

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	
1- Physiologie du cycle menstruel	3
2- Généralité sur la planification familiale.....	6
2-1- Définitions	6
2-1-1- Planification familiale	6
2-1-2- L'espacement des naissances	7
2-1-3- La limitation des naissances.....	7
2-1-4- la contraception	7
2-2- Objectifs	7
2-3- Intérêts	8
2-4- Les méthodes contraceptives.....	8
2-4-1- Les méthodes naturelles	8
2-4-2- Les méthodes barrières.....	9
2-4-3- Les méthodes à effets mensuels	9
2-4-4- Les méthodes à longue durée, non définitive.....	9
2-4-5- Les méthodes à effet définitive	9
3- Les contraceptifs injectables.....	10
3-1- Définition.....	10
3-2- Historique	10
3-3- Mécanisme d'action.....	11
3-4- Efficacité.....	11
3-5- Avantages et inconvénients	11
3-5-1- Avantages	11
3-5-2- Inconvénients	12
3-6- Indications et contre indications.....	13
3-6-1- Indications	13
3-6-2- Contre indications	13
3-7- Les différents types.....	14

3-8- Conseil et information	14
3-9- Bilan de santé	15
3-10- Réalisation	15
3-10-1- Matériel nécessaire et entretien.....	15
3-10-2- Administration des injectables	16
3-10-3- Ce qu'il faut dire à l'utilisatrice	17
3-10-4- Contrôle et suivi	18

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

1- Objectifs de l'étude	19
2- Cadre de l'étude	19
2-1- Situation géographique.....	19
2-2- Historique	20
2-3- Le bâtiment.....	20
2-4- Niveau socio-économique des consultants.....	20
2-4-1- Social.....	20
2-4-2- Economique.....	21
2-5- Organisation du service de planification familiale.....	21
2-6- Activités.....	22
2-6-1- Soins préventifs	22
2-6-2- Soins curatifs	23
3- Méthodologie	23
3-1- Type d'étude.....	23
3-2- Critères de sélection	23
3-3- Paramètres d'étude	24
4- Résultats.....	25
4-1- Fréquence	25
4-2- Aspects épidémiologiques	30
4-2-1- Age	30
4-2-2- Parité	31
4-2-3- Statut matrimonial.....	32
4-2-4- Profession.....	33

4-2-5- Niveau d'étude	35
4-2-6- Temps mis pour venir en consultation	36
4-2-7- Nombre d'enfants vivants	37
4-2-8- Age du dernier-né.....	38
4-2-9- Motifs d'adhésion à la planification familiale	39
4-2-10- Sources d'information.....	40
4-2-11- Suivi et contrôle	41
4-2-12- Causes de changement et d'abandon de la méthode	42

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES - SUGGESTIONS

1- Commentaires	43
1-1- Fréquences	43
1-1-1- Effectif étudié.....	43
1-1-2- Fréquence mensuelle.....	43
1-1-3- Fréquence trimestrielle.....	43
1-1-4- Place de la contraception injectable parmi les méthodes contraceptives.....	43
1-2- Concernant les aspects épidémiologiques	44
1-2-1- L'âge	44
1-2-2- L'état matrimonial.....	44
1-2-3- La parité	44
1-2-4- La profession des clientes	45
1-2-5- Le niveau d'instruction	45
1-2-6- Le temps mis par les utilisatrices pour venir en consultation	46
1-2-7- Le nombre d'enfants vivants.....	46
1-2-8- L'âge du dernier-né.....	46
1-2-9- Les motifs d'adhésion	46
1-2-10- Suivi et contrôle	47
1-2-11- Sources d'information.....	47
1-2-12- Causes du changement ou d'abandon	47

2- Suggestions	48
2-1- Renforcer la Communication pour le Changement du Comportement.....	48
2-2- Assurer un service de qualité.....	49
2-3- Entreprendre quelques initiatives au niveau national.....	49
 CONCLUSION	 50

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau 1 : Le cycle menstruel	6
Tableau 2 : Importance de l'utilisation de la contraception injectable	25
Tableau 3 : Répartition des acceptantes selon la fréquence mensuelle.....	26
Tableau 4 : Répartition trimestrielle des utilisatrices.....	28
Tableau 5 : Répartition des utilisatrices selon les méthodes contraceptives.....	29
Tableau 6 : Répartition des utilisatrices en fonction de leur âge	30
Tableau 7 : Répartition des acceptantes selon la parité.....	31
Tableau 8 : Répartition des utilisatrices selon l'état matrimonial.....	32
Tableau 9 : Répartition des acceptantes selon leur profession.....	33
Tableau 10 : Répartition selon le profession du conjoint.....	34
Tableau 11 : Répartition selon le niveau d'étude.....	35
Tableau 12 : Répartition des acceptantes selon le temps mis pour venir en consultation	36
Tableau 13 : Répartition selon le nombre d'enfants	37
Tableau 14 : Répartition des acceptantes selon l'âge du dernier-né	38
Tableau 15 : Répartition selon les motifs d'adhésion	39
Tableau 16 : Répartition selon les sources d'informations	40
Tableau 17 : Répartition des acceptantes selon le suivi et contrôle.....	41
Tableau 18 : Répartition selon les causes de changement et d'abandon.....	42

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : Importance relative de la contraception injectable	25
Figure 2 : Variation mensuelle des utilisatrices suivant les mois de l'année.....	27
Figure 3 : Effectif trimestriel des clientes	28
Figure 4 : Répartition selon les méthodes contraceptives.....	29
Figure 5 : Influence de l'âge sur l'utilisation des contraceptifs injectables.....	30
Figure 6 : Influence de parité des acceptantes	31
Figure 7 : Statut matrimonial des clientes.....	32
Figure 8 : Profession des utilisatrices.....	33
Figure 9 : Profession du conjoint	34
Figure 10 : Niveau d'étude des acceptantes	35
Figure 11 : Temps mis par les utilisatrices pour venir en consultation.....	36
Figure 12 : Influence du nombre d'enfants de clientes	37
Figure 13 : Les utilisatrices et l'âge de leur dernier-né.....	38
Figure 14 : Motif d'adhésion des clientes	39
Figure 15 : Sources d'informations des clientes	40
Figure 16 : Suivi des acceptantes des contraceptifs injectables.....	41
Figure 17 : Causes de changement et d'abandon de la méthode par les clientes.....	42

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES SIGLES

AMPR	: Acétate de Médroxyprogestérone Retard
APPROPOP	: Appui pour le Programme de la Population
CCV	: Contraception Chirurgicale Volontaire
CI	: Contraception Injectable
COC	: Contraceptifs Oraux Combinés
CSB	: Centre de Santé de Base
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
EN-NET	: Enantane de Noréthisterone
FNUAP	: Fonds de Nations Unies pour la Population
FSH	: Follicule Stimulating Hormon
HTA	: Hypertension Artérielle
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
LH	: Lutening Hormon / Hormone Lutéinostimuline
MAMA	: Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
NOR	: Norplants
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PCIME	: Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfant
PF	: Planification Familiale
PFN	: Méthode de Planification Naturelle
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le principal objectif du gouvernement malgache actuel est le développement socio-économique rapide et durable, qui est entièrement dépendant du développement de chaque famille. Or, une famille trop nombreuse est un handicap majeur à cet objectif.

Ainsi, une planification familiale devient cruciale pour le pays afin de freiner l'accroissement trop rapide et incontrôlable de la population et par la même occasion, d'améliorer le bien-être de la famille.

L'utilisation des méthodes contraceptives permet, en général aux femmes :

- soit de limiter ou de réduire le nombre de naissances,
- soit de pratiquer un espacement ou une régulation de naissances,
- soit enfin d'améliorer la santé ou le bien-être des mères et de leur donner la possibilité de mieux s'occuper de leurs enfants **(1)**.

De plus, selon l'OMS, près de 585 000 femmes meurent chaque année dans le monde de causes associées à la grossesse, 90% de ces décès se produisent dans les pays en voie de développement. Il faut signaler par ailleurs que 15 à 20 millions de femmes ont recours chaque année à l'avortement illégal **(2)**.

En dépit de ces problèmes, le taux de fréquentation des services de planification familiale reste encore faible à Madagascar. Ce taux est estimé actuellement à 10% **(3)**.

De l'entretien avec le personnel de la santé, ainsi que de l'avis de quelques clientes et une analyse détaillée des fiches de consultation de planification familiale, il ressort que le problème mérite d'être pris en considération au niveau des Centres de Santé. De la sorte, les informations obtenues permettront d'apporter des solutions pour l'amélioration de la qualité des services de planification familiale.

Pour réaliser cette étude, nous avons choisi le service de planification familiale du Centre de Santé de Base Niveau II d'Ambodin'Isotry, qui se trouve dans le 1^{er}

Arrondissement. C'est une étude descriptive qui se focalise sur l'analyse du profil épidémiologique des femmes utilisatrices de la contraception injectable ainsi que sur leurs évaluations, suivi et contrôle.

Le présent travail comporte outre l'introduction et la conclusion, trois parties :

- la première partie concerne la revue de la littérature,
- la deuxième partie est consacrée à notre étude proprement dite,
- la troisième partie traite nos commentaires et quelques suggestions.

**PREMIERE PARTIE :
REVUE DE LA LITTERATURE**

1- PHYSIOLOGIE DU CYCLE MENSTRUEL (4,5)

Le Cycle menstruel de la femme :

- Il implique des organes situées à 3 niveaux : l'hypophyse, les ovaires, l'utérus
- Il se déroule sur une durée de 28 jours divisée en 3 périodes

a) La dimension spatiale : 3 niveaux

- l'émetteur : l'ensemble hypothalamus-hypophyse libère des hormones (LH et FSH)
- le relais : l'ovaire est sensible à ces hormones et en produit à son tour (oestrogènes et progestérones)
- les récepteurs : l'utérus, les seins et les caractères sexuels secondaires sont soumis à l'influence des hormones ovariennes.

b) La dimension temporelle : 3 périodes

- la période pré-ovulatoire (première moitié du cycle)
- la période ovulatoire
- la période post-ovulatoire (deuxième moitié du cycle)

L'HYPOPHYSE : les hormones hypophysaires (les gonadotrophines)

FSH : Follicule Stimulating Hormon (hormone qui stimule le follicule)

- stimule la croissance et le développement du follicule ovarien qui contient l'ovule (1^{ère} moitié du cycle ovarien)

LH : Luteinizing Hormon (hormone lutéinisante) libérée surtout à mi-cycle (pic de LH), mais toujours présente,

- provoque l'ovulation
- maintient le corps jaune en 2^{ème} moitié du cycle

Prolactine :

Elle a de nombreuses fonctions, principalement

- elle assure le développement des seins pendant la grossesse,
- elle provoque la montée laiteuse et entretient la lactation,
- elle inhibe l'ovulation pendant l'allaitement (effet contraceptif).

L'OVAIRE : les hormones ovariennes

En première moitié du cycle (période pré-ovulatoire)

Le follicule se développe, croît et sécrète une hormone en quantité de plus en plus abondante, l'estradiol (follicule)

Au milieu du cycle (période ovulatoire) sous l'effet de la décharge de LH, pic de LH, le follicule expulse l'ovule : c'est l'ovulation.

Le follicule se transforme ensuite en corps jaune.

En deuxième moitié du cycle (période post-ovulatoire)

Le corps jaune sécrète de l'estradiol et de la progestérone.

Le corps jaune a une durée de vie de plus ou moins 14 jours.

L'UTERUS

a) Le corps utérin et l'endomètre

En période pré-ovulatoire sous l'effet de l'estradiol, l'endomètre prolifère :

- les cellules se divisent
- l'endomètre s'épaissit

En période post-ovulatoire le corps jaune sécrète encore de l'estradiol, mais sous l'effet de la progestérone, l'endomètre se transforme. Il apparaît une sécrétion dans ses glandes (endomètre sécrétoire).

Cette muqueuse devient alors propice à la nidation (propre à recevoir l'œuf fécondé).

Le maximum d'imprégnation progestéronique se situe au 20^{ème} et 24^{ème} jour du cycle.

C'est le moment où un œuf fécondé (dans la trompe) arrive dans le corps utérin.

b) Le col

- En première moitié du cycle, sous l'effet de l'œstradiol, le mucus cervical (glairé) devient plus abondant, plus transparent, plus visqueux, plus étirable et plus propice à la pénétration des spermatozoïdes (maximal juste au moment de l'ovulation).

- En deuxième moitié du cycle, sous l'effet de la progestérone, le mucus cervical s'épaissit et devient imperméable à la progression des spermatozoïdes.

Tableau n°1 : Le cycle menstruel (5)

	Période	Phase folliculaire (Pré-ovulation)	Ovulation	Phase lutéale (Post-Ovulation)
Niveaux				
	Hypophyse	FSH prédomine	Pic de LH	LH prédomine
	Ovaire	Maturation du follicule	Expulsion de l'ovule : ovulation	Formation du corps jaune
	Hormones libérées	Oestrogènes		Oestrogènes et Progestérones
Utérus :				
	- Corps	Endomètre prolifératif		Endomètre sécrétoire
	- Col	Glaire de plus en plus filante et abondante	Glaire très filante et très abondante perméable aux spermatozoïdes	Glaire de plus en plus épaisse et de moins en moins abondante

2- GENERALIRE SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

2-1- Définition

2-1-1- *Planification familiale* (6,7,8)

C'est l'ensemble des techniques médico-sociales permettant :

- l'espacement et la régulation des naissances pour protéger la mère et l'enfant d'une part, et pour offrir un meilleur niveau de vie, d'autre part :
- la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle,
- la lutte contre la stérilité pour les couples qui seraient sujets à des difficultés dans ce domaine,
- l'épanouissement de la vie sexuelle à une éducation plus appropriée.

D'après l'OMS, la planification familiale est la manière de penser et de vivre, que l'individu et les couples adoptent de leur libre volonté, en se basant sur la connaissance précise, des attitudes et des décisions réfléchies, afin d'améliorer l'état de santé et le bien-être du groupe familial, et par conséquent, de contribuer efficacement au développement social et économique du pays.

2-1-2- *L'espacement des naissances (9)*

C'est l'échelonnement de la grossesse en employant une méthode contraceptive quelconque, pour la promotion de la santé maternelle et infantile.

2-1-3- *La limitation des naissances*

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.

2-1-4- *La contraception (10)*

C'est l'ensemble des procédés visant à éviter de façon temporaire et réversible, la conception.

Elle n'inclut pas l'avortement.

2-2- Objectifs (11,12)

Assurer les prestations de service de planification familiale intégrée dans le service et dans le secteur plus précisément le prestataire doit être capable de :

- prescrire une méthode de planification familiale compatible avec le choix et l'état de santé de l'acceptante,
- assurer le suivi de tout individu sous méthode contraceptive,
- gérer les produits contraceptifs en médicaments adjuvants et les matériels du centre de planification familiale.
- informer et sensibiliser toutes les femmes fréquentant de PF,
- mobiliser la communauté sur l'intérêt de la planification familiale ;
- effectuer une auto-évaluation des prestations de service de PH, dans le secteur ;

2-3- Intérêts (5,13)

La planification familiale des naissances permet de réduire :

- La mortalité infantile et maternelle
- La morbidité maternelle et infantile en diminuant le nombre de

Grossesse

- Equilibre dans le couple ;
- Avantages socio-économiques et démographiques
- Certaines méthodes contraceptives protègent aussi contre les infections sexuellement transmissibles (I S T) : les méthodes barrières, particulièrement les préservatifs.

Les préservatifs représentent la seule méthode de contraception qui protège de la contamination par VIH, virus du SIDA. La pilule protège contre certaines maladies.

2-4- Les méthodes contraceptives

2-4-1- Les méthodes naturelles (8,14,15)

Ce sont :

- Les méthodes traditionnelles :
 - La méthode de l'allaitement maternel (MAMA)
 - Le retrait
- Les méthodes de planification naturelle (PFN)
 - La méthode de calendrier par des rythmes ou d'ovulation (16)
 - L'abstinence périodique.
- La méthode thermique (14,17)
- La méthode de glaire cervicale ou Billing (18,19)

2-4-2- Les méthodes barrières (BAR)

Elles sont utilisées à chaque rapport.

Ce sont : le diaphragme, la capot cervicale, l'éponge, les spermicides et les condoms (20)

2-4-3- Les méthodes à effets mensuels (21-23)

Ce sont les contraceptifs oraux

La pilule combinée ou oestro-progestatifs (COC)

Pilule progestative microdosée et pilule multi-phase

Contraceptifs injectables. Ils comprennent **(24,25)** :

- le DEPO-PROVERA (AMPR-confiance)
- le NORISTERAT (NET-EN)
- les injectables mensuels de PRGESTERONE et d'OESTROGENE

2-4-4- Les méthodes à longue durée, non définitive

Ce sont :

Les implants ou norplants (NOR) **(26,27)**

Les dispositifs intrat-utérins (DIU ou Stérilet)

2-4-5- Les méthodes à effet définitif

- Contraception chirurgicale volontaire (CCV)
 - la vasectomie chez l'homme **(28)**
 - la ligature des trompes chez la femme **(29)**
- Les méthodes de planification naturelle (PFN)
 - la méthode de calendrier par des rythmes ou d'Oginoknaus
 - l'abstinence périodique

3- LES CONTRACEPTIFS INJECTABLES (30-32)

3-1- Définition

Les contraceptifs injectables se composent d'hormones stéroïdes synthétiques semblables à la progestérone que l'on peut introduire dans l'organisme par injection intra musculaire, afin d'empêcher la conception.

La suspension diffuse hautement dans le sang. Une seule injection suffit à fournir une contraception sûre et lentement efficace pour un minimum de 2 mois.

Les plus couramment utilisés sont :

- l'Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) commercialisé sous le nom de Dépo-provéra
- l'énantate de norethistérone (EN-NET)

3-2- Historique (33)

L'utilisation des progestatifs seuls sous forme injectable semble gagner rapidement du terrain à travers le monde de 1990 à 1994.

L'utilisation de l'AMPR remonte à 1960 pour la prévention des accouchements prématurés et (pour le traitement des menaces d'avortement de l'endométriose et du cancer de l'endomètre)

L'AMPR est à présent un contraceptif reconnu et sa distribution est autorisée dans plus de 80 pays et territoires.

L'EN-NET est utilisé comme contraceptif depuis 1966 mais à moins grande échelle que l'AMPR.

C'est entre 1953 et 1957 que les premiers contraceptifs injectables d'ester de différents oestrogènes et progestatifs ont été synthétisés.

Actuellement, plus de 30 millions de femmes ont recours aux contraceptifs injectables à travers le monde et plus de 6 millions le nombre actuel d'utilisatrices.

3-3- Mécanisme d'action (34)

Le mécanisme des progestérones injectables est similaire à celui des comprimés ; ils ont à peu près le même degré d'efficacité. Ils agissent principalement sur l'axe hypothalamo-pituitaire et leurs effets sont :

- sur les ovaires : inhibition de l'ovulation ; l'examen des ovaires montre une absence de formation du corps jaune, bien que les follicules de Graaf soient présentes ;
- sur l'endomètre : effet local, l'endomètre doit être mince et inactif avec une diminution de l'activité glandulaire, le rendant impropre à l'implantation dans le cas où l'œuf serait fertilisé ;
- sur le mucus cervical : il y a une diminution de son volume et accroissement de sa viscosité formant une barrière aux spermatozoïdes. Il y a absence de formation en fougère et de spinnbarkeit ;
- sur les trompes : il y a changement de vitesse de transport de l'œuf et de spermatozoïdes.

3-4- Efficacité

L'efficacité des contraceptifs injectables est similaire à celle de la pilule combinée, donc supérieurs au stérilet : proches de 100% d'efficacité : c'est une des méthodes les plus efficaces.

3-5- Avantages et inconvénients

3-5-1- Avantages

- Action efficace et garantie ;
- Facile à utiliser et à administrer ;
- Libération de la peur d'oublier le comprimé ;
- Produits qui peuvent être prescrits et administrés par des agents de santé qualifiés autres que les médecins ;
- Respecte la lactation

- Prévention de l'anémie : les pertes de sang sont peu abondantes même si elles se prolongent ;
- Utilisation discrète.

Avantages autres que l'action contraceptive

- Action favorable sur l'endométriose ;
- Apparition moins fréquente de candidoses vaginales ou d'inflammations pelviennes que chez les femmes qui utilisent D.I.U. par exemple ;
- Amélioration possible de l'anémie à cellules falciformes (drépanocytose) ;
- Résorption éventuelle de kystes ovariens préexistants et des kystes des seins bénins ;
- Aucune action sur la quantité de lait de la femme qui allaite.

3-5-2- Inconvénients

- Les contraceptifs injectables ne protègent pas contre le IST-SIDA
- Une fois administré, le produit fait effet jusqu'à ce qu'il soit totalement métabolisé
- Certaines femmes refusent l'administration du produit par injection ;
- Perturbation du cycle menstruel normal chez la plupart des femmes ;
cette perturbation consiste en :
 - des saignements irréguliers « spotting » et aménorrhées ou
 - des hémorragies prolongées, bien qu'une spoliation sanguine massive soit rare ;
- Prise de modérée, maux de tête, sauté d'humeur, une perte de libido ;
- Retard du rétablissement de la fécondité après arrêt de la méthode.

3-6- Indications et contre indication

3-6-1- *Indications*

Les contraceptions injectables peuvent être recommandés aux femmes qui choisissent une méthode de contraception hormonale et qui :

- allaitent
- préfèrent éviter d'avoir à stocker leurs contraceptifs à domicile
- présentent une contre-indication à la prise d'œstrogène telles les femmes qui présentent des complications liées aux oestrogènes quand elles utilisent les COC (Contraceptifs Oraux Combinés) (35)
- désirent une stérilisation non définitive.

3-6-2- *Contre indication*

Absolues

- Grossesse confirmée ou suspectée
- Cancer du sein ou tumeur mammaire
- Tous les cancers génitaux
- Toute hémorragie utérine anormale pour laquelle aucun diagnostic n'a été posé.

Relatives

- Anomalies de la fonction hépatique ou antécédents récents de maladie du foie
- Facteurs multiples de risque pour affection vasculaires (HTA, Tabagisme, Obésité)
- Antécédents de maladies cardio-vasculaires
- Diabète surcré ou antécédents de diabète gravidique.

3-7- Les différents types

Ce sont :

- L'Acétate de Médroxyprogestérone ou AMPR ou DEPO-PROVERA, Dépo et Megestrone en flacon de 150mg, et se présente sous forme de suspension de microcristalline
- L'Enantate de Norethistérone ou NET-EN ou NORISTERAT en flacon de 200mg. C'est une solution huileuse
- Les contraceptifs à injection mensuelle **(36)** renfermant une progestérone et un œstrogène : CYCLOFEM – MESYGINA - CYCLOPROVERA

Ils ne sont pas encore utilisés à Madagascar.

3-8- Conseil et information (25,37)

Toutes les acceptrices de la contraception par injectables devront avoir reçu les conseils appropriés au choix et à l'utilisation de la méthode.

Conseiller la cliente en termes clairs pour qu'elle comprenne en particulier :

- Les avantages et les inconvénients des injectables en matière d'efficacité, de leurs risques et de leurs effets bénéfiques, un retard de retour à la fertilité, des effets secondaires et du coût.
- Les perturbations éventuelles du cycle menstruel :
 - Aménorrhée : rassurer l'utilisatrice en la prévenant que l'arrêt des règles est un effet secondaire courant des injectables et qu'elle peut s'attendre à voir son cycle redevenir normal dans les six mois suivant l'arrêt des injectables.
 - Irrégularité des règles.
- Les autres contraceptifs et leur efficacité, leurs risques et leurs effets bénéfiques.
- La fréquence des injections : date de la première injection, date de l'injection suivante et intervalle entre les injections.
- Le type précis d'injectable qui va lui être administré. Encourager l'utilisatrice à poser des questions sur ce qui la préoccupe.

3-9- Bilan de santé

Chaque utilisatrice éventuelle devra subir au préalable un examen permettant d'établir son bilan de santé afin de dépister toute contre indication à la méthode des injectables.

3-10- Réalisation (38,39)

3-10-1- *Matériel nécessaire et entretien*

Aiguilles et seringues pour les injections

- Stocks suffisants d'aiguilles et de seringues assortis : 2ml ou 5ml pour les injections intramusculaires
- Les seringues jetables sont plus pratiques si on peut en obtenir
- Ne pas réutiliser ni stériliser les seringues jetables
- Si l'approvisionnement continu en seringues jetables s'avère difficile, les seringues réutilisables sont recommandées. Elles doivent alors être stérilisées correctement avant chaque utilisation.

Stérilisation des seringues et des aiguilles réutilisables.

- Retirer l'aiguille de la seringue
- Nettoyer à fond et rincer à l'eau immédiatement après usage
- Stériliser l'aiguille et la seringue détachée l'une de l'autre :
 - stériliser à la vapeur à 121°C pendant 20minutes
 - de simples stérilisateur du type autocuiseur peuvent convenir à condition qu'ils soient utilisés correctement
 - en l'absence d'équipement de stérilisation, on pourra obtenir un haut degré de désinfection (HDD) en faisant bouillir le matériel dans l'eau pendant 20minutes dans un récipient muni d'un couvercle
- Stocker le matériel d'injection dans une boîte stérile ou désinfectée.

3-10-2- Administration des injectables

3-10-2-1- Administration de la première injection

Il faut administrer la première injection dans les sept premiers jours du cycle menstruel. On peut cependant administrer la première injection à n'importe quel moment du cycle, à condition d'être sûr que la cliente n'est pas enceinte.

Pour l'utilisatrice en post-partum :

- si elle allaite : administrer la première injection à partir de la troisième semaine du poste-partum, mais pas avant. Si la cliente présente une aménorrhée due à la lactation et demande une injection après le deuxième mois du post-partum, il faut s'assurer qu'elle n'est pas enceinte avant de lui administrer l'injection ;
- si elle n'allait pas, faire l'injection immédiatement ou dans les quatre premières semaines du post-partum, et quand elle n'a pas encore de retour de couches, il faut s'assurer qu'elle n'est pas enceinte avant de lui faire l'injection.

3-10-2-2- Répétition des injections

AMPR : 1ml ou 150mg tous les trois mois **(24,25)**

- Un retard de deux semaines est acceptable au cas où la femme oublierait de revenir en consultation.
- N'administrer pas l'AMPR moins de 11 semaines après la première injection.

EN-NET : 200mg à deux mois d'intervalle pour les six premiers mois **(24,25)** d'utilisation, puis à un intervalle de deux à trois mois.

- Un retard de deux semaines n'est acceptable que pour les injections à deux mois d'intervalle seulement.
- Il ne faut pas administrer l'EN-NET moins de sept semaines après la première injection.

3-10-2-3- Technique d'injection (37)

- Secouer l'ampoule vigoureusement
- Nettoyer le bouchon avant d'introduire l'aiguille stérile
- Aspirer le liquide dans la seringue stérile jusqu'à l'obtention du volume requis
- Nettoyer l'emplacement de l'injection
- Introduire l'aiguille stérile soit dans le muscle fessier (quart externe supérieur), soit dans le deltoïde et injecter le contenu de la seringue, après s'être assuré qu'on n'a pas touché une veine
- L'emplacement de l'injection ne doit pas être massé
- Pour garantir l'absence de risque d'injection, il faut s'assurer qu'on utilise une seringue stérile et une aiguille pour chaque injection.

3-10-3- *Ce qu'il faut dire à l'utilisatrice*

Avant d'administrer la première dose de contraceptif injectable, il faut s'assurer que la cliente comprenne bien ce qui suit :

- pour éviter une grossesse, il faut que les injections soient faites à intervalle régulier. Elle devra donc recevoir une injection tous les trois mois pour l'AMPR ou tous les deux mois pour l'EN-NET
- Les perturbations du cycle menstruel sont fréquentes, surtout à la suite des deux ou trois premières injections. Ces perturbations sont généralement temporaires et présentent rarement un risque pour la santé.
- Les autres effets secondaires peuvent inclure un gain de poids ou de légers maux de tête. Ces symptômes ne sont pas dangereux.
- Les femmes qui utilisent l'AMPR ne seront peut-être pas enceintes avant plusieurs mois après l'arrêt des injections, mais ce injectable n'aura pas d'effets indésirables à long terme sur leur fertilité.
- L'utilisatrice devra revenir ou contacter la clinique si elle constate l'un des problèmes suivants :
 - Pertes inhabituellement abondantes
 - Maux de tête sévères

- Gêne inhabituelle à l'endroit d'injection
- Tout autre problème qui la préoccupe.

Il faut donner à l'utilisatrice une fiche portant le type d'injectable qui lui a été administré, la date d'administration, le nom de la clinique et la date de l'injection suivante.

3-10-4- Contrôle et suivi (37,39)

Effectuer un examen de contrôle lorsque la cliente vient pour la prochaine injection. Cet examen devra comprendre :

- Un entretien : établir s'il y a des problèmes, des inquiétudes ou des questions ;
- La prise de la tension artérielle ;
- La pesée ;
- L'inscription au dossier médical des effets secondaires ou des inquiétudes ;
- L'inscription de toute complication ;
- Les conseils, traitements ou références vers d'autres services ;

Le bilan annuel devra comprendre la pesée, la prise de la tension artérielle, l'examen des seins et un frottis de Papanicolaou s'il est nécessaire.

Il est prouvé que les conseils et les encouragements prodigués à l'utilisatrice lors des visites de suivi aident à une meilleure tolérance des problèmes de saignement. Instructions en cas de retard des répétitions d'injection.

- Quand une utilisatrice a dépassé les deux semaines de retard permises pour une injection, il faut s'assurer qu'elle n'est pas enceinte avant de lui administrer l'injection. On doit recevoir ses antécédents et le cas échéant, faire un test de grossesse accompagné ou non d'un toucher vaginal (37).

- Il n'est pas nécessaire, d'attendre le retour des règles suivantes pour reprendre les injections, si on observe la procédure indiquée ci-dessus.

DEUXIEME PARTIE :
NOTRE ETUDE

1- OBJECTIFS DE L'ETUDE

Notre étude a pour but d'analyser le profil des utilisatrices des contraceptifs injectables, d'évaluer le suivi et le contrôle et de donner d'avantage d'informations concernant la méthode contraceptive injectable afin de cerner les causes d'un échec éventuel d'une telle contraception.

2- CADRE DE L'ETUDE

2-1- Situation géographique

Le CSB II Ambodin'Isotry est intégré dans le quartier Ambodin'Isotry, dans le 1^{er} Arrondissement, Commune Antananarivo Renivohitra. Ce Centre est situé entre le marché et les cités d'Ambodin'Isotry.

Les quartiers dépendants du centre sont au nombre de 10, ce sont :

- Andavamamba – Anjezika
- Andohatapenaka I
- Andohatapenaka II
- Andranomanalina Centre
- Andranomanalina Isotry
- Antohomadinika Sud
- Antohomadinika III G Hangar
- Cité Ambodin'Isotry
- 67 Ha Centre
- 67 Ha Sud

D'après la dernière enquête démographique, on y compte au 59 357 habitants dans ce secteur.

2-2- Historique

Le CSBII Ambodin'Isotry ou le dispensaire urbain d'Isotry annexe (son ancien nom) existe depuis une quarantaine d'années environ. Au début, il était doté d'eau et d'électricité. Mais depuis une vingtaine d'années, ce Centre se trouve privé d'eau et d'électricité, faute de paiement de factures de la JIRAMA (Société des Eaux et d'Electricité de Madagascar).

Le Centre fait partie des douze CSBII de la Commune d'Antananarivo Renivohitra, qui sont : Ambohidroa, Andohalo, Antanimena, Mahamasina, Isotry Central, Andoharanofotsy, Itaosy Cité des Assureurs, Tanjombato, Analamahitsy, Ampasanimalo, Ambohiopo.

2-3- Le bâtiment

Le bâtiment du Centre est en bon état. Ce Centre partage ce bâtiment avec le bureau du quartier d'Ambodin'Isotry et le foyer des jeunes. En fait, il occupe 2 grandes salles intercalées par le bureau du quartier :

- La première grande salle est divisée en 4 cloisons. Elle est utilisée pour les consultations externes, la pharmacie et comme salle d'attente pour les patients.
- La deuxième grande salle est divisée en 3 parties et est utilisée d'une part, par le service de la santé maternelle et infantile et la planification familiale et d'autre part, comme salle de soins avec une salle d'attente pour les consultantes.

2-4- Niveau socio-économique des consultants

2-4-1- Social

Les quartiers délimitant ce CSBII sont tous des bas quartiers fortement peuplés. Ils abritent des terrains humides, insalubres, menacés par le péril fécal et la pollution de l'air.

La plupart des habitants n'ont pas de latrines. Les canaux d'évacuation d'eaux sales traversent les différents quartiers du secteur, pire, ils ne sont pas recouverts du

tout. Certains habitants profitent de cette situation pour y jeter des ordures n'importe comment, entraînant ainsi une inondation de ces canaux surtout pendant la saison des pluies.

Pour l'approvisionnement en eau propre, 60% de la population utilise les bornes fontaines publiques, qui sont en nombre très insuffisant par rapport au nombre des habitants. Par conséquent, les gens n'arrivent guère à satisfaire leurs besoins en eau propre, d'où le manque d'hygiène qui favorise le développement des maladies infectieuses et parasitaires prenant souvent une allure épidémique.

Comme combustibles, la majorité de gens utilisent le charbon de bois. Il faut noter qu'ils ne possèdent pas de cuisine adéquate, la plupart des ménages habite une maison avec une chambre unique. Certains d'entre eux vivent même dans des habitations précaires en carton ou plastique ou en objets divers récupérés çà et là.

A l'opposé, un certain nombre de gens habitent dans des bâtiments en dur ; ce sont des gens aisés et riches formés d'étrangers comme les Comoriens ou les Indiens. Mais ils ne fréquentent pas le Centre de Santé Publique.

2-4-2- Economie

60% des gens dans ce secteur ont un niveau de vie économique très bas. La plupart d'entre eux sont des travailleurs journaliers avec des revenus faibles et insuffisants qui ne leur permettent pas de survivre correctement ; ils ne peuvent même pas acheter les produits de première nécessité.

En bref, la majorité des ménages dans ce secteur ont une condition de vie très pénible au point de vue social et au point de vue économique.

2-5- Organisation du service de planification familiale

Le personnel est composé de :

- 5 médecins, dont un médecin chef
- 3 sages-femmes, dont une a reçu une formation en planification familiale
- 3 infirmières

- 1 assistant de santé
- 1 dispensateur
- 2 secrétaires
- 2 employés de service
- 1 veilleur de nuit

a) Crières d'adhésion

On y reçoit toutes les femmes en âge de procréer, sans aucune distinction.

b) Les méthodes offertes dans ce Centre :

Les méthodes hormonales

- les contraceptifs oraux
- les contraceptifs injectables, représentés par le DEPO-PROVERA qui est disponible.

Les méthodes barrières

- les condoms

2-6- Activités

2-6-1- Soins préventifs

Concernant la mère :

- vaccination anti-tétanique des femmes enceintes
- apport de micro-nutriments
- consultations pré et post-natales
- planification familiale et santé de la reproduction
- lutte contre les IST, le SIDA

Concernant l'enfant :

- consultation pré-natale
- vaccination en jours fixes et bien définis
- surveillance nutritionnelle, par pesage hebdomadaire de l'enfant
- prise en charge intégrée de la maladie de l'enfant (PCIME)

Concernant les adultes et les adolescents :

- préventions des maladies transmissibles : IST/SIDA

2-6-2- Soins curatifs

Prise en charge :

- des maladies courantes
- des cas urgents
- des maladies endémo-épidémiques

3- METHODOLOGIE

3-1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective des activités de la planification familiale au CSBII d'Ambodin'Isotry au cours de l'année 2001 sur les contraceptifs injectables par dépouillement des dossiers.

3-2- Critères de sélection

Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude toutes les femmes acceptant les méthodes contraceptives injectables inscrites sur les dossiers, leur âge variant de 14 à 40 ans.

Critères d'exclusion :

Les dossiers mal remplis ont été exclus de notre étude.

3-3- Paramètres d'étude

Les paramètres à analyser dans cette étude sont :

- l'âge de la cliente
- l'état matrimonial
- la parité

- la profession
- le niveau d'instruction de la cliente et du conjoint
- le nombre d'enfants vivants
- l'âge du dernier-né
- le motif d'adhésion
- les sources d'information
- le suivi et contrôle
- le motif d'abandon ou de changement

4- RESULTATS

4-1- Fréquence

Tableau n°2 : Importance de l'utilisation de la contraception injectable

Contraception	Effectif	Pourcentage
Injectable	204	16,97%
Autres	998	83,03%
Total	1202	100%

La fréquence des utilisatrices de la contraception injectable par rapport aux autres méthodes contraceptives est évaluée à 16,97%.

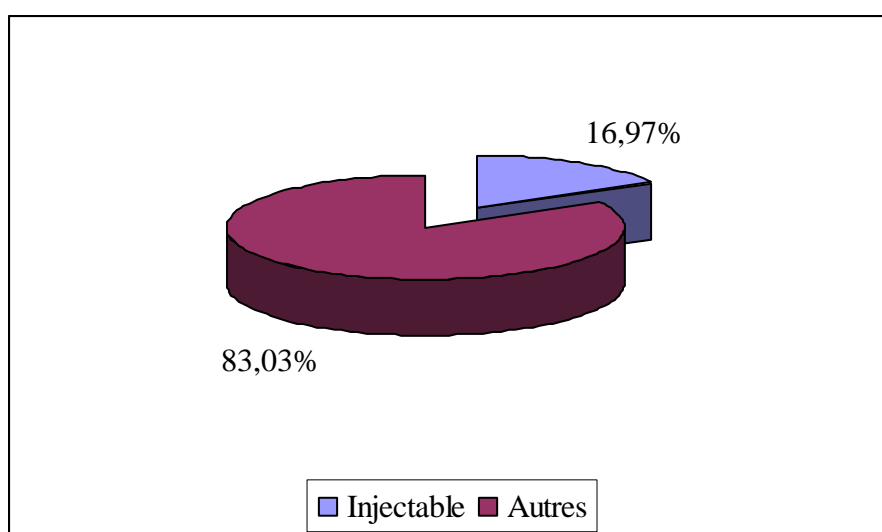


Figure n°1 : Importance relative de la contraception injectable

Fréquence mensuelle**Tableau n°3 : Répartition des acceptantes selon la fréquence mensuelle**

Mois	Nombre
Jauvier	18
Février	20
Mars	12
Avril	22
Mai	16
Juin	14
Juillet	24
Août	15
Septembre	21
Octobre	23
Novembre	11
Décembre	8
Total	204

Le nombre des utilisatrices varie très peu d'un mois à l'autre.

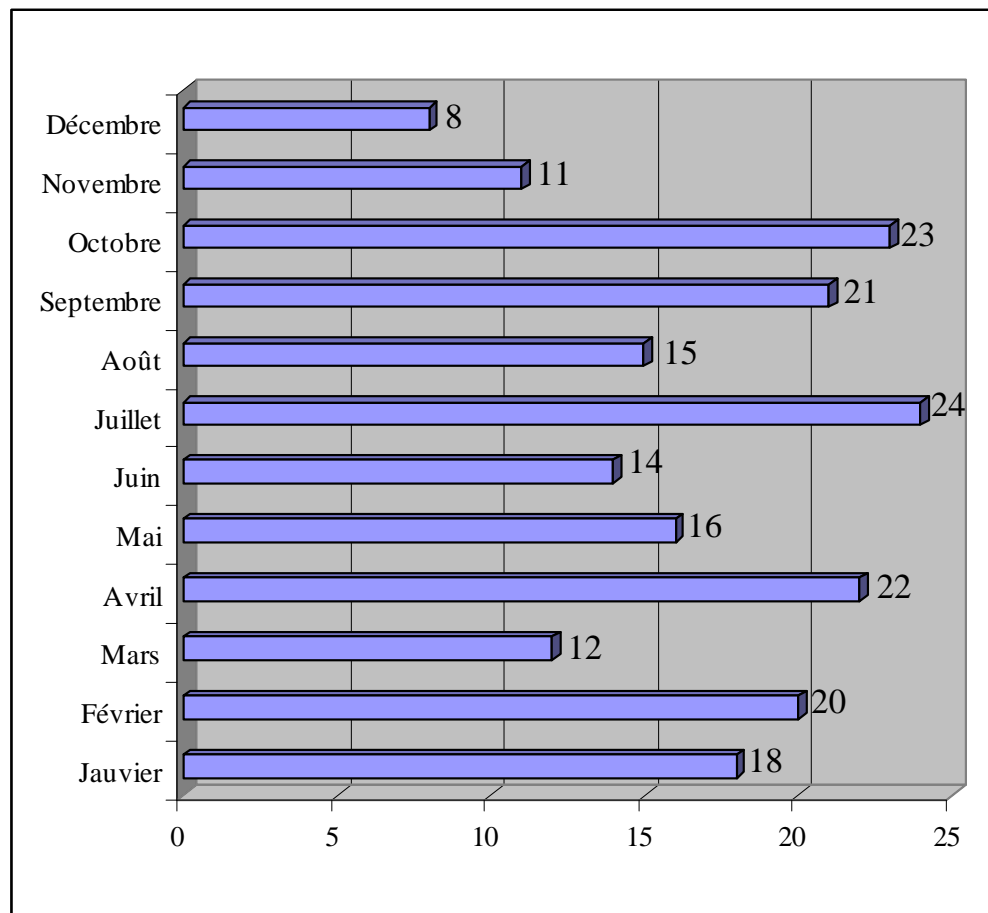


Figure n°2 : Variation mensuelle des utilisatrices

Fréquence trimestrielle

Tableau n°4 : Répartition trimestrielle des utilisatrices

Trimestre	Nombre	Pourcentage
1 ^{er} trimestre	50	24,51%
2 ^{ème} trimestre	52	25,49%
3 ^{ème} trimestre	60	29,41%
3 ^{ème} trimestre	42	20,59%
Total	204	100%

Le nombre des utilisatrices par trimestre est à peu près identique (déjà reflété dans le tableau précédant).

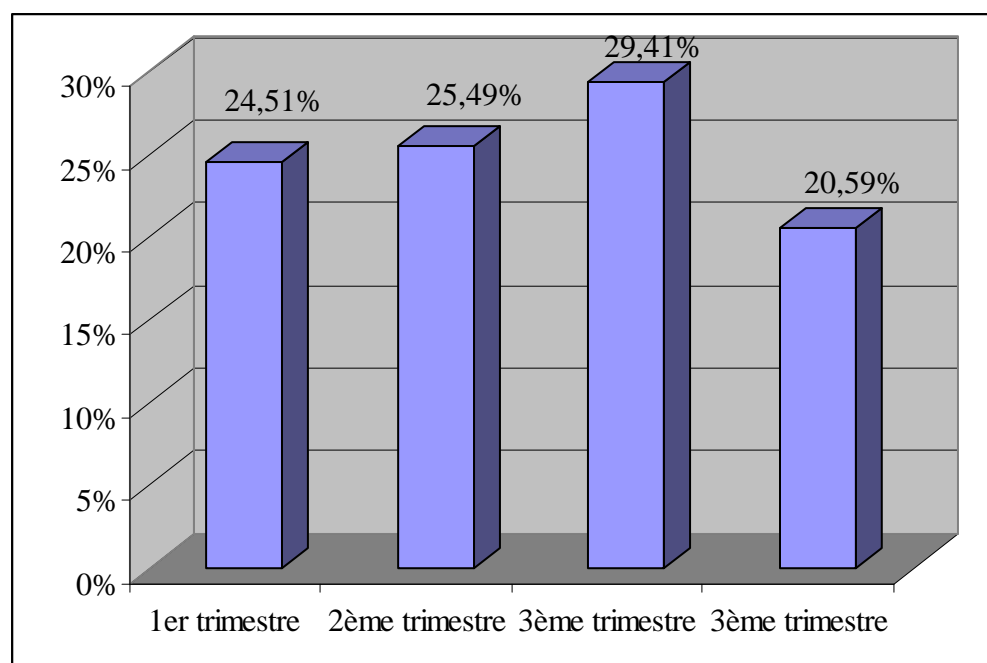


Figure n°3 : Effectif trimestriel des clients

Place de la méthode injectable parmi les autres méthodes contraceptives

Tableau n°5 : Répartition des utilisatrices selon les méthodes contraceptives

Méthodes contraceptives	Effectifs	Pourcentage
Contraceptifs oraux	918	76,37%
Contraceptifs injectables	204	16,97%
Méthodes barrières (condom)	80	6,66%
Total	1202	100%

En 2001, la contraception injectable occupe la seconde place avec un taux de 16,97% après les contraceptifs oraux.

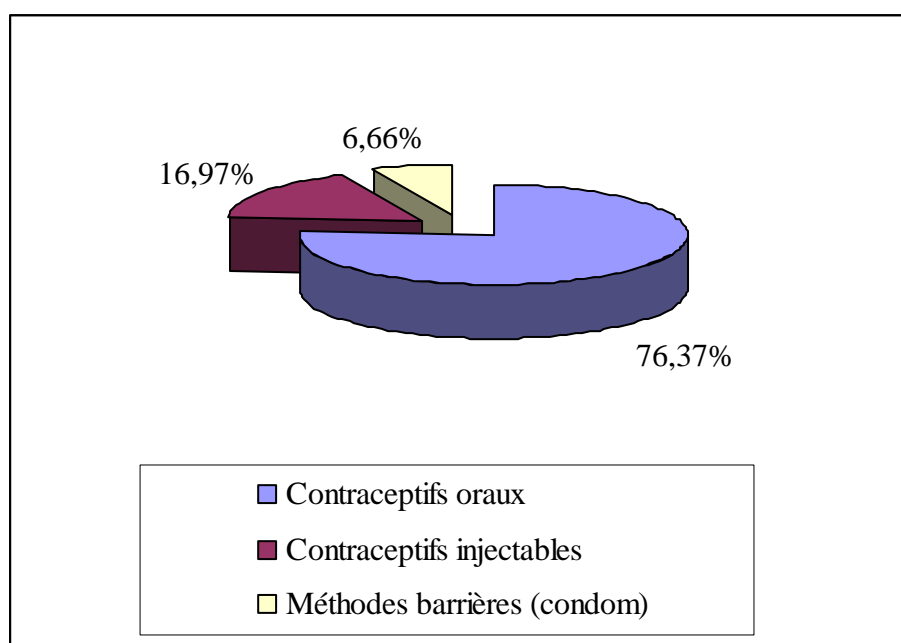


Figure n°4 : Répartition selon les méthodes contraceptives

4-2- Aspects épidémiologique

4-2-1- Age

Tableau n°6 : Répartition des utilisatrices de contraception injectable en fonction de leur âge

Age (ans)	Effectifs	Pourcentage
Inférieur à 19 ans	18	8,83%
20-24 ans	64	31,38%
25-29 ans	42	20,58%
30-34 ans	44	21,57%
35 ans et plus	36	17,64%
Total	204	100%

La majorité des femmes qui utilisent la contraception injectable sont entre 20 et 24 ans. Néanmoins, l'utilisation reste importante dans l'intervalle d'âge de 25 à 34 ans.

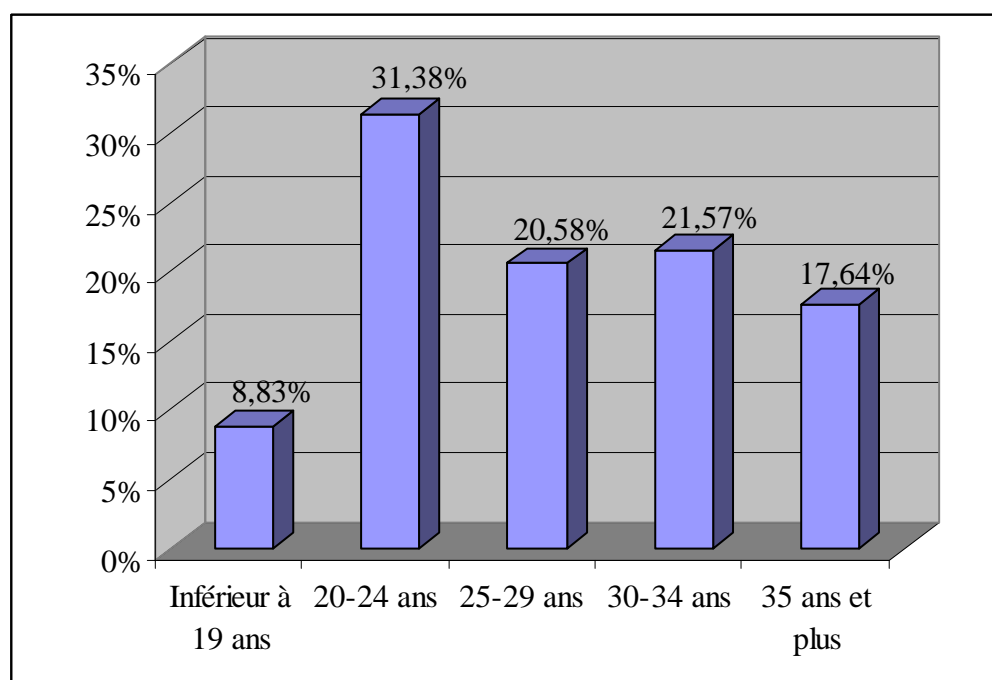


Figure n°5 : Influence de l'âge sur l'utilisation des contraceptifs injectables

4-2-2- Parité

Tableau n°7 : Répartition des acceptantes selon la parité

Parité	Effectifs	Pourcentage
Primipare (I)	30	14,71%
Paucipare (II-III)	96	47,06%
Multipare (IV-V)	60	29,41%
Grande multipare (VI et plus)	18	8,82%
Total	204	100%

Une très forte proportion des paucipares opte pour la contraception injectable. Mais le nombre des primipares et ou des grandes multipares n'est pas négligeable.

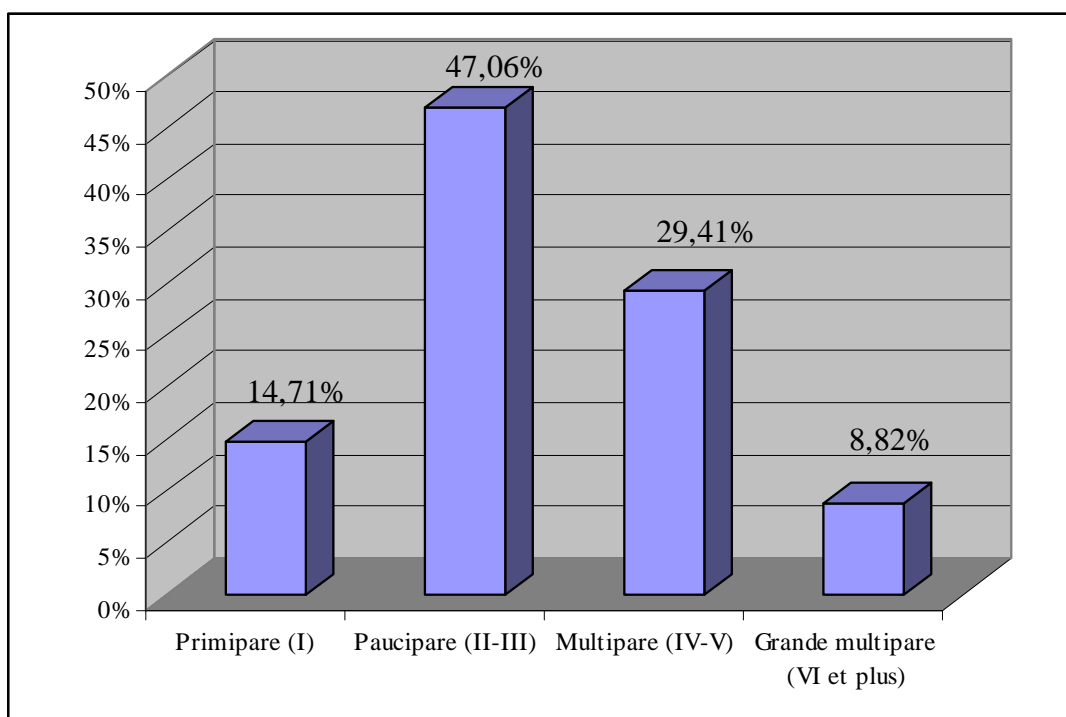


Figure n°6 : Influence de la parité des acceptantes

4-2-3- Statut matrimonial

Tableau n°8 : Répartition des utilisatrices de contraception injectable selon l'état de matrimonial

Etat matrimonial	Nombre	Taux
Mariée légitime	180	88,23%
Célibataire	24	11,77%
Total	204	100%

Près de $\frac{3}{4}$ des femmes utilisatrices de contraceptif sont mariées légitimement.

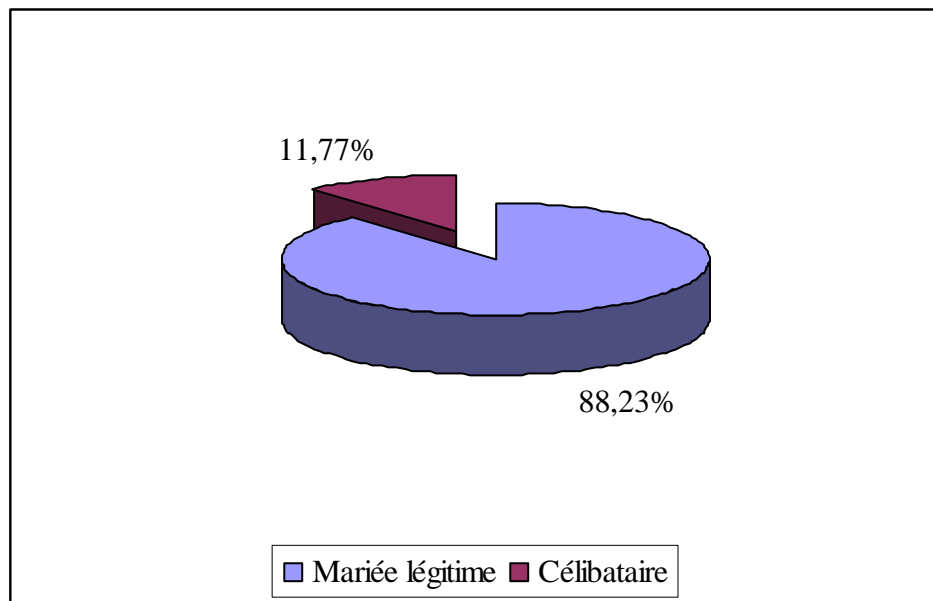


Figure n°7 : Statut matrimonial des clientes

4-2-4- Profession

a) Utilisatrices

Tableau n°9 : Répartition des acceptantes selon leur profession

Profession	Effectif	Taux
Cultivatrice	104	50,99%
Ménagère	36	17,65%
Ouvrière dans une zone franche	38	18,62%
Commerçante	10	4,90%
Fonctionnaire	16	7,84%
Total	204	100%

Pratiquement, plus de la moitié des utilisatrices travaillent aux champs. Les ouvrières de la zone franche ainsi que les ménagères viennent ensuite en nombre moins important.

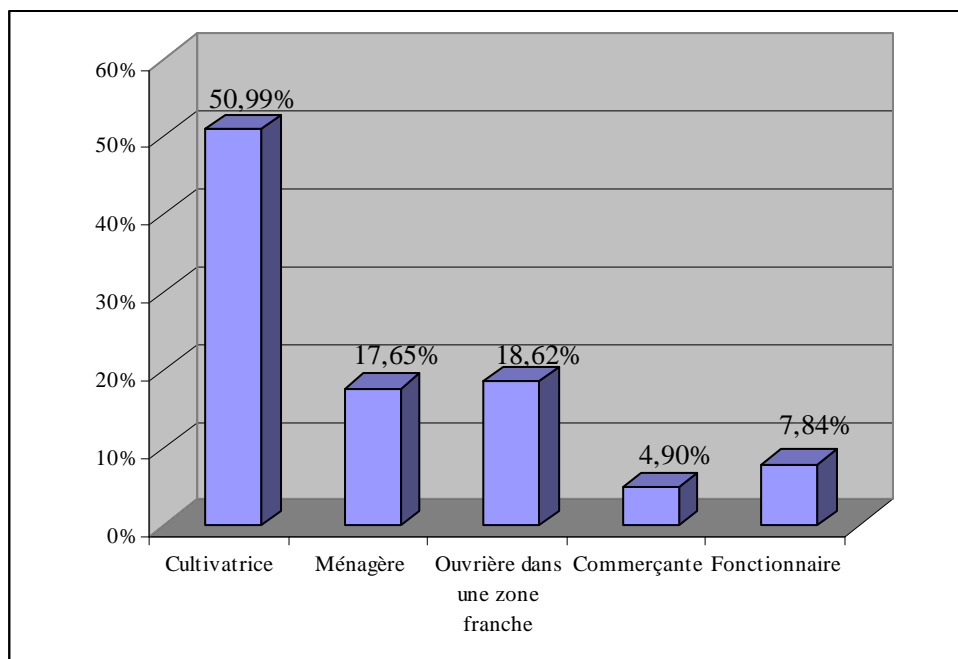


Figure n°8 : Profession des utilisatrices

b) Conjoint

Tableau n°10 : Répartition selon la profession du conjoint

Profession	Effectif	Taux
Chauffeur	50	24,50%
Fonctionnaire	36	17,65%
Commerçant	42	20,59%
Employé dans une zone franche	36	17,65%
Sans profession	40	19,61%
Total	204	100%

24,50% des conjoints de utilisatrices sont des chauffeurs.

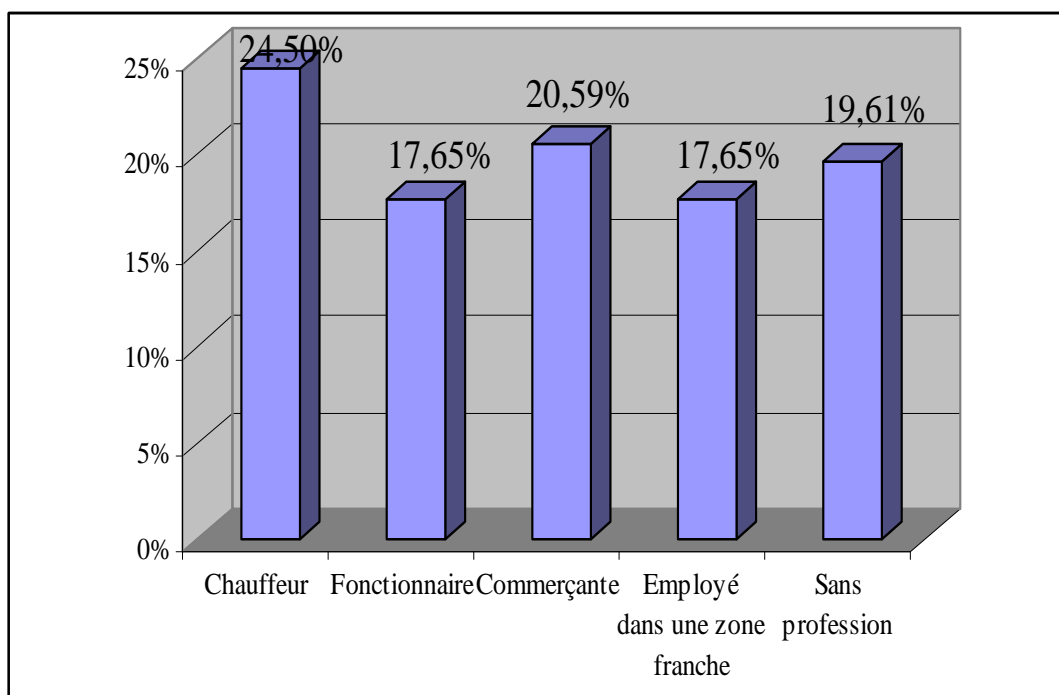


Figure n°9 : Profession du conjoint

4-2-5- Niveau d'étude

Tableau n°11 : Répartition selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Nombre	Taux
Illettré	11	5,40%
Primaire	84	41,18%
Secondaire	95	46,56%
Universitaire	14	6,86%
Total	204	100%

Une grande partie des acceptantes ont suivi des études primaires ou secondaires, mais il y a aussi les universitaires comme les illettrées en nombre cependant nettement moins important.

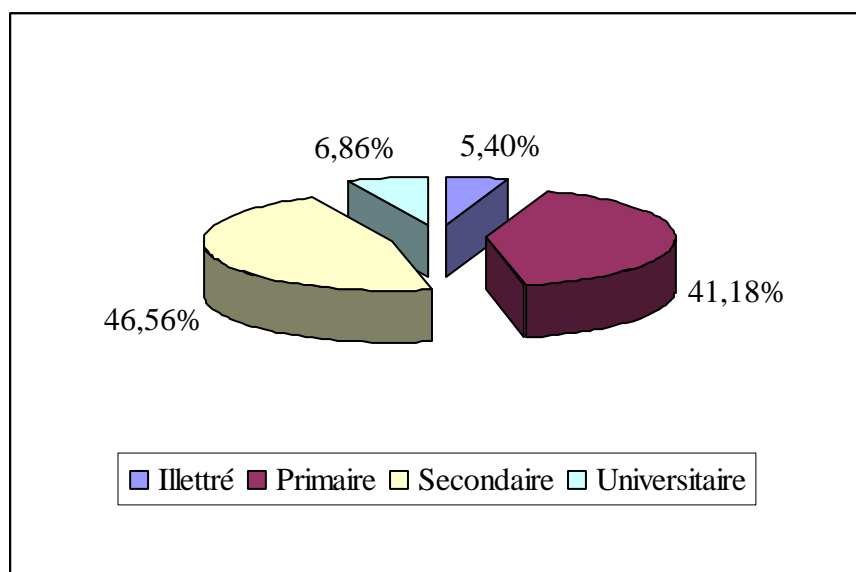


Figure n°10 : Niveau d'étude des acceptantes

4-2-6- Temps mis pour venir en consultation

Tableau n°12 : Répartition des acceptantes selon le temps mis pour venir en consultation

Durée du trajet	Effectif	Taux
Inférieur à 15mn	85	41,66%
16 à 30mn	79	38,73%
34 à 59mne	13	6,38%
60 et plus	27	13,23%
Total	204	100%

Les acceptantes doivent marcher à pied pendant au moins quinze minutes pour venir au Centre. Près de 20% d'entre elles font plus de 30 minutes ou même plus d'une heure.

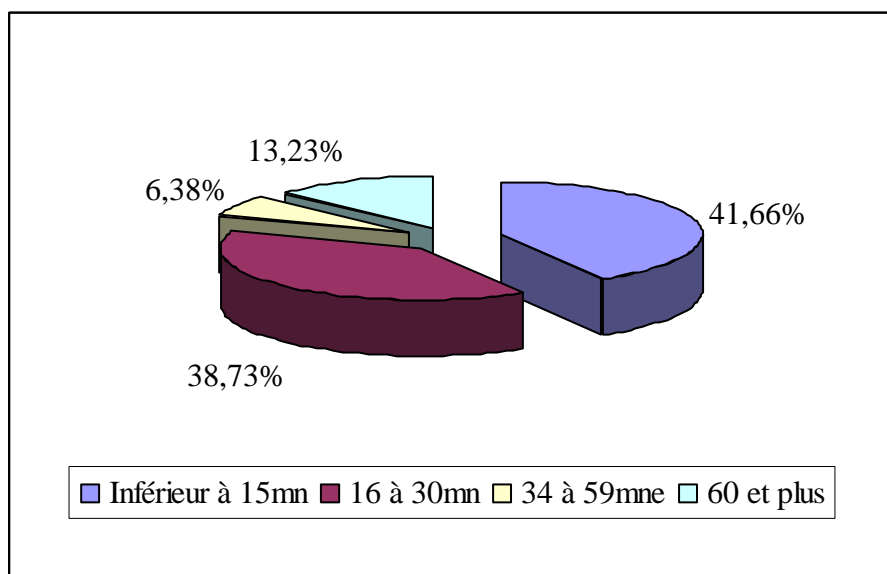


Figure n°11 : Temps mis par les utilisatrices pour venir en consultation

4-2-7- Nombre d'enfants vivants

Tableau n°13 : Répartition selon le nombre d'enfants

Enfants vivants	Nombre	Taux
0 enfant	0	0%
1 à 2 enfants	119	58,33%
3 à 4 enfants	55	26,96%
5 à 6 enfants	13	6,37%
7 à 8 enfants	7	3,43%
Plus de 9 enfants	10	4,91%
Total	204	100%

Plus de la moitié des femmes ont un à deux enfants vivants. Leur proportion diminue à mesure que le nombre d'enfant vivant augmente.

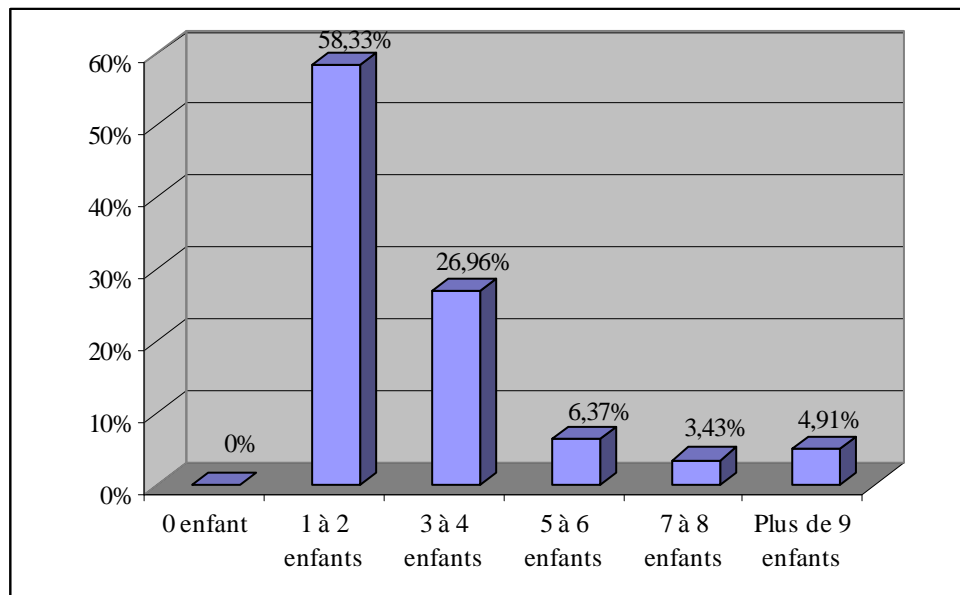


Figure n°12 : Influence du nombre d'enfants des clientes

4-2-8- Age du dernier-né

Tableau n°14 : Répartition des acceptantes selon l'âge du dernier-né

Enfants vivants	Nombre	Taux
Inférieur à 1 an	68	33,33%
1 à 3 ans	69	33,83%
3 à 5 ans	28	13,72%
5 à 7 ans	17	8,33%
7 à 9 ans	9	4,41%
9 ans et plus	13	6,38%
Total	204	100%

L'âge du dernier-né de 67,16% des utilisatrices est de moins de 3 ans.

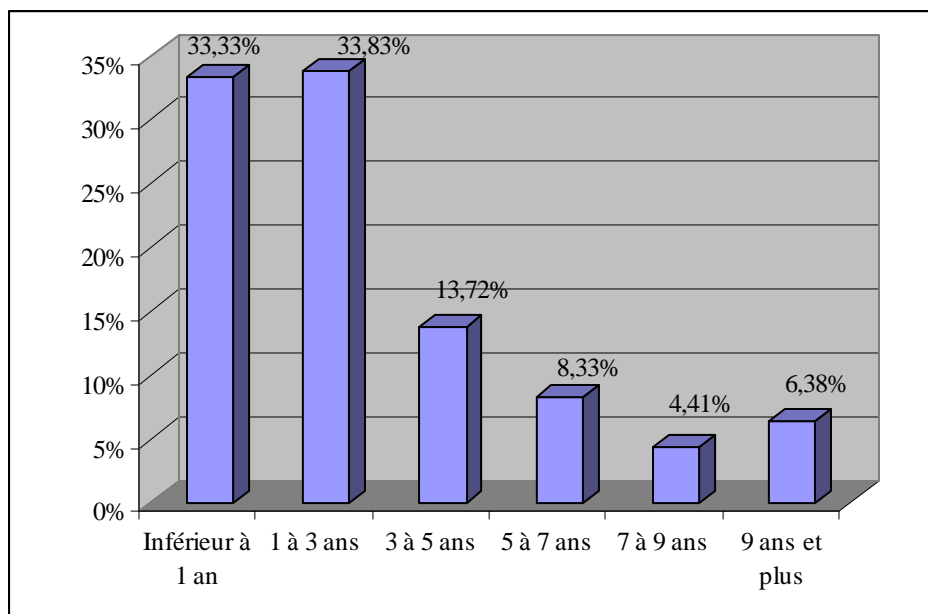


Figure n°13 : Les utilisatrices et l'âge de leur dernier-né

4-2-9- Motifs d'adhésion à la planification familiale

Tableau n°15 : Répartition selon les motifs d'adhésion

Motif d'adhésion	Effectif	Taux
Espacement des naissances	116	56,87%
Limitation des naissances	88	43,13%
Total	204	100%

La majorité des utilisatrices 56,87% sont motivées par l'espacement des naissances.

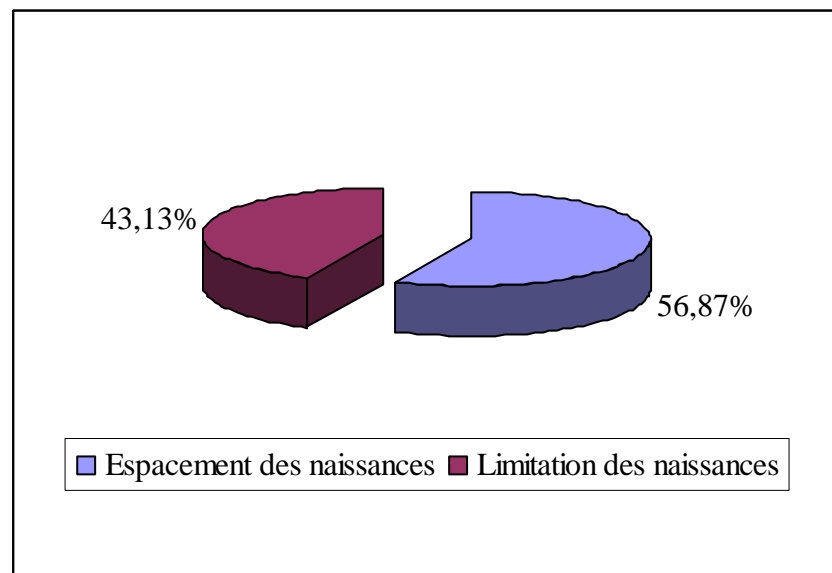


Figure n°14 : Motifs d'adhésion des clientes

4-2-10- Sources d'information

Tableau n°16 : Répartition selon les sources d'informations

Motif d'adhésion	Effectif	Taux
Radio télévision	31	15,20%
Brochure/Affiche	22	10,79%
Personnel de santé	82	40,20%
Agent communautaire	27	13,23%
Famille/Amis	42	20,58%
Total	204	100%

Le personnel de santé est la principale source d'information des utilisatrices de contraceptifs injectables. Les familles et/ou amis véhiculent aussi des messages important quant à l'utilisation des méthodes contraceptives.

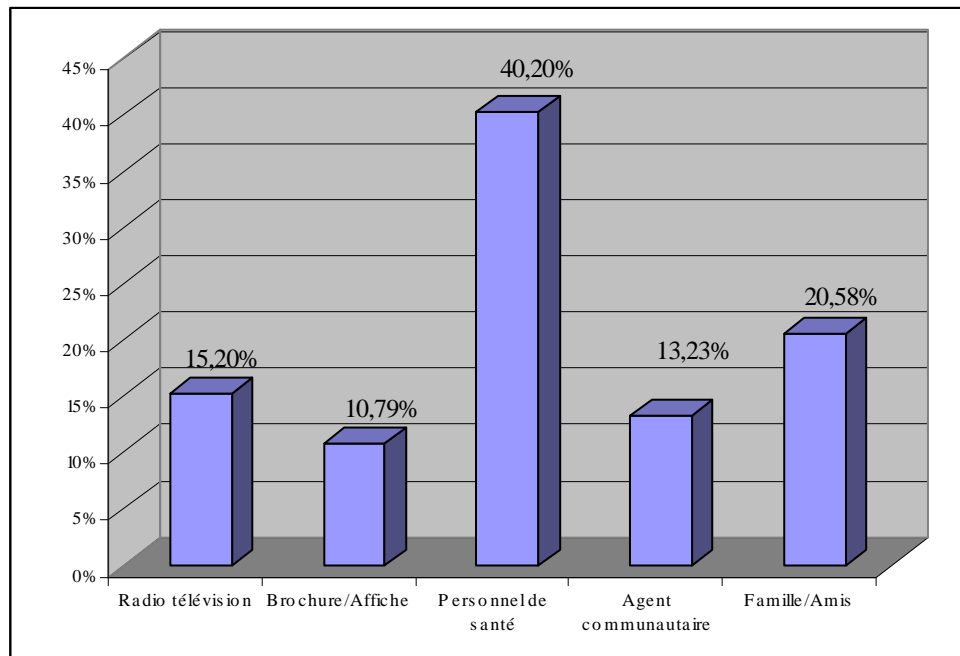


Figure n°15 : Sources d'informations des clientes

4-2-11- Suivi et contrôle

Tableau n°17 : Répartition des acceptantes selon le suivi et contrôle

Suivi et contrôle	Effectif	Taux
Bonne tolérance	150	73,52%
Changement de méthode	24	11,77%
Abandon	30	14,71%
Total	204	100%

La méthode injectable est tolérée par les femmes, à plus de 70%.

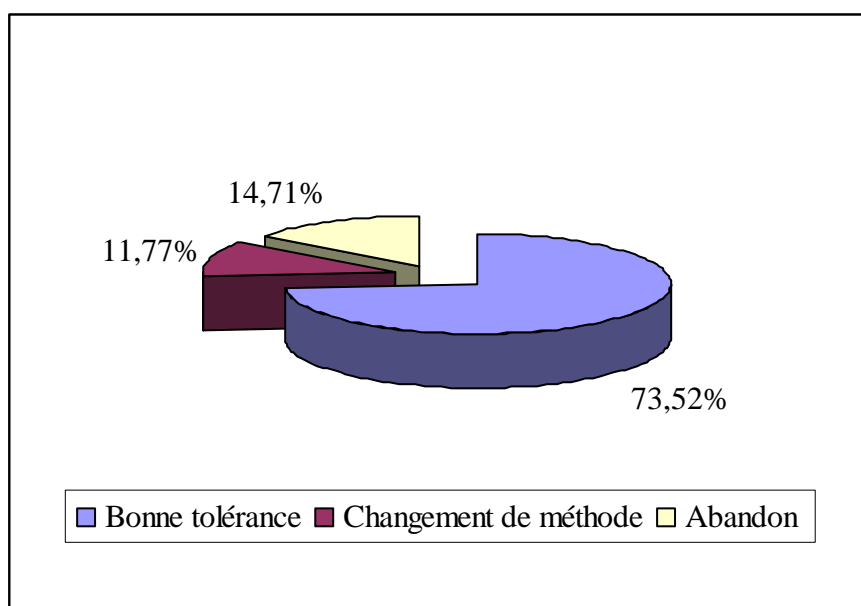


Figure n°16 : Suivi des acceptantes des contraceptifs injectables

4-2-12- Cause de changement et d'abandon de la méthode

Tableau n°17 : Répartition selon les causes de changement et d'abandon

Causes	Effectif	Taux
Céphalée	10	18,52%
Métrorragie	12	22,22%
Aménorrhée	28	51,86%
Epigastralgie	4	7,40%
Total	54	100%

L'aménorrhée est la principale de changement et d'abandon de la méthode.

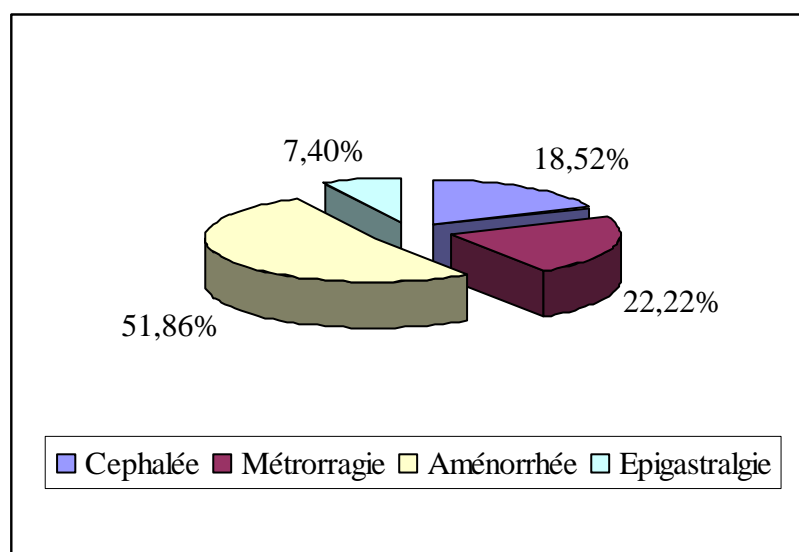


Figure n°17 : Cause de changement et d'abandon de la méthode par les clientes

TROISIEME PARTIE :
COMMENTAIRES ET SUGGESTION

I- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Au terme de notre étude ayant porté sur l'utilisation des contraceptifs injectables au Centre de Santé de Base Niveau II (CSBII) Ambodin'Isotry durant l'année 2001, nous avons pu retenir les faits suivants :

1-1- Fréquence

1-1-1- *Effectif étudié*

L'effectif total des utilisatrices de méthode contraceptive pendant l'année 2001

Dans le CSBII Ambodin'Isotry est de 1202 dont :

- 204 parmi elles ont opté pour les contraceptifs injectables
- 998 parmi elles ont opté pur les autres contraceptifs.

La contraception injectable tient la seconde place avec un taux de 16,97%

1-1-2- *Fréquence mensuelle*

Le nombre de nouvelles utilisatrices varie d'un mois à l'autre tout au long de l'année

On observe un nombre élevé de clientes au mois de Juillet, alors qu'il y a une baisse de fréquentation au mois de Décembre. Ceci est dû peut-être à d'autres préoccupations d'ordre socio-économique.

1-1-3- *Fréquence trimestrielle*

Le nombre de nouvelles utilisatrices par trimestre est à peu près identique.

On observe un nombre élevé de clientes au 3^{ème} trimestre, alors qu'il y a une baisse de fréquentation au 4^{ème} trimestre.

1-1-4- *Place de la contraception injectable parmi les méthodes contraceptives*

La contraception injectable tient la seconde place dans l'utilisation des moyens contraceptifs disponibles dans le CSBII Ambodin'Isotry avec un taux de 16,97%. Ceci correspond à ce qui a été observé dans d'autres études faites dans différents centres de Planning Familial comme le CSBII Ambohimanarina.

Les contraceptifs oraux viennent en première position, cela correspondrait à la hantise des injections et à la volonté de prendre les comprimés aux moments où il le faut.

Le condom occupe la dernière phase.

1-2- Concernant les aspects épidémiologiques.

1-2-1- *L'âge*

Les jeunes femmes de 20 à 24 ans représentent 31,38% des utilisatrices de contraceptifs injectables. Elles s'y intéressent le plus du fait qu'elles sont plus actives en matière de rapports sexuels.

Les femmes de moins de 19 ans sont beaucoup moins motivées (8,83%), probablement du fait du manque d'information ou d'hésitation.

Chez des femmes dans la trentaine et plus, la grossesse présente beaucoup de risque. L'utilisation de CI est rare du fait que l'irrégularisé du cycle menstruel (aménorrhée, métrorragie) peut masquer une affection génital quelconque et on ne sait pas à quand on doit arrêter la contraception.

1-2-2- *L'état matrimonial*

Les femmes vivant en couple représentent 88,23 des clientes, on peut en déduire qu'elles évitent le problème des pilules oubliées, alors que la contraception injectable est une méthode à longue durée, discrète, efficace et sans contrainte de prise quotidienne.

Mais le nombre des utilisatrices vivant seules n'est pas cependant négligeable.

Elles représentent 11,77% des clientes.

1-2-3- *La parité*

47,06% des utilisatrices de la contraception injectable sont paucipares, ceci montre leur intérêt pour une contraception non définitive.

Mais les grandes multipares représentent 8,82% des utilisatrices, c'est sans doute l'absence ou la faiblesse de l'utilisation en son temps de contraception qui expliquerait la raison de cette multiparité, de cette gestité. Elles hésitent à pratiquer la contraception injectable par peur des effets secondaires.

1-2-4- *La profession des clientes*

1-2-4-1- Les utilisatrices

50,99% des acceptantes de la contraception injectable sont des cultivatrices. Celles-ci se soucient en permanence des conditions de vie de la famille, avec leur accès aux sources d'information.

- Les ménagères représentent 17,65%
- 4,90% sont des ouvrières dans une zone franche
- 7,84% sont des fonctionnaires.

1-2-4-2- Les Conjoint

Les clientes qui ont des conjoints chauffeurs représentent 24,50%, les fonctionnaires 17,65%, les sans profession : 19,61%, les employés des zones franches : 20,59%, les commerçants 20,59%.

1-2-5- *Le niveau d'instruction*

Les femmes qui ont fait des études primaires et secondaires représentent 87,74%, elles se montrent plus sensibles à l'information.

Mais on note un nombre non négligeable d'illettrées (5,40%) qui utilisent la méthode. Malgré leur manque d'instruction, ces femmes comprennent l'utilité de la Planification familiale. On observe aussi un taux faible d'universitaires (6,86%), dû sans doute à la faible représentativité de ce groupe au sein de la population cible.

1-2-6- *Le temps mis par les utilisatrices pour venir en consultation*

- 41,66% des utilisatrices en mettent moins de 15 minutes pour venir en consultation
- 38,73% des clientes mettent 16 à 30 minutes
- 19,62% des acceptantes mettent de 30 minutes à plus de 1 heure

La plupart des femmes résidant à proximité du Centre sont beaucoup plus informées en matière de la Planification Familiale.

1-2-7- *Le nombre d'enfants vivants*

On note une forte participation des femmes ayant 1 à 2 enfants (58,33%). Cette situation peut s'expliquer par le fait qu'elles sont soucieuses du bien-être de la famille dont la taille mérite d'être réduite à partir d'un certain seuil. Aucune nullipare n'utilise la contraception injectable.

1-2-8- *L'âge du dernier-né*

67,16% des utilisatrices ont un dernier-né de moins de 3 ans. Cela c'est dû au souci d'espacer les naissances pour préserver surtout la bonne santé familiale en général, et de celle des enfants en particulier. Il y a un nombre non négligeable de clientes ayant un dernier-né âgé de 3 ans et plus (32,84%), ce qui s'explique plutôt par la volonté de limiter ces naissances à un chiffre voulu par la femme ou par le couple.

1-2-9- *Les motifs d'adhésion*

Les utilisatrices choisissent une méthode contraceptive pour deux raisons :

- l'espacement des naissances, qui est l'échelonnement des grossesses en utilisant une méthode contraceptive donnée pour la promotion de la Santé materno-infantile (1),
- la limitation des naissances, qui est l'emploi de moyens contraceptifs incluant l'avortement et la légalisation en vue de limiter le taux de croissance de la population (2).

La majorité des utilisatrices sont motivées par l'espacement des naissances (56,87%)

Par contre, 43,13% d'entre elles choisissent la contraception injectable pour limiter des naissances.

1-2-10- *Suivi et contrôle*

La grande majorité des clientes tolèrent bien les contraceptifs injectables dans 73,5% des cas.

On a constaté que 14,71% des utilisatrices ont abandonné la méthode. Cet abandon est sans doute en rapport avec le désir d'une nouvelle grossesse ou l'oubli du prochain rendez-vous pour d'autres motifs.

11,77% ont procédé à un changement de méthode pour la plupart à cause de l'irrégularité du cycle : spotting, l'aménorrhée.

1-2-11 Sources d'information

40,20% des clientes acceptent la contraception injectable après l'information donnée par le personnel de santé. Ces informations sont complètes et convenables aux femmes.

35,78% des utilisatrices ont été informées par la famille ou amis et par les médias (Radio, Télévision). Ces informations sont souvent incomplètes et l'utilisation de la méthode peut être influencée par des rumeurs : impact sur le travail, sur la fertilité.

Les brochures, affiches, agent communautaire ne représentent qu'un taux de 24,02%.

1-2-12- Causes du changement au d'abandon

Parmi les acceptantes des contraceptifs injectables recensées dans notre étude, les causes plus courantes sont : l'aménorrhée (51,86%) suivie par les métrorragies (22,2%), puis par les céphalées (18,52%). L'OMS rapporte, sur le plan général, de l'ordre de 6% d'abandons qui sont dus à des saignements. Ce chiffre est largement inférieur au résultat obtenu dans notre étude. On peut en déduire que les femmes malgaches se montrent très sensibles à tout écoulement de sang génital.

II- SUGGESTION

L'objectif du Gouvernement Malgache actuel sur la population et le développement est de réduire les besoins non satisfaits en contraception de 50% d'ici l'an 2006. A cet égard, nos suggestions porterait sur des mesures susceptibles d'améliorer le programme de planning familial.

2-1- Renforcer la Communication pour le Changement du Comportement (CCC) à toute la population cible de la planification familiale : adolescentes, jeunes, femmes, hommes.

a) Les adolescentes et les jeunes

- Pratiquer le Planning Familial, par l'emploi à bon escient d'une contraception injectable pour éviter le recours à l'avortement volontaire.
- Faire une campagne de sensibilisation en organisant, par exemple, des réunions spéciales pour les jeunes avec l'aide du personnel de la Santé.
- Encourager ces jeunes, surtout les filles, à continuer leurs études secondaires, pour bien comprendre le mécanisme de la contraception.
- Encourager les parents à discuter avec leurs enfants sur la sexualité.

b) Les femmes

- Faire comprendre que l'utilisation de certains contraceptifs comme les injectables n'altère pas l'allaitement maternel.
- La prise de décision avec le mari est d'une importance capitale pour la nécessité de la contraception.

c) Les hommes

Faire comprendre aux hommes leur responsabilité, leur rôle par une campagne de sensibilisation et éducation sur la reproduction.

2-2- Assurer une service de qualité

- Elargir le choix de méthodes contraceptives
- Assurer des formations et des recyclages périodiques de PF
- Assurer l'approvisionnement correct des produits contraceptifs pour éviter la rupture de stock
- Encourager la poursuite de l'utilisation de la méthode

2-3- Entreprendre quelques initiatives au niveau national

- Encourager les recherches et études sur les méthodes contraceptives injectables
- Sensibiliser les dirigeants, les responsables politiques, les chers religieux, les éducateurs afin de supprimer les barrières administratives, culturelles et sociales, qui entravent la vulgarisation de la planification familiale
- Instaurer une distribution de nouvelles méthodes contraceptives qui pourraient trouver une large audience transculturelle (vaccins contraceptif, indicateurs fiables de l'ovulation, anneaux vaginaux).

CONCLUSION

CONCLUSION

Une étude rétrospective portant sur la contraception injectable au CSBII d'ambodin'Isotry a été effectuée en l'an 2001.

Les résultats de cette étude sont les suivants :

Parmi les 1202 utilisatrices des méthodes contraceptives :

- 204 ont choisi les EC, soit un taux de 16,97%. La méthode injectable vient en deuxième place derrière les contraceptifs oraux (76,4%). Le condom occupe la troisième place avec un taux de 6,66%.
- Les femmes âgées de 20 à 34 ans sont les plus nombreuses avec 73,53% des cas.
- Dans 56% des cas, ces femmes sont des cultivatrices. Près de trois-quarts des acceptantes sont mariées légalement. La plupart de ces femmes ont fréquenté l'école secondaire (46,56%).
- 58,33% des acceptantes ont un nombre d'enfants vivants qui varie de 1 à 2 enfants.
- 67,16% des utilisatrices ont un dernier-né de moins de 3 ans.
- La majorité des femmes résident pas trop loin du Centre, (41,66%) et pour un trajet de durée inférieur à quinze minutes.
- La majorité de ces femmes sont motivées par l'espacement de naissance (56,87%).
- Les personnels de santé constituent la principale source d'information pour les clientes (40,20%).
- La grande majorité des clientes tolèrent bien les contraceptifs injectables avec 73,52% des cas.
- Aucun échec de la contraception injectable n'a été enregistré.

Cependant les saignements irréguliers ou aménorrhée qu'elle entraîne sont l'une des principales raisons d'abandon.

Comme suggestions nous avons émis la nécessité :

- De renforcer la Communication pour le Changement du Comportement (CCC) à toutes les populations cibles de PF : assurer un service de qualité plus acceptable et accessible à la population et entreprendre quelques initiatives au niveau national.
- De mobiliser des mass-médias.
- D'instaurer une confiance continue et intime entre les femmes et le personnel dans le but de constater toute complication secondaire dès leur début.
- De mettre en place et d'améliorer les ressources matérielles.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. **Maggie B.** Contribution de la planification familiale à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants. In Planification de la famille. Un élément essentiel de la santé et de la famille. Niw York. The population council. Kénia, 1987 ; 47 : 11-5.
2. **OMS.** Unicef revised 1990, estimates of maternal mortality. A niw approach by WHO and UNICEF. OMS, Genève, 1997 : 7.
3. **OMS.** Le taux de frequentation des services de planification familiale. Fonds des Nations-Unies pour la population à Madagascar SCAM/FNUAP. OMS, Genève, 1998 : 4
4. **Malmejane J.** Le cycle menstruel. Physiologie, Flammarion, 1976 : 96.
5. **Legrain G, Delvoye P, Ranjalahy J.** Le cycle menstruel. La santé de la reproduction. Pratique et Opérationnelle. Hatier, 2001 : 36-8.
6. **OMS.** La planification familiale. Population Division de la santé Reproductive. OMS, Genève, 1995 : 14.
7. **Pierotti D, Jourdain A.** Le corps, manuel de régulation de naissances en Afrique. Ecole Nationale de Santé Publique, Section Santé et Protection de la Famille 2^{ème} édition, 1976 : 65.
8. **Ramakavelo MP et Coll.** Introduction, définition et objectifs du terme PF. La planification familiale à Madagascar, OMS, 1993 : 2-3.
9. **OMS.** Allaitement au sein et espacement de naissance. OMS, Genève, 1998 : 27-32.
10. **Pierre S.** Précis de contraception. Masson et Cie, 6^{ème} édition. Boulevard Saint Germain, Paris, 1968 : 62-5.

11. **Mamizafy TR.** Activité sexuelle, connaissance et utilisation de la contraception chez les adolescents de la ville de Tuléar. Adolescents qui fréquentent les écoles secondaires. Thèse Médecine. Mahajanga, 2001 ; n°475 : 1-12.
12. **Rakotondranaivo JP.** Régulation des grossesses chez les jeunes clientes de 15 à 25 ans fréquentant l'établissement FISA d'Antananarivo. Thèse Médecine. Antananarivo, 1994 ; n°3709 : 47-9.
13. **Ralaisson V.** Acceptabilité des Contraceptifs injectables au CSBII de Mahamasina en l'an 2000. Thèse Médecine. Antananarivo, 2001 ; n°5705 : 81.
14. **OMS.** Les méthodes naturelles de planification familiale. Guide pour la prestation de service. OMS, Genève, 1989 : 1-2.
15. **OMS.** Les choix contraceptifs. Ce que les agents de santé doivent savoir. OMS, Genève, 1997 ; 7 : 30-1.
16. **Ogino-knauss.** Ovulation sternum und konzeption sternum. Jour d'ovulation et jour de conception, Zntal Balf fur gynekologie, OMS, Genève, 1983 : 86.
17. **Rozenbaum H.** Dictionnaire de Gynécologie. Masson, Paris, New york, 1981 : 50.
18. **Billig J.** Régulation naturelle des naissances, la méthode d'ovulation. Pauline, 1985 : 20.
19. **Sentis RM.** Maîtrise de la fécondité par la méthode naturelle du Docteur Billings. Rev d'augm. 2^{ème} édition, 1984 : 31.
20. **OMS.** Contraceptions mécaniques et spermicides leur rôle en planification familiale. OMS, Genève, 1987 : 6-37.

21. **Population reports.** Les contraceptifs oraux pendant les années 80. The Johns Hopkins, University Baltimore, 1988 : 3.
22. **Baudet JH, Seguy B.** Méthode contraceptive hormonale. Révision accélérée en Gynécologie. 2^{ème} édition. Paris, 1983 : 47-60
23. **OMS.** Les contraceptifs oraux : aspects techniques et considération de sécurité. OMS, Genève, 1982 : 50-3.
24. **OMS.** Contraceptifs injectables, leur rôle en planification familiale. OMS, Genève, 1990 ; 2 : 87-9.
25. **WHO.** What health workers need to work family planning and population reproductive health. WHO, Genève, 1997 : 20.
26. **FISA.** Le Norplant, OMS, 1993 : 1-3.
27. **Chraïbi C, Khachaini M.** Le Norplant, expérience de la maternité des orangers de Rabat sur deux ans, OMS, Genève, 1997 ; 10 ; 25 : 789-90.
28. **OMS.** Vasectomie. Ce que les agents de santé doivent savoir. OMS, Genève, 1994 : 12-8.
29. **Population reports.** Stérilisation volontaire, principales méthodes mondiales de la contraception. The Johns Hopkins. University Baltimore, USA, 1986 : 18.
30. **Rakoto HA.** Contraception hormonale dans deux centres de santé publique et privé à Antsirabe I. Thèse Médecine. Antananarivo, 1999 ; n°5270 : 90.
31. **OMS.** Les contraceptions injectables. Leur rôle en planification familiale. OMS, Genève, 1990 ; 118 : 3-16.

32. **APPROPOP.** Population Reports Reproduction. Choix qui ouvrent les possibilités aux femmes. Baltimore : The Johns Hopkins University, 1994 : 20-7.
33. **OMS.** Quelques faits concernant les contraceptifs injectables. OMS, Genève, 1982 : 535-44.
34. **Levasseur MC, Netter A, Rozenbaum H, Thibaut C.** Le mécanisme d'action des contraceptifs hormonaux. In les contraceptifs hormonaux Inserm. OMS, Genève, 1971 : 7-24.
35. **Ceular K, Gruber C, Haysr et Al.** Medroxyprogestérone acétate and homozygotes, Dicklecll disease. Lancet, 1982 ; 92 : 229-31.
36. **OMS.** Le point sur les contraceptives à injection mensuelle. Mémoire d'une réunion de l'OMS, Genève, 1994 ; 72 : 37-51.
37. **OMS.** Directives médicales et de prestation des services contraceptions normales, OMS, Genève, 1989 : 56-67.
38. **Ross JA, Maulalin WP, Miller VC.** Estimate of injectable use calculated from. Family Planning and Population. A Compendium of International Statistics. New York, 1993.
39. **Upjohn R et Coll.** Symposium sur la valeur de l'acétate de Medroxyprogesterone en contraception. Revue Médicale, 1980 : 43.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APROUVE

Le président de thèse

Signé : Le Professeur **ANDRIANAIVO Paul Armand**

VUE ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : le Professeur **ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana**

VELIRANO

Eto anatrehan' Andriamanitra Andriananahary, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pianarana 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 maimaimpoana 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 ny karama mety ho azo.

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

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

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

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

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

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

Name and first name : **RAMANANJANAHARY Noëline**

Title of the thesis : “ **INJECT CONTRACEPTION TO BHCII OF
AMBODIN’ISOTRY OF THE YEAR 2001 ”**

Heading : **PUBLIC HEALTH**

Number of pages : 51

Number of tables : 18

Number of figures : 17

Number bibliographies : 39

SUMMARY

It’s a matter of retrospective study, bear on inject contraception done to BHCII of Ambodin’Isotry of the year 2001.

The objective is to analyse clinic epidemiology profile of users contraceptive method. Inject contraception comes second after oral contraceptive with 204 users out of 1202 patients, in other words a rate of cover of 16,97%, “Depo-provera” is the only available product.

The age bracket most concerned is between 20-34. Most of women are legitimate married, farmers, especially motivated by firth-space.

The tolerance was good on the whole. Not any failwe tecorded.

As suggestions, we propose the backing of communication for behaviour change on inject contraceptive, the quality of service and some initiatives to undertake.

Key words : Contraception, Intra-muscular Inject, Depo-provera- Spotting, Birth-Space

Director and Reporter of the thesis : Professor **ANDRIANASOLO Roger**

Adress of auther : Bloc 34, Porte 5, Ankatso II

Nom et prénoms : **RAMANANJANAHARY Noëline**

Titre de la thèse : **LA CONTRACEPTION INJECTABLE AU CSBII
D'AMBODIN'ISOTRY EN L'AN 2001**

Rubrique : **SANTE PUBLIQUE**

Nombre de pages : 51

Nombre de tableaux : 18

Nombre de figures : 17

Nombre de références bibliographiques : 39

RESUME

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur la contraception injectable effectuée au CSBII d'Ambodin'Isotry en l'an 2001.

Le but est d'analyser le profil épidémio-clinique des utilisatrices de cette méthode contraceptive. La contraception injectable vient en 2^{ème} place derrière les contraceptifs oraux avec 204 acceptantes sur 1202 clientes soit un taux de couverture de 16,97% ; le produit disponible au Centre est le Dépo-Provera.

La tranche d'âge la plus concernée se situe entre 20 et 34 ans. La plupart des femmes sont mariées légitimement, cultivatrices, motivées surtout par l'espacement des naissances. La tolérance a été bonne dans l'ensemble.

Aucun échec n'a été constaté.

Nous proposons comme suggestions un renforcement de la communication pour les changements de comportement sur les contraceptifs injectables, la qualité de service et quelques initiatives à entreprendre.

Mots clés : Contraception, Injection intra-musculaire, Dépo-provera, Spotting,
Espacement des naissances

Directeur et rapporteur de thèse : Professeur **ANDRIANASOLO Roger**

Adresse : Bloc 34, porte 5, Ankatso II