ratianavololona H. Evaluation des différentes méthodes contraceptives utilisées dans le secteur médical dispensaire urbain d'Anosipatrana. Thèse Médecine, Antananarivo , 1996 ; N° 4090 :15,16.
- 47- Raharimbola S. La contraception et le bien être du couple .Thèse Médecine, Antananarivo , 1991; 2314 :7-12
- 48- Leamer SB, Sugarman M. Breast feeding beyond six month mother's perception of the positive and negative consequences . J trop Pediatr. 1987 ;10: 114-118.
- 49- OMS. La femme et l'allaitement au sein .Distribution générale. OMS, Genève, 1990 :1-5.
50. Rakotoarisoa JAH. Evaluation des activités du CSB II de Beloha Ambohitrimanjaka du mois de juillet 1999 au mois de juin 2000 .Thèse Médecine, Antananarivo, 2001; N° 5679 : 12-17.
- 51- Population Reports Bureau. A la recherche d'un terrain d'entente : objectifs démographique et choix individuel. PRB, 1994.

VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY , eto anolohan'ireo Mpampianatra ahy , sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

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

Hotsaboiko 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 ahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho, dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka ho 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 lalan'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 RANDRIANARIVO

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

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

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

<u>Name and First name</u>	RABODOVOLOLOONA Marie Jocelyne		
<u>Title of the thesis</u>	THE ACTIVITY ESTIMATE OF THE FAMILY PLANNING FOR THE HEALTH CENTER LEVEL TWO OF BELOHA AMBOHITRIMANJAKA		
<u>Rubric</u>	Public Health / Health Reproduction		
<u>Number of Pages</u>	: 56	<u>Number of tables</u>	: 23
<u>Number of annex</u>	: 01	<u>Number of figures</u>	: 22
<u>Number of bibliographic references</u>	: 51		

SUMMARY

In spite of the still weak rate. The family planning stretch over the country area.

The work have a objective to evaluate the practical situation of the family planning in the Health Center Level II of Beloha Ambohitrimanjaka . Its acts of the retrospective study carried out in the 265 of news users of the family planning during years 2001 – 2002.

We are noted, that the injection contraception are the most used (81,89%), the bracket age between 20 and 35 years old is the most touching (71,32%), the women which having a primary and secondary level education were the most numerous (52,42% and 42,61%); every women that practiced the family planning were lived in couple, the 68,30% of the information spring came out from the family or the friends. In views of the rate (38,49%), the abandonment is important.

This situation lead us to purpose some suggestion like the Increasing of the personal number to intensify the Communication for the Behaviour change and to fight against poverty

<u>Key-words</u>	: Family planification –Communication for the Behaviour Change-Education of level-Origin of information Acceptance situational
------------------	--

Director of the thesis : **Professor RANDRIANARIVO**

Reporter of the thesis : **Doctor FENO Etienne**

<u>Address of the author</u>	: Lot D 68 PH Ampahibe Ambohitrimanjaka. Ambohidratrimo 105
------------------------------	--

<u>Nom et prénoms</u>	RABODOVOLOLONA Marie Jocelyne		
<u>Titre de la Thèse</u>	EVALUATION DES ACTIVITES DE PLANIFICATION FAMILIALE AU CSB II DE BELOHA AMBOHITRIMANJAKA		
<u>Rubrique</u>	Santé Publique / Santé de la reproduction		
<u>Nombre de Pages</u>	57	<u>Nombre de tableaux</u>	: 23
<u>Nombre d'annexes</u>	: 01	<u>Nombre de figures</u>	: 22
<u>Nombre de référence bibliographiques</u>	: 51		

RESUME

La planification familiale s'étend vers la zone rurale mais le taux d'utilisation est encore faible.

Ce travail a pour but de connaître la situation en pratique de la planification familiale au niveau du Centre de Santé de Base Niveau II de Beloha Ambohitrimanjaka au cours des années 2001 – 2002. Il a été réalisé à partir d'une étude rétrospective portant sur 265 nouvelles acceptantes.

Nous avons trouvé que les contraceptifs Injectables sont les plus utilisés (81,89%), la tranche d'âge entre 20 et 35 ans est la plus concernée (71,32%), les femmes ayant le niveau primaire et secondaire sont les plus nombreuses, (52,45% et 42,65%) ; toutes les femmes acceptantes vivent en couple ; les 68,30% des sources d'information sont faites par la famille / amis, les abandons sont importantes (38,49%).

Cette situation nous a amené à proposer quelques suggestions : augmenter le nombre du personnel, intensifier la Communication pour le Changement de Comportement, lutter contre la pauvreté.

<u>Mots – clés</u>	: Planification familiale – Communication pour le changement de comportement- Niveau d'instruction – Sources d'information - Situation des utilisatrices
<u>Directeur de thèse</u>	: Professeur RANDRIANARIVO
<u>Rapporteur de thèse</u>	: Docteur FENO Etienne
<u>Adresse de l'Auteur</u>	: Lot D 68 PH Ampahibe Ambohitrimanjaka. Ambohidratrimo 105