

LISTE DES TABLEAUX

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Tableau n° 1 :	Répartition des femmes utilisatrices selon les méthodes contraceptives.....	19
Tableau n° 2 :	Répartition des utilisatrices du Norplant selon les tranches d'âge.....	20
Tableau n° 3 :	Répartition des utilisatrices du Norplant selon le nombre d'enfants.....	21
Tableau n° 4 :	Répartition des utilisatrices du Norplant selon le niveau d'instruction.....	22
Tableau n° 5 :	Répartition des utilisatrices du Norplant selon le motif de contraception.....	23
Tableau n° 6 :	Répartition des utilisatrices du Norplant selon les effets secondaires.....	24
Tableau n° 7 :	Répartition des utilisatrices selon les avantages exprimés.....	25

LISTE DES FIGURES

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Figure n° 1 :	Schéma de l'ambivalence des dynamiques démographiques malthusiens et anti-malthusiens.....	5
Figure n° 2 :	La fécondité dans le monde.....	7
Figure n° 3 :	Le phénomène d'inversion démographique.....	15
Figure n° 4 :	Emplacement du service de planification familiale d'Ampefiloha.....	17
Figure n° 5 :	Diagramme de la répartition des utilisatrices selon les méthodes contraceptives	19
Figure n° 6 :	Diagramme de la répartition des utilisatrices du Norplant selon les tranches d'âge.....	20
Figure n° 7 :	Diagramme de la répartition des utilisatrices du Norplant selon le nombre d'enfants.....	21
Figure n° 8 :	Diagramme de la répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction.....	22
Figure n° 9 :	Diagramme de la répartition des utilisatrices du Norplant selon le motif de contraception.....	23
Figure n° 10 :	Diagramme de la répartition des utilisatrices selon les effets secondaires.....	24
Figure n° 11 :	Diagramme de la répartition des utilisatrices selon les avantages exprimés.....	25
Figure n° 12 :	Proposition d'un réseau de centres Norplant.....	31

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	Pages
.....	1

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

1. Planification familiale.....	3
1.1. Définition.....	3
1.2. Régulation des naissances.....	3
2. Les méthodes contraceptives modernes.....	6
2.1. Les programmes.....	6
2.1.1. Les implants.....	8
2.1.2. Les contraceptifs injectables.....	9
2.1.3. Les contraceptifs oraux.....	10
2.1.4. Dispositif Intra-Utérin ou stérilet ou DIU.....	11
2.1.5. Stérilisation tubaire.....	12
2.1.6. Vasectomie.....	12
2.1.7. Les préservatif masculins ou condoms.....	13
2.1.8. Le diaphragme ou cape cervicale.....	14
2.2. Les moyens.....	14

DEUXIEME PARTIE : ETUDE DE L'UTILISATION DU NORPLANT

1. cadre d'étude.....	16
2. Méthodologie.....	16
2.1. Méthode d'étude.....	16
2.2. Paramètres d'étude.....	18

3. Résultats.....	Pages
.....	18

3.1. Nombre de femmes inscrites au centre de planification familiale d'Ampefiloha en 2001.....	18
3.2. Etat de répartition des méthodes utilisées.....	19
3.3. Les utilisatrices du Norplant.....	20
3.4. Les effets secondaires.....	24
3.5. Avantages.....	25

TROISIEME PARTIE :
COMMENTAIRES, DISCUSSIONS
ET SUGGESTIONS

1. Commentaires et discussions.....	26
1.1. Nombre de femmes utilisatrices du Norplant.....	26
1.2. Caractéristique des femmes utilisatrices du Norplant.....	26
2. Suggestions.....	29
2.1. Mise en place de centres Norplant.....	29
2.2. Information de la population.....	30
CONCLUSION.....	32
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

- CHR** : Centre Hospitalier Régional
- CSB₂** : Centre de Santé de Base du niveau 2
- DIU** : Dispositif Intra-Utérin
- HTA** : Hypertension Artérielle
- HJRA** : Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
- IST** : Infections Sexuellement Transmissibles
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- SIDA** : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
- TBN** : Taux Brut de Natalité

INTRODUCTION

L'humanité, face à sa population, est inquiétée !. Rien ne va plus en effet dans les relations qui lient l'évaluation démographique et le développement socio-économique. Le problème se pose avec de plus en plus d'acuité en raison de l'évaluation inverse des éléments en présence : d'une part accélération sans précédent de la population mondiale du fait principalement de la forte croissance démographique enregistrée dans les pays en développement depuis le début des années 1970, d'autre part, épuisement ou tout au moins pénurie, dans un proche avenir, des ressources non renouvelables et dégradation de l'environnement du fait du niveau élevé de la consommation et, surtout, de l'industrialisation effrénée des pays développés. C'est en ces termes antagonistes que la question de la population a été posée à la conférence mondiale sur la population tenue à Bucarest en 1974. (1)

Plus concrètement, les pays industrialisés du bloc occidental avaient pris à partie ceux du Tiers Monde en général et d'Afrique en particulier, et vice versa. Pour les premiers, en effet, l'explosion démographique était la cause du maintien des pays du Tiers Monde dans le sous-développement et ceux-ci, en Afrique en particulier, devaient, par le biais des programmes de planification familiale, réduire leur fécondité pour résoudre leurs difficultés économiques et sortir du sous développement. En revanche, la plupart des pays du Tiers Monde appuyés par ceux du bloc socialiste d'alors, soutenaient non seulement qu'il ne se posait pas chez eux de problèmes de population, compte tenu de la faiblesse de leurs effectifs par rapport aux terres disponibles, et que, dans tous les cas, « le développement socio-économique était le meilleur contraceptif ». (2)

Mais l'usage de la contraception est encore loin de faire une couverture satisfaisante dans les pays en développement. Les problèmes d'information et d'accès aux centres de santé font que le pourcentage de femmes en âge de procréer qui sait le programme de planification familiale est encore très bas.

Le Norplant, une méthode contraceptive ne nécessite pas une fréquentation mensuelle des centres de santé pourrait induire une amélioration de la couverture contraceptive.

« Le Norplant dans les méthodes contraceptives modernes » est une étude qui a pour objectif de déterminer le nombre des utilisatrices qui préfèrent le Norplant quand il est disponible, les raisons de ce choix et les possibilités stratégiques qui en découlent pour améliorer la couverture contraceptive.

L'étude comprend :

- Une introduction,
- Une première partie qui développe les généralités sur les méthodes contraceptives modernes,
- Une deuxième partie qui s'appelle étude de l'utilisation du Norplant,
- Une troisième partie relative aux commentaires, discussions et suggestions,
- Et enfin la conclusion.

GENERALITES SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

1. PLANIFICATION FAMILIALE

1.1. Définition (3)(4)

A la notion restreinte de limitation des naissances, c'est-à-dire l'utilisation des moyens contraceptifs à grande échelle et, éventuellement, de l'avortement pour limiter le taux de croissance d'une population, s'est substituée la notion de planification familiale définie par l'OMS comme l'ensemble des mesures permettant de favoriser les naissances, d'agir sur l'intervalle entre les naissances, d'éviter les naissances non désirées et de donner à chaque couple les moyens de déterminer le nombre d'enfants qu'il désire. Elle englobe donc la lutte contre la stérilité et l'infécondité, la mise en œuvre des moyens de contraception, l'éducation sexuelle et familiale.

De nombreux obstacles, surtout sociologiques (nécessité d'une instruction importante des femmes, « rentabilisation » rapide des enfants dont la « production », sous forme d'aide aux tâches domestiques ou à l'exploitation familiale revient traditionnellement en majeure partie aux parents, accord indispensable de l'époux pour la contraception ou l'avortement, non accès des mineures célibataires à ces possibilités...) mais aussi politiques s'opposent à la mise en œuvre des mesures d'espacement des naissances.

1.2. Régulation des naissances (5)(6)

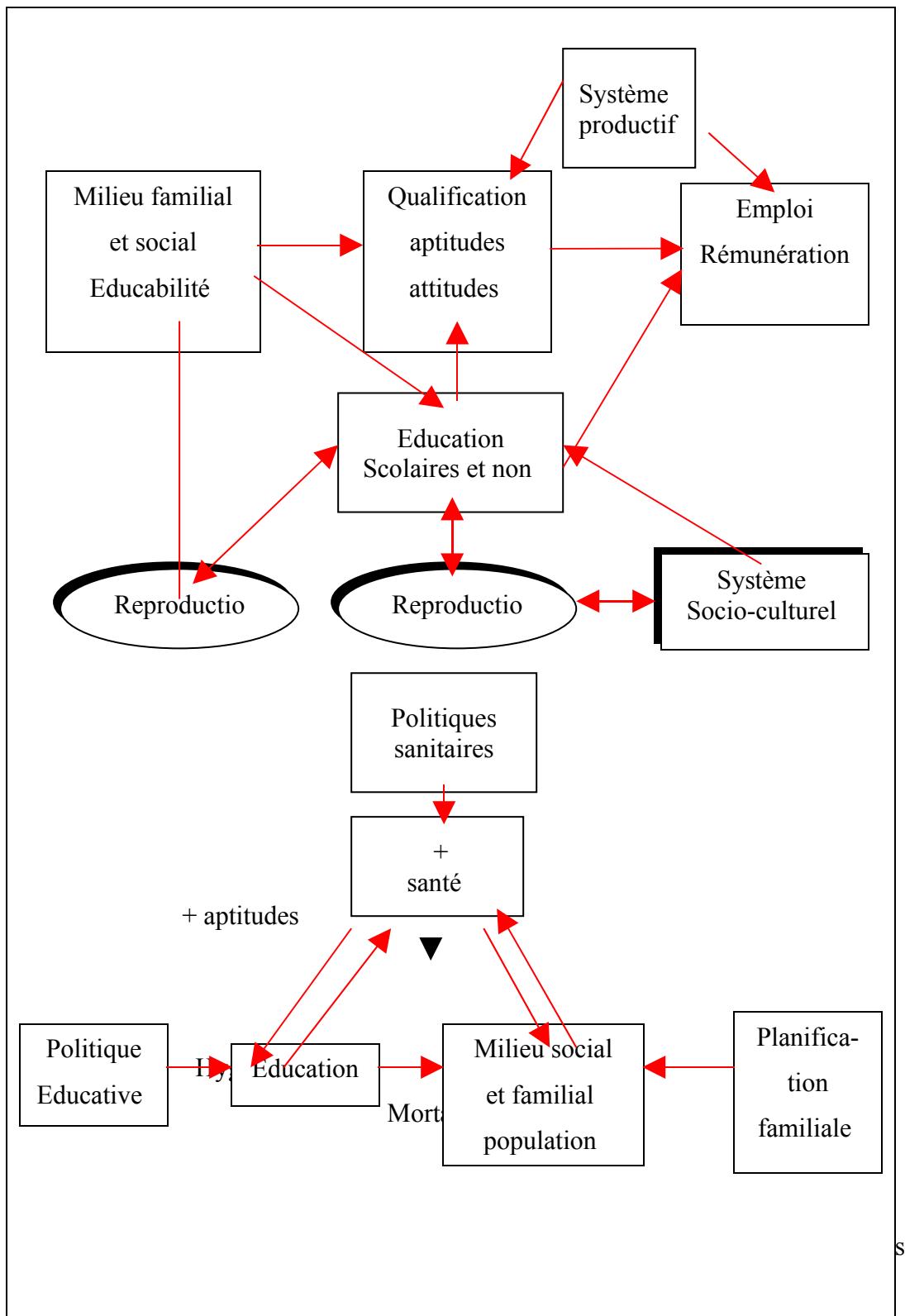
Dans la plupart des pays développés, la croissance démographique est faible voire nulle, les naissances équilibrant juste les décès. En revanche, dans la majorité des pays du Tiers-Monde, la natalité reste très élevée alors que l'espérance de vie augmente progressivement : la croissance démographique dépasse souvent 3% par an, ce qui représente un doublement de la population en une vingtaine

d'années. La variable démographique pèse négativement sur la croissance économique. Dès lors que l'élasticité de la production par rapport à la population est supposée inférieure à 1, l'accroissement de la population aboutit à une baisse du produit par tête sauf si le taux d'accumulation est égal au rythme de croissance démographique.

Un modèle démo-économique pour la planification du développement présenté par Anker R. et Knowles J.C. montre que la fécondité évolue en relation inverse des taux de survie, des niveaux d'éducation des femmes. Cette fécondité est différenciée entre les villes et les campagnes. Les taux de survie sont corrélés avec l'éducation des mères, les revenus moyens, la distribution des revenus et les dépenses publiques. Les migrations sont fonction des différences de revenus villes-campagnes et des éducations rurales. Les liens entre éducation, formation, emploi, revenu et productivité doivent être mis en relation avec les structures familiales, sociales, le système productif ou le système socio-culturel.

Chaque action : planification familiale, politique éducative et politique sanitaire, a un coût et implique des choix.

Les dynamiques démographiques ont des effets progressifs (ou régressifs) selon les capacités des systèmes économiques à s'adapter ou non à un niveau supérieur. D'un côté, les pressions démographiques créent des innovations techniques, absorbent les erreurs d'investissement, mais de l'autre les investissements démographiques se font aux dépens des investissements productifs et certaines sociétés connaissent un dépassement démographique. L'ambivalence des dynamiques démographiques qui oppose malthusiens et anti-malthusiens peut-être illustrée dans le schéma ci-après. (figure n° 1). Le système productif se base essentiellement sur le milieu familial et l'éducation scolaire où l'on détermine en quelque sorte le système socio-culturel de reproduction. De plus, les politiques sanitaires et éducatives conduisent vers une planification familiale correspondante.



2. LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

La contraception recouvre toute action permettant d'éviter la conception, ce qui exclut l'avortement. Dans la société traditionnelle, l'aménorrhée et l'abstinence post-partum jointes à l'allaitement prolongé permettent un espacement des naissances moyen de 3 ans. Espacer les naissances permet de diminuer la mortalité infantile.

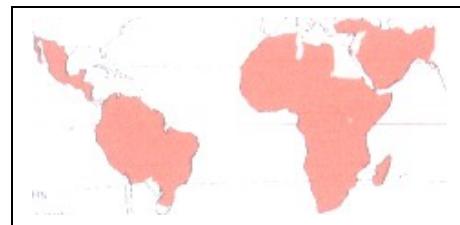
L'abandon ou le raccourcissement de la période de nutrition au sein explique l'accroissement de la fécondité des femmes en milieu urbain. Les procédés contraceptifs sont plus employés : condom, diaphragme ; la prise régulière d'une « pilule » oestroprogestative, 3 semaines sur 4, est efficace mais difficile à enseigner à des femmes illettrées ; les dispositifs endo-utérins (stérilet) sont souvent utilisés chez les femmes ayant déjà en une grossesse.

2.1. Les programmes (7)(8)(9)

Ce sont surtout les pays en voie de développement qui ont établi des politiques et des programmes démographiques au cours de ces dernières années. L'objectif de la politique, explicite ou non, est de réduire le taux d'accroissement démographique en diminuant la fécondité. La plupart des pays ont cherché à mettre en œuvre cette politique par l'intermédiaire des programmes de planning familial qui se sont étendus dans le Tiers-Monde depuis 1960, et qui sont conçus pour fournir aux couples qui veulent maîtriser leur fécondité des renseignements et une assistance concernant les méthodes modernes de contraception. Près de 87% des pays en voie de développement sont visés par une politique officielle de planning familial. Certains pays font de la réduction du taux de natalité l'un des éléments officiels de leur politique ; d'autres soutiennent le planning familial pour des raisons sanitaires ou humanitaires ; certaines enfin y sont contraints pour des mobiles économiques, l'aide des pays développés apparaissant parfois liée à l'adoption du contrôle ou d'une tentative démographique.

Sur les trois continents du Tiers-Monde et dans des pays très différents par la religion, la culture et le système politique, l'attitude des gouvernements est variable, plus résolue en Asie, ambiguë en Amérique latine, réservée en Afrique ; quelques pays (Brésil, Birmanie, Ethiopie) y sont encore réfractaires (figure n° 2). Même dans les pays qui s'efforcent de planifier, il y a une grande différence entre les plans de développement et les programmes réalisés, ainsi qu'entre les réalisations et le développement socio-économique effectif.

Les méthodes de contraception peuvent influencer énormément l'utilisation. Si l'on a partout renoncé à la stérilisation obligatoire, la stérilisation volontaire masculine et d'autres méthodes comme le Norplant sont en revanche stimulées. Elles sont accompagnées de compensations mineures mais parfois déterminantes.



- **Figure n° 2 : La fécondité dans le monde.**

TBN : Taux Brut de Natalité

Source : Population Council

2.1.1. *Les implants (10)(11)(12)*

Les implants bloquent l'ovulation, atrophient l'endomètre et rendent la glaire cervicale imperméable aux spermatozoides.

- Le plus utilisé est le NORPLANT®

Le Norplant est un implant contraceptif composé de 6 capsules minuscules en caoutchouc siliconé ou de deux baguettes contenant un progestatif. Il est implanté en sous cutané sur la face interne du bras de la femme. Il assure jusqu'à 5 ans de protection contraceptive.

i) Avantages

- pas d'interférence avec l'allaitement maternel,
- une seule implantation suffit pour une période de 5 ans d'action contraceptive,
- il permet un retour précoce de la fertilité après ablation.

ii) Efficacité théorique

100% si l'implantation a été effectuée correctement.

iii) Contre - indications

- grossesse
- métrorragie d'origine inconnue
- ictère de moins de 6 mois
- adolescente <18 ans
- épilepsie sous barbiturique
- tuberculose
- lèpre sous rifampicine
- diabète
- maladies cardio-vasculaires
- cancer du foie
- cancer du sein
- cirrhose du foie
- anémie

iv) Effets secondaires

Les effets secondaires sont comparables à ceux provoqués par les autres méthodes contraceptives. Mais ils sont souvent moins importants et donc mieux supportés :

- augmentation du poids
- perturbation du cycle menstruel
- plus rarement, hémorragie utérine plus ou moins abondante.

2.1.2. Les contraceptifs injectables (13)(14)

On peut distinguer parmi les produits les plus utilisés :

- L'enantate de norithistérone
NORISTERAT®
- L'acétate de médroxyprodestérone
DEPO PROVERA®

i) Efficacité théorique

100% si les directives sont bien suivies

ii) Facteurs limitant

Il faut des contrôles pour la surveillance et les complications.

Des visites répétées au dispensaire sont nécessaires pour les injections périodiques.

iii) Contre-indications

On peut retenir :

- * Hypertension artérielle
- * Diabète
- * Hyperlipidémie
- * Antécédents thrombo-emboliques
- * Coronarite
- * Tumeur du sein et/ou de l'utérus

iv) Effets secondaires

- ♠ Augmentation du poids
- ♠ Perturbation du cycle : règles irrégulières pouvant aboutir à l'aménorrhée.

- ♠ A l'arrêt, retard de la reprise de l'ovulation
- ♠ Rarement, hémorragie utérine.

2.1.3. Les contraceptifs oraux (15)(16)

Les produits utilisés sont :

- ♦ Les contraceptifs oraux combinés ou oestroprogesteratifs

Exemple : LO-FEMENAL®

- ♦ Les contraceptifs oraux à base de progestatif seul

Exemple : OVRETTE®

i) Efficacité théorique

100% si les instructions sont bien suivies

ii) Facteurs limitants

Contrôles périodiques nécessaires pour la surveillance et les complications

iii) Contre-indications

- ◊ Grossesse
- ◊ Hypertension artérielle
- ◊ Diabète
- ◊ Hyperlipidémie
- ◊ Antécédents thromboemboliques
- ◊ Coronarite
- ◊ Tumeur du sein ou de l'utérus.

iv) Effets secondaires

- Réactions mineures
- ♦ céphalées
- ♦ nausées
- ♦ sensibilité mammaire
- ♦ règles irrégulières
- ♦ prise de poids

- ◆ modification du lipidogramme et de la glycémie sans traduction clinique (15% des cas)
- ◆ toxicité hépatique constatée dans certains pays
- ◆ HTA (5% des cas)
- ◆ Rarement, maladies thrombo-emboliques.

2.1.4. Dispositif Intra-Utérin ou stérilet ou DIU

(17)(18)

Il s'agit d'une matière plastique imprégnée d'un progestatif et que l'on place au niveau du col utérin.

i) Avantages

- effet contraceptif pendant 2 ans ou plus
- possibilité de fécondité dès que le DIU est enlevé

ii) Efficacité théorique

- Très efficaces, mais moins que la pilule

iii) Facteurs limitants

- Visite médicale nécessaire pour l'insertion
- Contrôles pour la surveillance et les complications

iv) Contre-indications

- Grossesse
- infections génitales
- métrorragie d'origine inconnue
- dysménorrhée ou hyperménorrhée
- nulliparité
- cervicite purulente
- cancer du col
- malformations utérines
- douleur ou masse annexielle ou utérine

- anémie sévère

v) Effets secondaires

- réactions mineures
- contractions ou malaises disparaissant avec l'usage
- rarement infection utérine ou perforation.

2.1.5. *Stérilisation tubaire*

Elle consiste à interrompre la capacité reproductive de la femme par ligature, occlusion ou section des conduits par lesquelles passent les ovules jusqu'à l'utérus.

Elle vise à empêcher la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovule au niveau de la trompe.

i) Efficacité théorique

100% si la réalisation est correcte

ii) Facteurs limitants

Nécessite une intervention chirurgicale et réversibilité difficile

iii) Effets secondaires

- ♠ Plusieurs jours chirurgicales
- ♠ Risques des opérations chirurgicales

iv) Indications

- ♠ limitation des naissances
- ♠ raison de santé maternelle
- ♠ antécédents d'un accouchement par opération césarienne itérative

v) Contre-indications

- ♠ nulliparité
- ♠ allergies aux anesthésies
- ♠ maladies hémorragiques

2.1.6. *Vasectomie (19)(20)(21)*

La vasectomie supprime la présence des spermatozoïdes dans le sperme. Elle consiste à interrompre la capacité reproductive de l'homme et donc de mettre fin de façon permanente à sa fertilité.

Le canal déférent de chaque côté est obstrué ou sectionné de façon à arrêter la libération de spermatozoïdes.

i) Efficacité théorique

100% si la réalisation est correcte

ii) Avantages

- ◆ contraception définitive
- ◆ pas d'effet hormonal
- ◆ n'affecte ni l'organisme ni le libido

iii) Facteurs limitants

- ◆ petite intervention chirurgicale
- ◆ la vasectomie n'est efficace qu'après 2 mois ou jusqu'après le 20^e éjaculation.

iv) Effets secondaires

- ◆ gonflement temporaire du scrotum
- ◆ douleur ou gène dans certaines cas.

v) Indications

- ◆ limitation des naissances

vi) Contre-indications

- ◆ infections généralisées ou infection au niveau de la zone à opérer
 - ◆ hydrocèle ou varicocèle
 - ◆ hernie inguinale
 - ◆ tumeur testiculaire ou ectopie testiculaire
 - ◆ filariose (éléphantiasis)
 - ◆ traitement anticoagulant

2.1.7. *Les préservatifs masculins ou condoms*

Les préservatifs sont des capuchons en caoutchouc ou en collagène traités s'adaptent sur le pénis en érection et constituent une barrière contre la transmission du sperme dans le vagin.

Le préservatif fournit également la meilleure protection contre les infections sexuellement transmissibles ou IST et permet à l'homme de jouer son rôle dans la planification familiale.

2.1.8. Le diaphragme ou cape cervicale

Le diaphragme est un anneau flexible en forme de dôme recouvert de caoutchouc que l'on place au fond du vagin avant chaque rapport sexuel. Le diaphragme comporte une couronne élastique et la partie postérieure de cette couronne repose à l'intérieur du cul-de-sac postérieur de vagin.

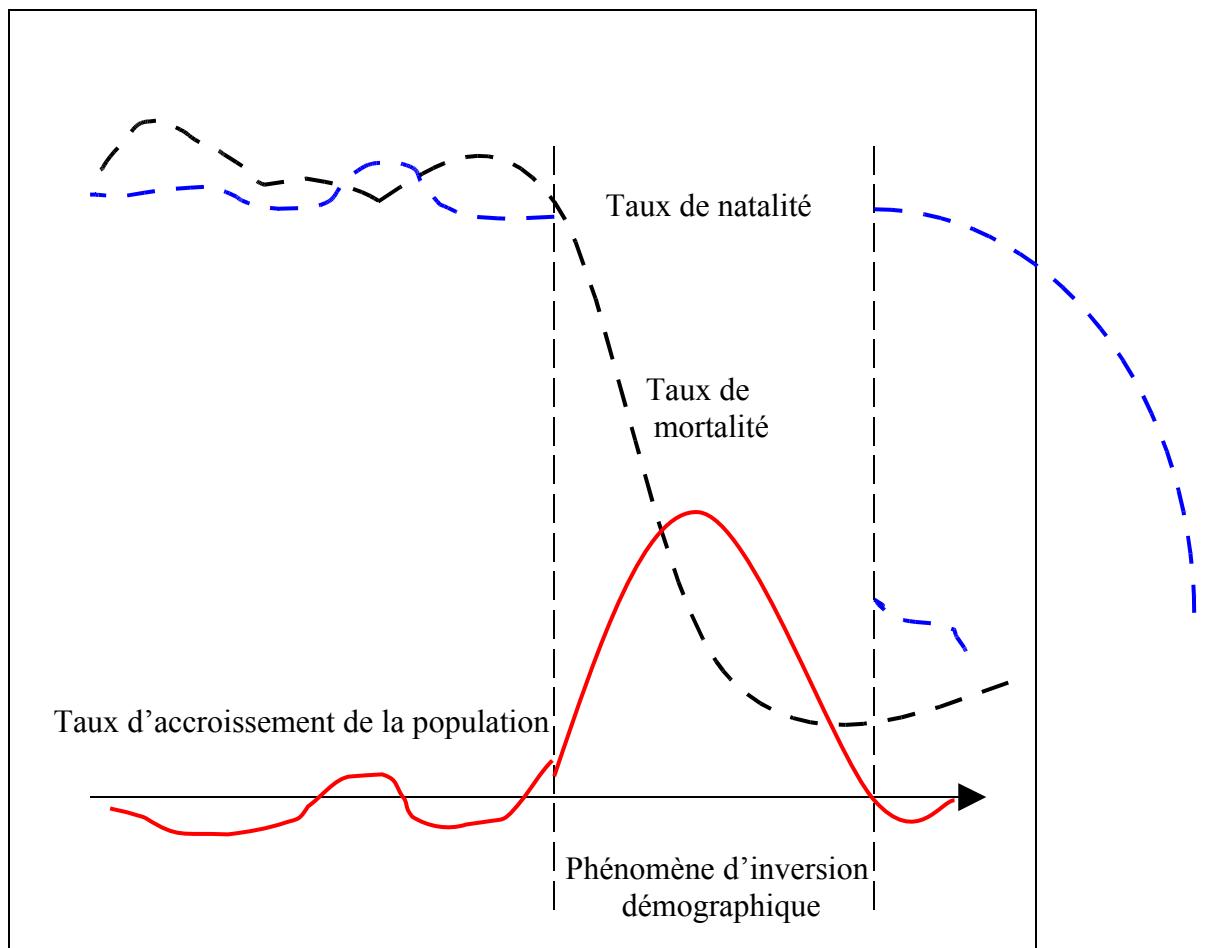
Il faut que sa partie antérieure soit bien ajustée derrière la symphyse pubienne et que le dôme du diaphragme recouvre le col et la crème ou la gelée spermicide, placée dans le dôme avant l'insertion. La gelée doit être maintenue en contact avec la surface du col.

2.2. Les moyens

On estimait, en 1971, à près de 3 milliards de dollars l'aide consacrée à la régulation de la fécondité. Un peu plus du quart du total (0,8 milliard) a été dépensé dans les pays en voie de développement. Près de 50% ont été consacrés à la contraception, l'autre moitié à l'avortement. La plupart des pays en voie de développement consacrent moins de 1% de leur budget national global à des programmes de planning familial (l'île Maurice et l'Inde font exception). Beaucoup de pays développés se lassent de plus en plus ouvertement de déverser leur aide et réclament parfois des mesures radicales pour enrayer l'explosion démographique. Mais des doutes ont été émis sur les

motivations profondes des pays riches qui financent ou incitent la limitation des naissances dans les pays pauvres.

Il existe certes une demande en faveur de la planification familiale, mais l'obstacle réside dans l'incapacité des classes dirigeantes citadines à convaincre le prolétariat rural, qui constitue la majorité de la population. « La planification familiale ne peut être imposée autoritairement. L'une des grands obstacles à d'autres solutions à ce problème est la myopie avec laquelle les intellectuels et les médecins regardent la situation. Ceux qui ont la charge du programme national n'ont ni la connaissance technique ni celle de leur clients. Nulle part au monde, la planification familiale abordée séparément n'a eu de succès. La surpopulation est un symptôme du syndrome de pauvreté. La croissance démographique ne sera maîtrisée que lorsqu'une meilleure qualité de vie sera offerte aux peuples ». Vouloir réduire la famille sans apporter de profondes transformations dans le domaine économique, c'est vouloir sauvegarder les priviléges et faire payer aux milieux les plus pauvres ce qui est la conséquence de leur pauvreté et de l'absence de progrès socio-économiques. (figure n° 3) La surpopulation est certes un problème majeur mais elle est loin d'être le seul.



• **Figure n° 3 : Le phénomène d'inversion démographique**

ETUDE DE L'UTILISATION DU NORPLANT

1. CADRE D'ETUDE

Présentation du service de planification familiale d'Ampefiloha.

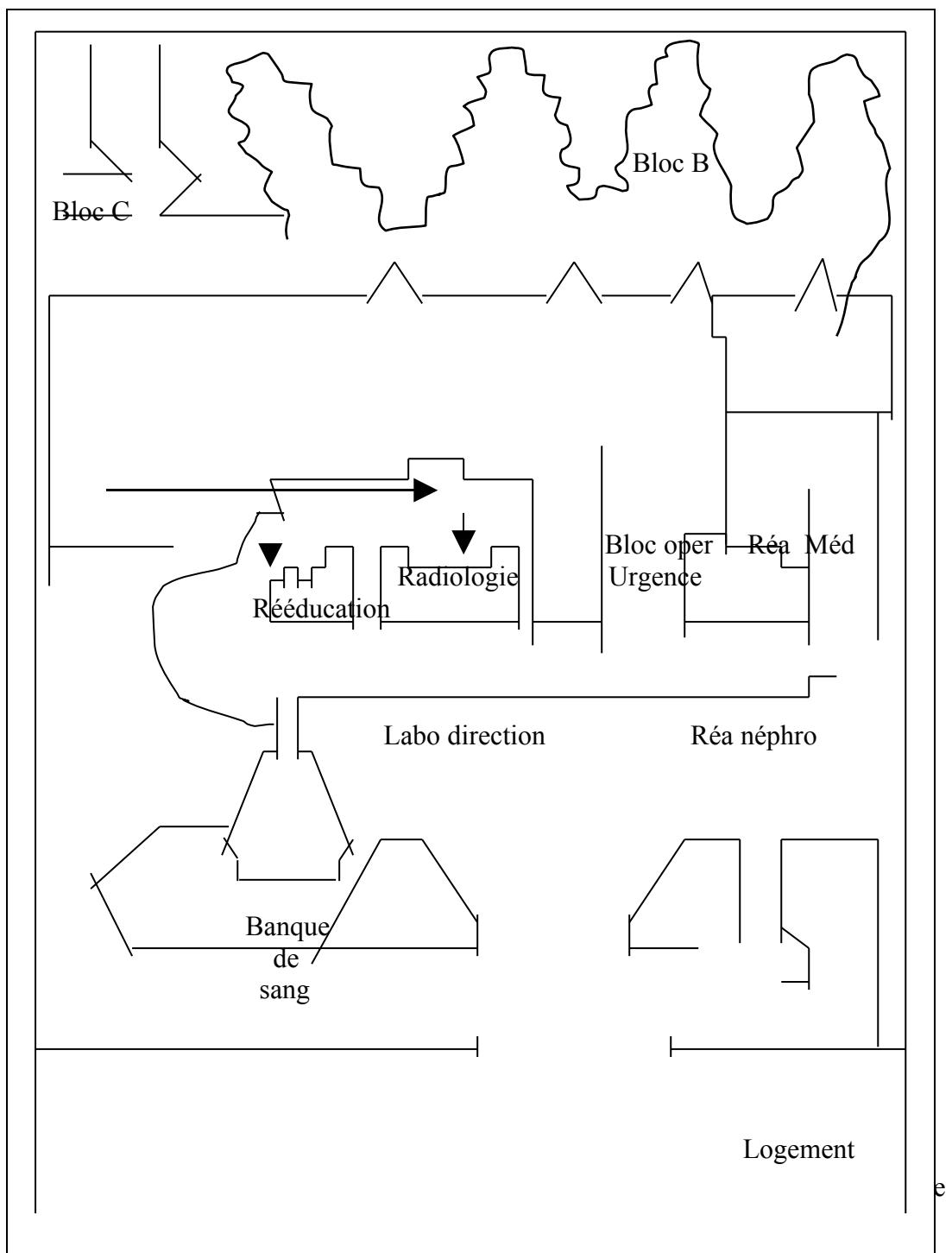
Le service de planification familiale d'Ampefiloha se trouve dans l'enceinte de l'Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona.

Il occupe un département situé à l'aile Sud-Est de l'Hôpital (Figure n° 4). Il s'agit d'un service qui est rattaché directement à la Direction de la Médecine Service de la Santé de la Mère et de l'enfant du Ministère de la Santé et constitue le centre national de développement des méthodes modernes de la contraception dont la méthode contraceptive par les implants. La mise en place du Norplant® demande pour plus de sécurité, la proximité d'un centre chirurgical.

2. METHODOLOGIE

2.1. Méthode d'étude (22)(23)(24)

- Il s'agit ici d'une étude de la distribution du norplant par rapport aux autres méthodes contraceptives et compte tenu des autres paramètres retenus.**
 - Les techniques d'étude se basent sur celles de l'épidémiologie et des statistiques descriptives.
 - **L'analyse épidémiologique vise à identifier les facteurs responsables directement ou indirectement de la distribution des méthodes contraceptives au sein des utilisatrices.**
 - **L'analyse est d'abord statistique : calcul de pourcentages, de nombre et proportion. L'analyse proprement épidémiologique cherche à comprendre et à interpréter les résultats : ainsi on utilise des tableaux et des diagrammes. Les tableaux de distribution présentent la répartition des méthodes en fonction des caractéristiques de personne, de lieu de résidence, d'objectif contraceptif et d'autres facteurs retenus dans l'étude.**
 - L'étude ne concerne pas les perdues de vue du programme.



2.2. Paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

- Le nombre de femmes inscrites
- L'état de répartition des méthodes

- Les caractéristiques des femmes utilisant le Norplant :
 - tranches d'âge
 - nombre d'enfants
 - niveau d'instruction
 - motif de contraception
- Effets secondaires
- Avantages

3. RESULTATS

3.1. Nombre de femmes inscrites au centre de planification familiale d'Ampefiloha en 2001

Il faut noter que le centre de planification familiale d'Ampefiloha (A l'HJRA) n'a pas de secteur sanitaire déterminé.

Il s'agit d'un centre où les femmes désireuses d'utiliser le Norplant sont orientées. Toutefois, les autres méthodes contraceptives sont également disponibles au centre.

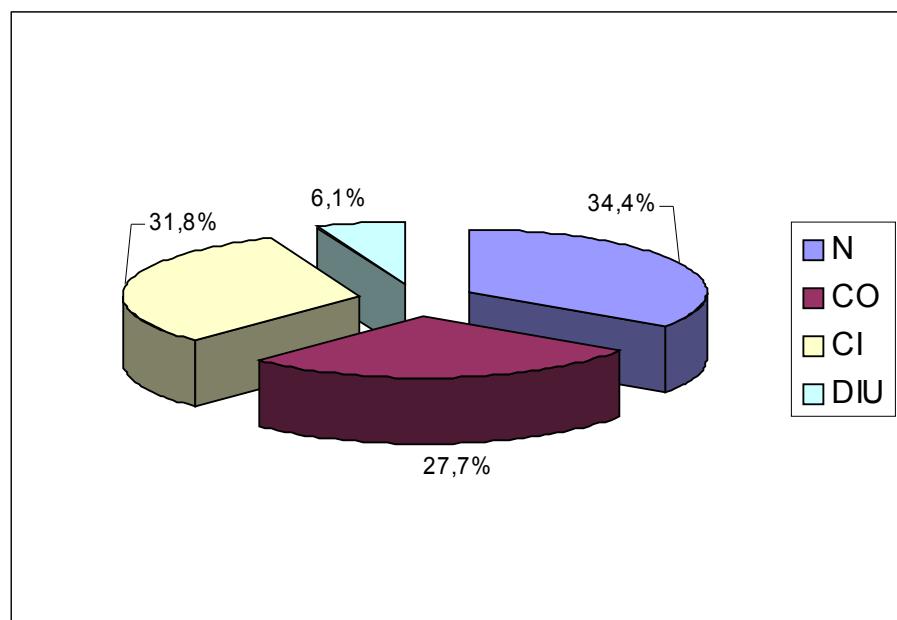
Ainsi, en 2001, 1093 femmes en âge de procréer ont suivi le programme de planification familiale à Ampefiloha.

3.2. Etat de répartition des méthodes utilisées

- **Tableau n° 1 :** Répartition des femmes utilisatrices selon les méthodes contraceptives.

Dénomination	Norplant N	Contraceptio n Orale CO	Contraceptio n Injectable CI	DIU DIU	TOTAL
Nombre	376	303	347	67	1093
Pourcentage	34,4	27,7	31,8	6,1	100%

- 34,4% des utilisatrices ont adopté le Norplant.



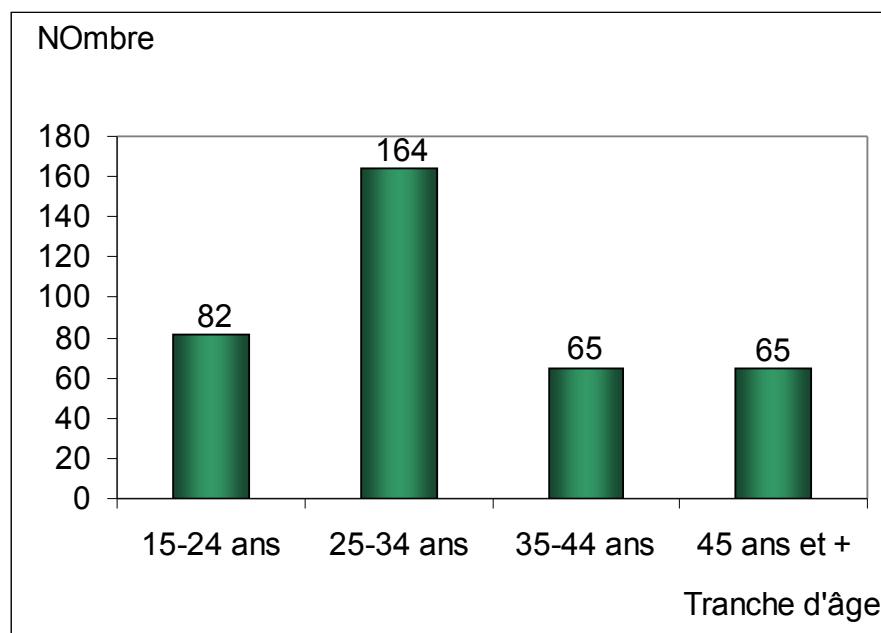
- **Figure n° 5 :** Diagramme de la répartition des utilisatrices selon les méthodes contraceptives.

3.3. Les utilisatrices du Norplant

- **Tableau n° 2 :** Répartition des utilisatrices du Norplant selon les tranches d'âge.

Dénomination	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus ans	TOTAL
Nombre	82	164	65	65	376
Pourcentage	21,7	43,5	17,4	17,4	100%

- 43,5% des utilisatrices sont âgées de 25 à 34 ans.

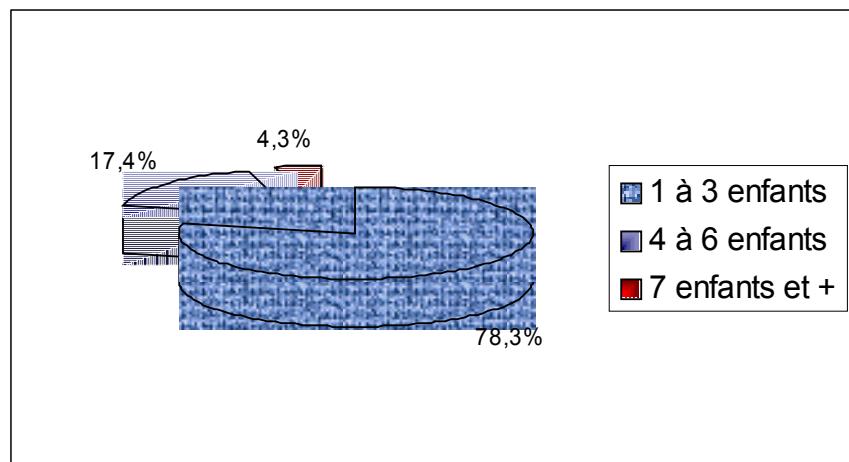


- **Figure n° 6 :** Diagramme de la répartition des utilisatrices du Norplant selon les tranches d'âge.
- **Tableau n° 3 :** Répartition des utilisatrices du Norplant selon le nombre d'enfants.

Dénomination	1 à 3 enfants	4 à 6 enfants	7 enfants et plus	TOTAL
Nombre	295	65	16	376

Pourcentage	78,3	17,4	4,3	100%
--------------------	------	------	-----	-------------

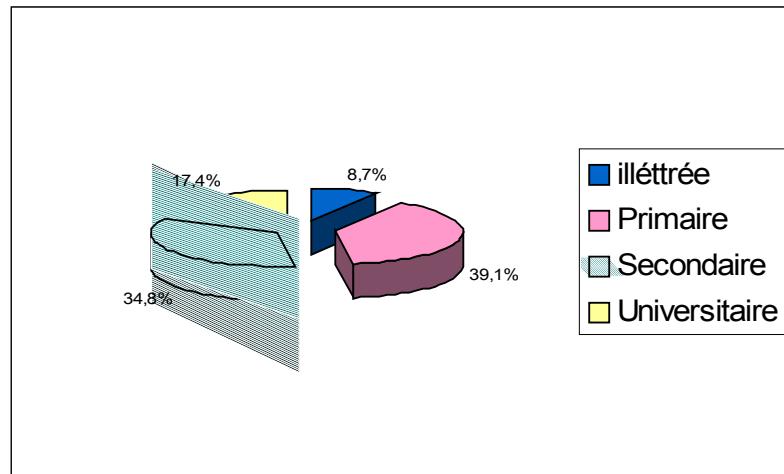
- 78,3% des utilisatrices ont 1 à 3 enfants.



- **Figure n° 7 :** Diagramme de la répartition des utilisatrices du Norplant selon le nombre d'enfants.
- **Tableau n° 4 :** Répartition des utilisatrices du Norplant selon le niveau d'instruction.

Dénomination	Illettrée	Primaire	Secondaire	Universitaire	TOTAL
Nombre	33	147	131	65	376
Pourcentage	8,7	39,1	34,8	17,4	100%

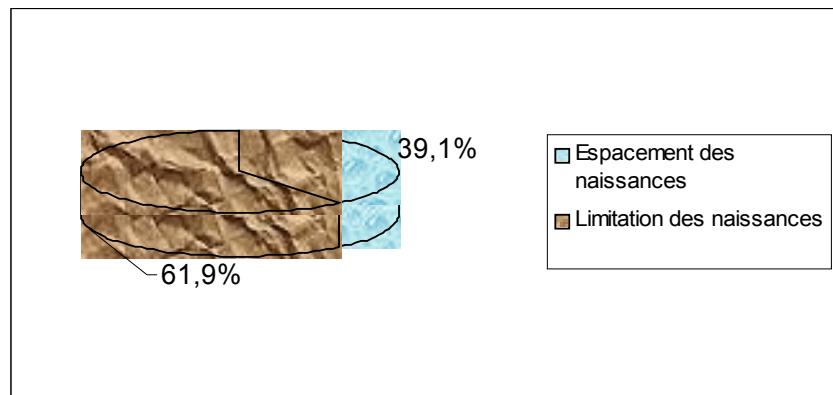
- 39,1% des utilisatrices sont du niveau primaire.



- **Figure n° 8 :** Diagramme de la répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction.
- **Tableau n° 5 :** Répartition des utilisatrices du Norplant selon le motif de contraception.

Dénomination	Espacement des naissances	Limitation des naissances	TOTAL
Nombre	147	229	376
Pourcentage	39,1	60,9	100%

- 60,9% des utilisatrices visent la limitation des naissances.



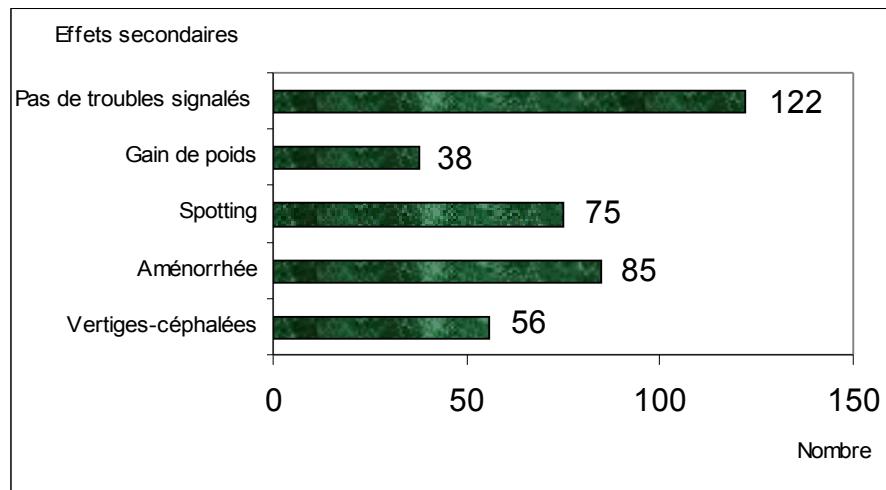
- **Figure n° 9 :** Diagramme de la répartition des utilisatrices du Norplant selon le motif de contraception.

3.4. Les effets secondaires

- **Tableau n° 6 :** Répartition des utilisatrices du Norplant selon les effets secondaires.

Dénomination	Vertige ou céphalées	Aménorrhée	Spotting	Gain de poids	Pas de troubles signalés	TOTAL
Nombre	56	85	75	38	122	376
Pourcentage	15,0	22,5	20,0	10,0	32,5	100%

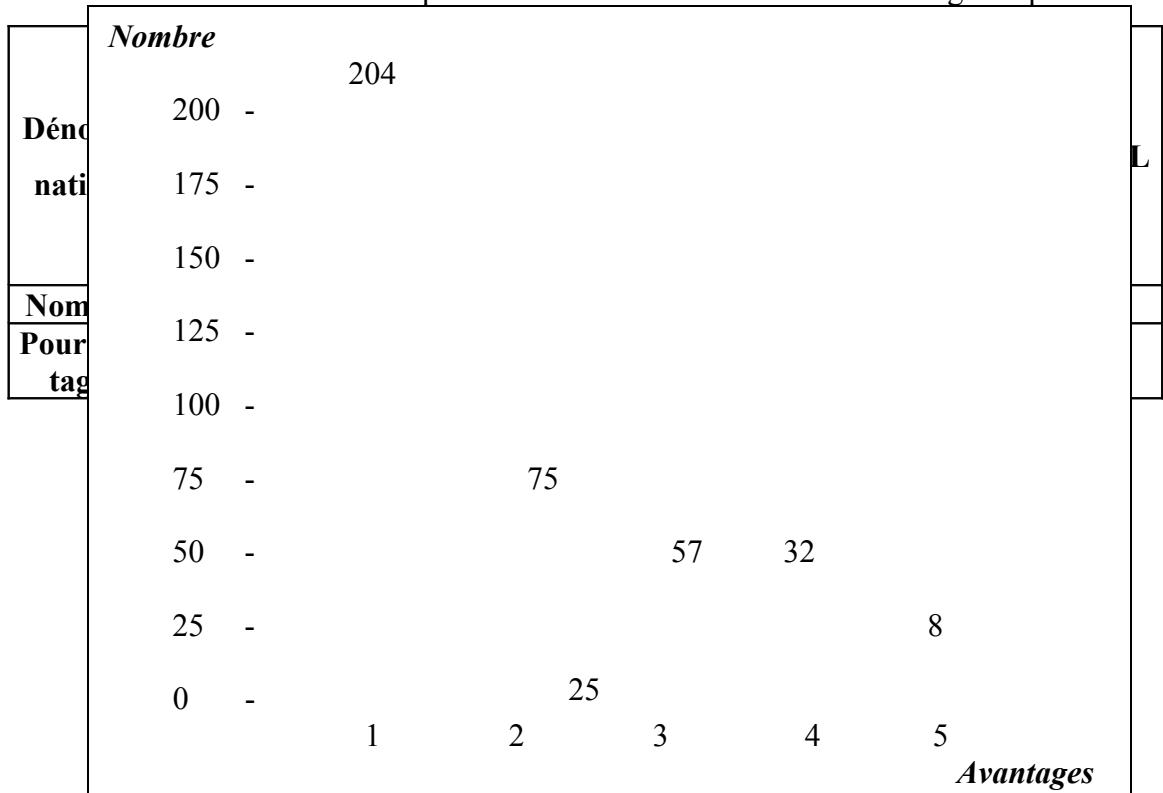
- 32,5% des utilisatrices ne signalent pas de troubles (effets secondaires)

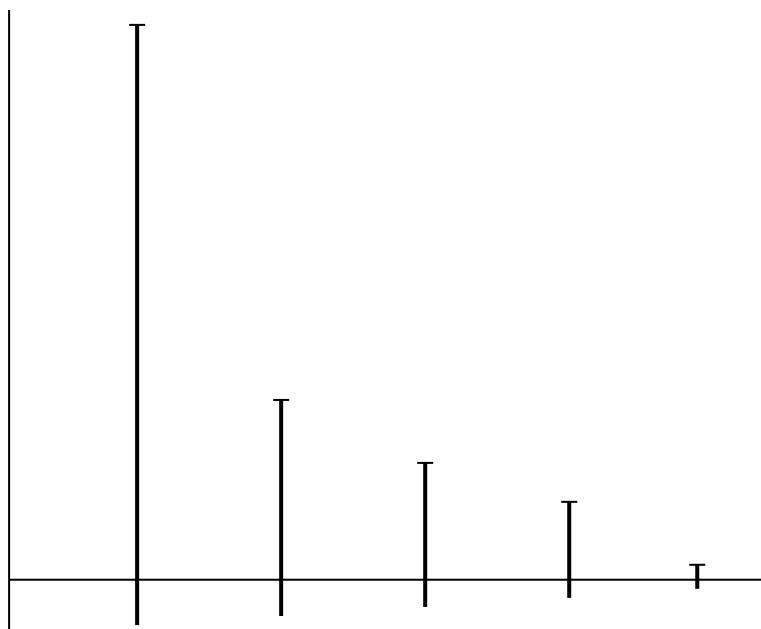


- **Figure n° 10 :** Diagramme de la répartition des utilisatrices selon les effets secondaires.

3.5. Avantages

- **Tableau n° 7 :** Répartition des utilisatrices selon les avantages exprimés.





- **Figure n° 11 :** Diagramme de la répartition des utilisatrices selon les avantages exprimés.

COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

La place du Norplant dans les méthodes contraceptives modernes à Madagascar est encore limitée. En effet, le centre de planification familiale d'Ampefiloha constitue pratiquement le seul centre national où les femmes en âge de procréer peuvent bénéficier de l'installation du Norplant.

La présente étude qui a été menée au niveau de ce centre s'intéresse aux données enregistrées en 2001.

1.1. Nombre de femmes utilisatrices du Norplant

En 2001, 1093 femmes en âge de procréer ont été inscrites au programme de planification familiale d'Ampefiloha.

- ◆ Le tableau n° 1 présente la répartition des femmes utilisatrices selon les méthodes contraceptives utilisées :
 - Norplant : 376 (34,4%)
 - Contraception orale : 303 (27,7%)
 - Contraception injectable : 347 (31,8%)
 - DIU : 67 (6,1%)
- ◆ La majorité des femmes qui adoptent le Norplant ont déjà utilisé d'autres méthodes comme la contraception orale ou la contraception injectable.

1.2. Caractéristiques des femmes utilisatrices du Norplant

i) Tranches d'âge

Le tableau n° 2 montre que les utilisatrices du Norplant ont :

- 15 à 24 ans : 21,7% (82 sur 376)
- 25 à 34 ans : 43,5% (164 sur 376)
- 35 à 44 ans : 17,4% (65 sur 376)
- 45 ans et plus : 17,4% (65 sur 376)

Le plus grand nombre d'utilisatrices se trouve dans la tranche d'âge 25 à 34 ans.

ii) Le nombre d'enfants

Le tableau n° 3 montre que les femmes qui font appel au Norplant ont :

- 1 à 3 enfants : 78,3%
- 4 à 6 enfants : 17,4%
- 7 enfants et plus : 4,3%

Ces chiffres dénotent, au moins pour les femmes qui utilisent le Norplant, l'objectif de limiter les naissances à 3 enfants par famille.

- ◆ Ces informations sont d'ailleurs renforcées par le tableau n° 5 qui montre que :

- 60,9% des femmes utilisatrices du Norplant ont pour motif la limitation des naissances.
- 39,1% seulement désirent espacer les naissances.

iii) Le niveau d'instruction

L'étude du niveau d'instruction des femmes utilisatrices du Norplant montre, selon le tableau n° 4 que :

- 8,7% des femmes sont illettrées.
- 39,1% des femmes sont du niveau primaire.
- 34,8% des femmes sont du niveau secondaire.
- 17,4% du niveau universitaire.

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

Les femmes illettrées sont toujours minoritaires dans le programme. Celles qui ont reçu un peu d'instruction (même du niveau primaire) sont beaucoup plus ouvertes aux informations sur les avantages de la planification familiale.

iv) Les effets secondaires

Les résultats obtenus par notre étude permettent de constater que le Norplant semble (selon le tableau n° 6) plus confortable pour les femmes :

32,5% des utilisatrices ne se plaignent pas d'effets secondaires.

- 15% des utilisatrices ont des céphalées ou vertiges,
- 22,5% ont une aménorrhée,
- 20% ont des spotting,
- 10% ont des gains de poids.

Par rapport aux effets secondaires rapportés dans l'utilisation des autres méthodes contraceptives, le Norplant est en général assez bien toléré.

v) Les avantages

Le tableau n° 7 montre les avantages rapportés par le Norplant dans notre étude :

- 54,3% des utilisatrices pensent que l'utilisation du Norplant leur a permis :

- de ne plus acheter périodiquement les produits contraceptifs qu'elles doivent utiliser (pilules ou injection)

Comme le Norplant agit et reste efficace pendant 5 ans, les avantages ne sont que plus importants encore.

- 19,9% se réjouissent de ne plus être obligés de se déplacer tous les mois ou tous les trois mois à l'Hôpital ou au CSB₂ afin de recevoir leur injection ou leur plaquette de pilules.
- 15,2% déclarent être tranquille pendant 5 ans en ce qui concerne la crainte d'avoir une grossesse non souhaitée.
- 8,5% constatent que le Norplant s'accompagne de moins d'effets secondaires que les autres méthodes. Il faut noter que la majeure partie des femmes qui adoptent le Norplant ont déjà utilisé auparavant d'autres méthodes contraceptives.
- Enfin 2,1% des femmes utilisatrices du Norplant sont soulagées car elles n'ont plus à se tracasser pour avoir oublié de prendre une pilule (contrception orale), elles évitent par la même occasion les épigastralgies dues aux pilules.

Bref, l'utilisation du Norplant semble plus avantageuse pour les femmes à Madagascar. Le Norplant peut en effet résoudre le problème d'accessibilité géographique pour celles qui habitent loin des formations sanitaires. Il faut rappeler que 35% environ de la population malgache se trouvent à plus de 5 kilomètres à pieds de la formation sanitaire la plus proche.

- Les problèmes d'accessibilité financière diminuent également puisque une fois installé le Norplant est efficace pour une durée de 5 ans.

2. SUGGESTIONS

Compte tenu des résultats obtenus par notre étude, nos suggestions concernent :

- La mise en place d'une centre spécialisé Norplant au niveau des Etablissements de santé où l'on dispose d'un service de chirurgie,
- Une information suffisante de la population sur le Norplant

2.1. Mise en place de centres Norplant

- Compte tenu des avantages fournis par le Norplant par rapport aux autres méthodes contraceptives et pour améliorer l'accessibilité des femmes à cette méthode moderne nous proposons à moyen ou à long terme la mise en place d'un centre Norplant, au moins, au niveau des établissements sanitaires qui disposent d'un centre chirurgical.

Les avantages fournis par le Norplant pourraient permettre d'améliorer rapidement la couverture contraceptive à Madagascar. (figure n° 12).

Les centres proposés sont :

- ♠ Province d'Antananarivo
 1. HJRA
 2. Mahitsy
 3. Antsirabe
 4. Tsiroanomandidy
- ♠ Province de Fianarantsoa
 5. Fianarantsoa (CHR)
 6. Manakara
 7. Farafangana
 8. Ihosy
- ♠ Province de Tuléar
 9. Tuléar (CHR)
 10. Fort-Dauphin
 11. Ambovombe
 17. Morondava
- ♠ Province de Toamasina
 12. Toamasina (CHR)

- 13. Ambatondrazaka
- 14. Moramanga
- 15. Maroantsetra
- 16. Vatomandry
- ♠ Province de Mahajanga
- 18. Mahajanga (CHR)
- 19. Antsohihy
- 20. Maevatanana
- 21. Maintirano
- ♠ Province d'Antsiranana
- 22. Antsiranana (CHR)
- 23. Nosy Be
- 24. Antalaha

En supposant que chaque centre couvre 4000 femmes par an les 24 centres proposés réaliseraient 96.000 implants par an soit 480 000 femmes en 5 ans. Dans ce cas, le programme Norplant à lui seul réaliserait environ 14% de couverture contraceptive.

2.2. Information de la population

L'objectif proposé ne pourra être atteint qu'avec une bonne information de la population sur les avantages du Norplant et sur le lieu où l'on peut faire l'installation. L'information sur la durée d'action du Norplant est nécessaire pour motiver les femmes et les familles à adopter la méthode proposée.

Il est évident que le fonctionnement des centres norplant nécessite une étroite collaboration des partenaires intéressés, des équipements adéquats et un personnel suffisant et compétent.

NORD

22 Antsiranana

Nosy be 23

19 Antsohihy

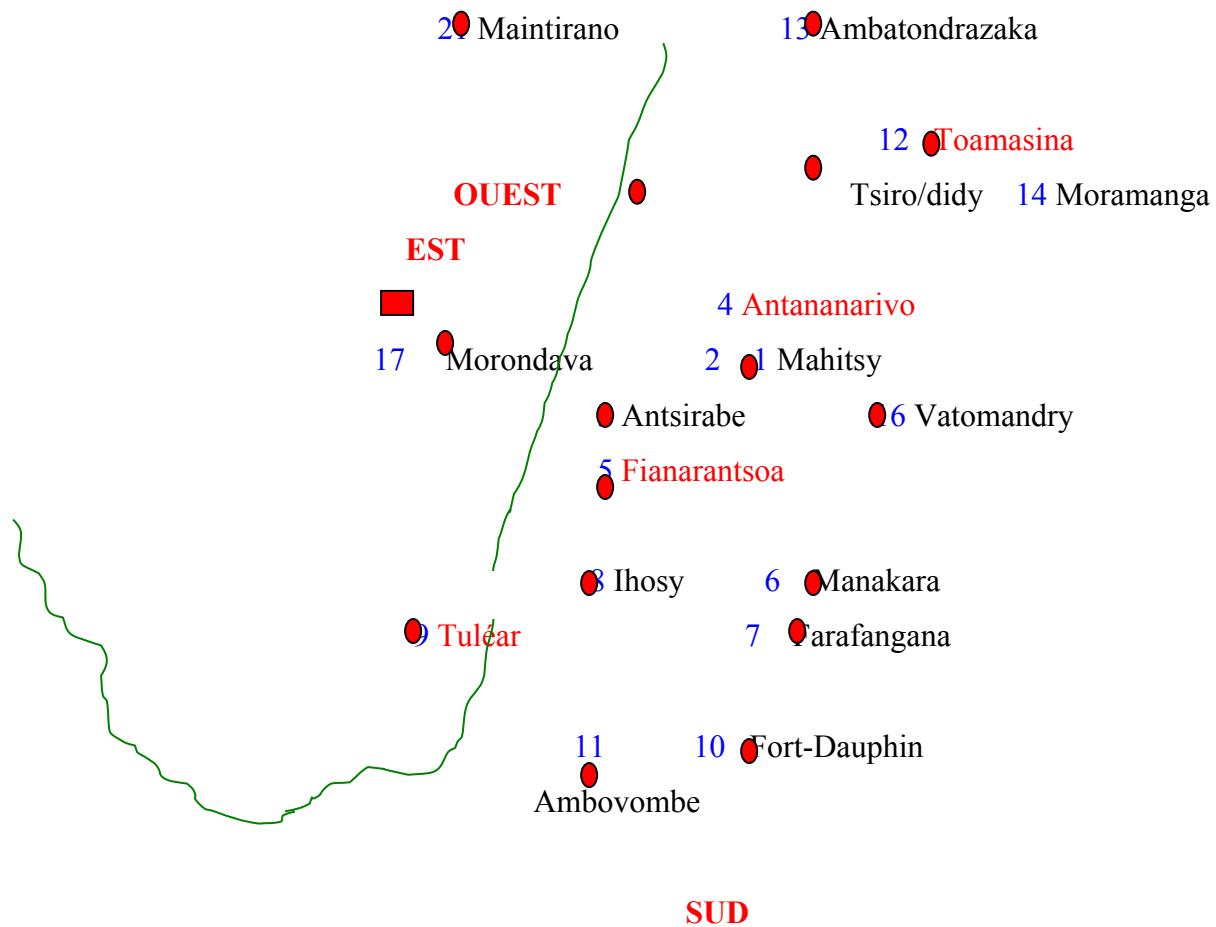
Mahajanga 18

24 Antalaha

15 Maroantsetra

32

20 Maevatanana



• **Tableau n° 12 : Proposition d'un réseau de centres Norplant**
CONCLUSION

L'étude sur l'utilisation du Norplant menée au centre de planification familiale d'Ampefiloha a permis de constater que beaucoup de femmes qui suivent le programme de planification familiale dans ce centre abandonnent les autres méthodes au profit du Norplant.

En effet sur 1093 femmes inscrites au programme en 2001, 376 ont adopté le Norplant. Les avantages du Norplant par rapport aux autres méthodes concernent surtout la réduction importante des dépenses avec le Norplant, la réduction

importante également des problèmes d'accessibilité du fait des caractéristiques d'utilisation du Norplant. Les effets secondaires sont moins importants et 32,5% des utilisatrices ne présentent pratiquement pas de problèmes d'utilisation.

Compte tenu de ces résultats, et pour améliorer la couverture contraceptive à Madagascar, nous avons proposé d'étendre la répartition des centres Norplant dans tout le territoire du notre île en mettant en place au niveau des services de chirurgie, des centres Norplant. Cette proposition avec les mesures d'accompagnement qui s'imposent pourrait apporter à notre pays au moins 14% de couverture contraceptive supplémentaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Brisset C. La santé dans le Tiers-Monde. Ed. La découverte / Le Monde. 1984 : 251.
2. OMS. Vers un avenir meilleur. La santé maternelle et infantile Genève OMS éd. 1981 : 45.
3. Sala. Diakanda D.M. La question de la population sur la scène internationale. Institut de formation et de recherche démographique. Karthala éd. 1991 : 35.
4. Durufle G. Evolution de la planification en Afrique, SEDES, 1986 : 28.
5. Gaud M. Analyse comparée des planifications Africaines Thèse de Doctorat de Sciences Economiques, Université de Paris. 1965.
6. Hugon P. L'intégration des variables démographiques dans la planification. L'exemple Africains. Université de Paris. X.L'Harmattan. 1993 : 345 – 346.
7. Watson W.B. Lapham R.J. Les programmes de planning familial dans le monde. The population Council. 1976 : 6
8. Nortman D. et Hofstatter. Programmes de population et de planning familial : un tour d'horizon. Bull de démographie et de planning familial. The population Conncl. 1976 : 2.
9. Berelson B. Programmes nationaux de planification de la famille : où nous en sommes ? Et. Planning fam. 1970 ; 39 : 1-27.
10. Johnson Reich. Les nouvelles politiques de la régulation de naissances. Persp. Int de P.F, 1996 ; 4 : 24-34.
11. OMS choix des méthodes contraceptives, guide pratique et théorique. Genève. OMS éd. 1992 : 20.
12. Potter R.G. Application of life table technique to the measurement of contraceptive effectiveness. Demography. 1966 ; 3 : 297-304.
13. Gentilini M. Médecine tropicale. Planification familiale. Médecines sciences, Flammarion. 1993 : 620-626.
14. OMS. Contraceptifs injectables, leur rôle en P.F. Genève OMS éd. 1990 ; 2 : 87-89.
15. Miller E.R. Skane B. Merphy E. L'innocuité des contraceptifs, mythes et réalités. OMS éd. 1998 : 7-15.

16. Carlos M. Planification familiale. Directives médicales et de prestation des services. Ed. Fédération internationale pour la planification familiale, 1993 : 185.
17. Gray R.H. Manuel pour l'emploi des dispositifs intra-Utérins DIU. OMS éd, 1980.
18. OMS. La stérilisation féminine volontaire. OMS éd, 1990 ; 10 : 20.
19. Kleiman R.L. Vasectomie londres. Bull. IPPF, 1972 : 24.
20. Smith et al. Contraceptive female baniere ; the Lancet London, 1993 : 341–396.
21. OMS. Contraception mécanique et spermicide. Leur rôle en P.F. Genève OMS, 1987 : 17.
22. Dabis F. Drucker J. Moren A. Epidemiologie d'intervention Paris. Arnette. 1992 : 1-48.
23. Colton I. Statistics in medicine. Boston : Little. Brown. 1974 ; 2 : 47-51.
24. Morton R.F. Hebel J.R. Epidémiologie et biostatistique. Introduction programmée. Paris, Doin éd. 1983.

VELIRANO

ETO ANATREHAN'I ZANAHARY, ETO ANOLOAN'IREO MPAMPIANATRA AHY SY IREO MPIARA-MIANATRA TAMIKO ETO AMIN'ITY TOERAMPAMPIANARANA 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.**

**HO TSABOIKO 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 AO AN-TRANON'OLONA AHO, DIA TSY AHITA IZAY ZAVA-MISEHO AO NY MASOKO, KA TANAKO HO AHY SAMIREY 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.

