

SOMMAIRE

	Pages
Introduction	01
Première partie : Revue de la littérature	
1- Rappels anatomo-physiologiques de l'appareil génital	03
1.1- Anatomie.....	03
1.1.1- Organes génitaux féminins.....	03
1.1.2- Organes génitaux masculins	05
1.2- Physiologie du cycle menstruel.....	07
2- La Planification Familiale	13
2.1 - Définition	13
2.2 - Historique	14
2.3 – Objectifs.....	16
2.4 - Les différentes méthodes contraceptives.....	16
2.4.1- Les méthodes traditionnelles.....	16
2.4.2- Les méthodes modernes	16
2.4.2.1- Les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité... 16	
2.4.2.2- La méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA).....	18
2.4.2.3- Les contraceptifs oraux.....	20
a. Les contraceptifs oraux combinés à faibles doses.....	20
b. Les Pilules progestatives.....	22
c. La contraception orale d'urgence.....	23
2.4.2.4- Les contraceptifs injectables	24
a. DMPA	23
b. NET – EN.....	23
2.4.2.5- Les implants.....	24
2.4.2.6- Les dispositifs intra-utérins (DIU).....	24

Deuxième partie : Notre étude

1. Objectifs de l'étude.....	30
2. Cadre de l'étude.....	30
Situation géographique	30
Ressources naturelles et physiques.....	31
Situation démographique	31
Contexte socio-économique	31
Activités au CSBII.....	32
Ressources humaines.....	33
Ressources naturelles	33
Service de planning Familial.....	34
Médicaments adjuvants.....	36
3. Méthodologie.....	36
Méthode et matériel d'études.....	36
Sélection.....	36
Paramètres d'études	37
4. Résultats.....	39
L'âge des utilisatrices	39
Les méthodes utilisées.....	41
Le niveau d'instruction.....	42
Date du début.....	44
Sources d'information.....	46
Etat matrimonial.....	48
Motifs d'adhésion.....	50
Nombre d'enfants vivants.....	52
Suivi et contrôle.....	54
Troisième partie : Commentaires et Discussions	56
Quatrième partie : Suggestions.....	64
Conclusion.....	64
Bibliographie	

Liste des schémas

		Page
Schéma n° 01	coupe vue de face des organes de reproduction féminine	04
Schéma n° 02	organes génitaux masculins (coupe sagittale)	06
Schéma n° 03	Le cycle menstruel	09
Schéma n° 04	Le cycle menstruel normal	10
Schéma n° 05	Régulation hypothalamo – hypophysaire du cycle menstruel	11
Schéma n° 06	Allaitement maternel et aménorrhée	19
Schéma n° 07	le norplant	25
Schéma n° 08	le DIU	26

Liste de tableaux

		Page
Tableau n° 01	Action de l'œstrogène et de la progestérone sur l'organisme	12
Tableau n° 02	Les méthodes contraceptives	28
Tableau n° 03	Les 12 fokontany d'Alakamisy Ambohimaha	29
Tableau n° 04	Répartitions des utilisatrices selon l'âge	30
Tableau n° 05	Répartitions des méthodes selon l'âge des utilisatrices	39
Tableau n° 06	Répartitions des utilisatrices selon les méthodes utilisées	40
Tableau n° 07	Répartitions des utilisatrices selon le niveau d'instruction	41
Tableau n° 08	Répartitions des méthodes selon le niveau d'instruction des utilisatrices	42
Tableau n° 09	Répartitions des utilisatrices selon la date de début de la contraception par trimestre en 2004.	43
Tableau n° 10	Répartitions des méthodes selon la date de début par trimestre	44
Tableau n° 11	Répartitions des utilisatrices selon les sources d'information	45
Tableau n° 12	Répartitions des méthodes selon les sources d'information	46
Tableau n° 13	Répartitions des utilisatrices selon l'état matrimonial	47
Tableau n° 14	Répartitions des méthodes selon l'état matrimonial	48
Tableau n° 15	Répartitions des utilisatrices selon les motifs d'adhésion	49
Tableau n° 16	Répartitions des méthodes selon les motifs d'adhésion	50
Tableau n° 17	Répartitions des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants	51
Tableau n° 18	Répartitions des méthodes selon le nombre d'enfants vivants	52
Tableau n° 19	Répartitions des utilisatrices selon le suivi et contrôle	53
Tableau n° 20	Répartitions des méthodes selon le suivi et contrôle	54
		55

Liste des graphes

	Page
Graphe n° 01 Répartition des utilisatrices selon l'âge	39
Graphe n° 02 Répartition des méthodes selon l'âge	40
Graphe n° 03 Répartition des utilisatrices selon les méthodes	41
Graphe n° 04 Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction	42
Graphe n° 05 Répartition des méthodes selon le niveau d'instruction	43
Graphe n° 06 Répartition des utilisatrices selon la date de début	44
Graphe n° 07 Répartition des méthodes selon la date de début	45
Graphe n° 08 Répartition des utilisatrices selon les sources d'information	46
Graphe n° 09 Répartition des méthodes selon les sources d'information	47
Graphe n° 10 Répartition des utilisatrices selon l'état matrimonial	48
Graphe n° 11 Répartition des méthodes selon l'état matrimonial	49
Graphe n° 12 Répartition des utilisatrices selon les motifs d'adhésion	50
Graphe n° 13 Répartition des méthodes selon les motifs d'adhésion	51
Graphe n° 14 Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants	52
Graphe n° 15 Répartition des méthodes selon le nombre d'enfants vivants	53
Graphe n° 16 Répartition des utilisatrices selon le suivi et le contrôle	54
Graphe n° 17 Répartition des méthodes selon le suivi et le contrôle	55

Listes des acronymes

AVC : Accident vasculaire cérébral
BAR : Barrière
CCV : Contraception Chirurgicale Volontaire
CI : Contraceptifs Injectable
COC : Contraceptifs Oraux Combinés.
cp : comprimé
CSB : Centre de Santé de Base
DIU : Dispositifs Intra Utérins.
DMPA : Dépôt Médroxy – Progestérone Amine
FDA : Food and Drug Administration
FJKM : Fiangonana Jesoa Kristy eto Madagasikara
FLM : Fiangonana Loterana Malagasy
FSH : Folliculin Stumuling Hormon
GEU : Grossesse Extra – Utérine
GNRH : Gonadotrophine Réleasing Hormon.
HTA : Hypertension Artérielle
ICSH : Intenstatinal Cell Stimmulating Hormon
IdM : Infarctus de Myocarde
IST : Infections Sexuellements Transmissibles
LH – RF : Luteinizing Hormon – Releasing Factor.
LH : Luteinizing Hormon
MAMA : Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
mg : Milligramme
Net. En. Oenanthate de Noréthistérone ou Norethindrone
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PEV : Programme Elargie de vaccination
PF : Planification Familiale.
PP : Pilules Progestatives
SIDA : Syndrome de l'Immuno – Déficience Acquise.
SSD : Service de Santé de District
TV : Télévision
ug : Micro Gramme

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

Dans le monde et en particulier dans les pays en voie de développement, l'explosion démographique pose de graves problèmes non seulement du point de vue économique mais surtout sur la santé materno-infantile.

Une femme sur onze peut s'attendre à mourir pour des causes liées à la grossesse, l'accouchement ou l'avortement et le taux de mortalité infantile se situeraient à 68 pour 1000, taux qui est rattaché surtout à la malnutrition.

Pourtant actuellement, la plupart des jeunes filles, dès l'adolescence, quelquefois même à l'âge de 12/13 ans sont déjà mariées et entrent ainsi très jeunes dans une vie féconde faiblement maîtrisée. L'indice synthétique de fécondité se situe à 5,7 par femme en âge de procréer, mais il est plus accentué en milieu périurbain et rural. D'autre part une grande vulnérabilité des femmes face aux IST et au SIDA est également augmentée (1). C'est pourquoi, les gouvernements du monde entier se sont engagés à améliorer la survie des femmes et des enfants (2).

Le Planning Familial permet de diminuer ou d'éviter le décès des femmes dû à la complication de la grossesse et de l'accouchement et permet aussi aux couples de programmer la naissance et de choisir le nombre d'enfants suivant leur situation socio-économique et surtout de les protéger contre les IST et le SIDA.

Le contrôle de l'accroissement de la population et la limitation de la fécondité constituent pour beaucoup d'économistes un préalable au développement. Cet impératif est reconnu et accepté par de nombreux pays, en Asie du Sud-Ouest et au Moyen-Orient notamment où il est considéré comme une nécessité d'intérêt public relevant d'une décision politique et administrative.

A Madagascar, l'une des politiques du Ministère de la Santé est d'améliorer la santé materno-infantile en contribuant à la prévention de la grossesse trop précoce, trop nombreuse, trop tard et trop rapprochée par la mise en place d'un Service de Planning Familial dans chaque Centre de Santé de Base (CSB).

82% des femmes Malagasy ont déjà connu les méthodes contraceptives et 22%, soit une femme sur 5, les utilisent.

Dans la province de Fianarantsoa, qui est la deuxième province la plus peuplée de Madagascar avec 3 455 386 d'habitants, 6,5% des femmes seulement utilisent la planification familiale. Cela nous incite à consacrer notre travail dans une des communes rurales de

Fianarantsoa. Notre étude porte sur « les activités du Planning Familial au CSB II d'Alakamisy Ambohimaha ».

Ce travail comporte 4 parties :

- 1^{ère} partie : Revue de la littérature
- 2^{ème} partie : notre étude qui concerne le milieu, le cadre d'étude, la méthodologie et les résultats.
- 3^{ème} partie : commentaires et discussions
- 4^{ème} partie : suggestions

Et nous terminerons par une conclusion.

PREMIERE PARTIE

Revue de la littérature

1. Rappels anatomo-physiologiques de l'appareil génital

1.1- Anatomie

1.1.1- Organes génitaux féminins (3) (4) (5)

L'appareil génital féminin comprend deux parties :

- Les organes génitaux externes dont l'ensemble forme la vulve
- Les organes génitaux internes représentés par le vagin, l'utérus, les trompes.
 - Les organes génitaux externes

Avec le vagin, la vulve forme les organes de la copulation. Elle est limitée de chaque côté, par deux larges replis cutanés juxtaposés : les grandes lèvres et les petites lèvres ou nymphes.

Au point de rencontre des lèvres avec le bas ventre, et protégé par elles, se trouve le clitoris. En dessous s'ouvre l'urètre. Au-dessus, contre le ventre, se trouve une masse adipeuse, le pénil (mont de vénus), qui se couvre de poils lors de la puberté. La région musculaire comprise entre le vagin et l'anus se nomme le périnée.

- Les organes génitaux internes sont constitués par
 - le vagin qui est un organe de copulation
 - le col utérin pénètre dans le vagin, sur lequel s'ouvre l'orifice de l'utérus. Il sécrète la glaire cervicale et assure le maintien de la grossesse.
 - L'utérus ou la matrice est un organe musculaire en forme de poire, très extensible, tapissé de muqueuses. Cette muqueuse utérine assure la nidation de l'œuf fécondé et en l'absence de nidation, la muqueuse se desquame et les règles apparaissent.
 - Les trompes de Fallope se trouvent de chaque côté de l'utérus où débouchent les orifices de deux conduits ; c'est le lieu de fécondation. Ces trompes transportent l'œuf fécondé jusqu'au niveau de l'utérus.
 - Aux trompes sont suspendus les ovaires, organes en forme d'amande de la grosseur d'une noix, qui produisent les ovules et secrètent les deux hormones : œstrogène et progestérone

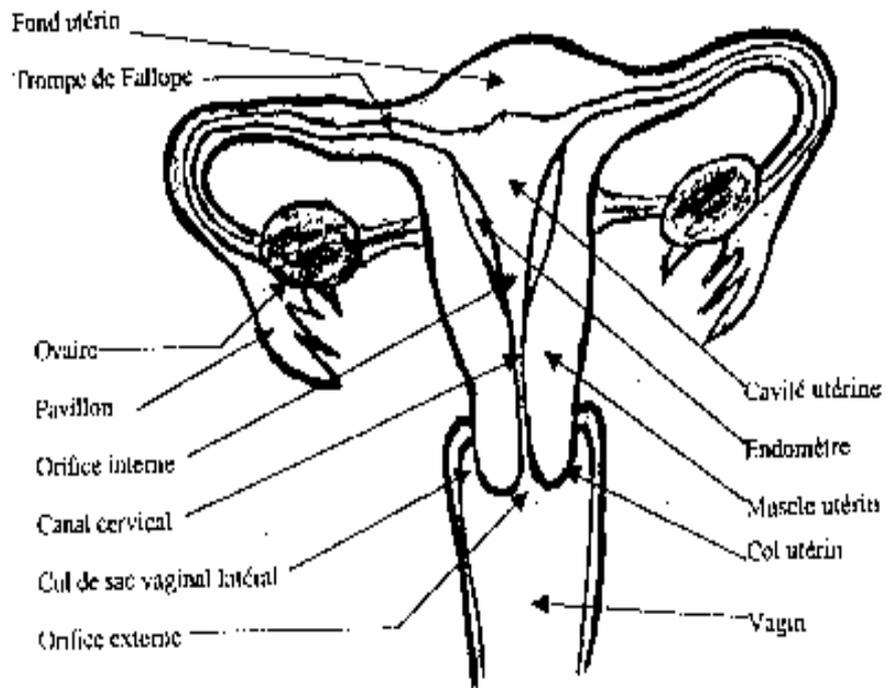


Schéma 1 : Organes pelviens : coupe frontale (6)

1.1.2- Organes génitaux masculins

Les organes génitaux masculins sont constitués par

- Les 2 testicules qui sont séparés l'un de l'autre par une membrane et reposent dans le scrotum (bourse). Ce sont des glandes parcourues par des fins canaux, où se forment les cellules reproductives, c'est-à-dire ils fabriquent les spermatozoïdes et sécrètent les 2 hormones : testostérone et androgène. Ces canaux séminifères se réunissent dans les épидидymes.
- Ce canal monte par l'anneau inguinal pour déboucher dans l'urètre qui conduit à son tour au pénis, c'est-à-dire les canaux déférents ramènent les spermatozoïdes des testicules vers les vésicules séminales.
- L'urètre est un conduit commun où passent l'urine et le sperme.
- Le pénis est un organe de copulation.
- Les vésicules séminales assurent le stockage et la maturation de spermatozoïde et sécrètent le liquide spermatique.
- Prostate : sphincter de la miction et de l'éjaculation (schéma 2)

Les spermatozoïdes immobiles dans les tubes séminifères des testicules commencent à acquérir leur capacité fertilisante dans les conduits de l'épididyme et les déférents, deviennent mobiles au contact des sécrétions séminales et donne enfin le sperme. C'est cette substance qui est émise par le pénis lors de l'éjaculation.

Une seule éjaculation contient entre 220 et 250 millions de spermatozoïdes mais un spermatozoïde seulement parvient à introduire sa tête, sa partie intermédiaire à travers la membrane de l'ovule (7) (8).

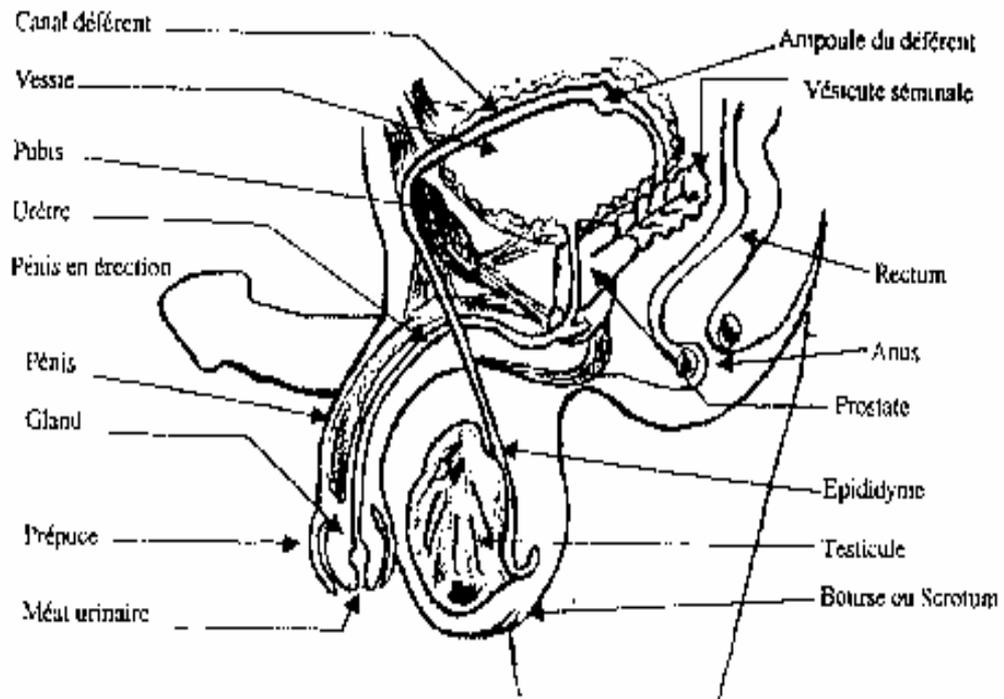


Schéma 2 : Organes génitaux masculins (6)

1.2- Physiologie du cycle menstruel : (5) (9) (10) (11)

L'ovaire, organe principal de la reproduction chez la femme, possède deux fonctions étroitement liées :

- Exocrine, c'est l'ovulation ou production de l'ovule
- Endocrine, c'est la stéroïdogénèse.

Son fonctionnement est sous la dépendance d'une régulation cyclique hypothalamo – hypophysaire.

Au niveau de l'hypothalamus, grâce à l'hypophyse, il y a sécrétion de l'hormone folliculostimuline (FSH) et de l'hormone lutéinique (LH). Les 2 hormones FSH et LH entraînent le développement des follicules ovariens qui sécrètent de l'œstrogène en grande quantité (+ + +) et de progestérone en petite quantité (+).

- Pendant la 1^{ère} phase du cycle menstruel ou phase folliculaire : le follicule, qui contient l'ovule, se développe, croît et secrète une hormone en quantité de plus en plus abondante, l'oestradiol (folliculine)

L'œstrogène agit :

- Au niveau de l'ovaire entraînant la maturation de l'ovule
 - Au niveau de l'utérus entraînant l'épaississement progressif de la muqueuse utérine par prolifération
 - Au niveau du col utérin entraînant la modification de la glaire cervicale qui devient abondante, filante et transparente.
- Au 14^o jour : sous l'effet de la décharge de LH (pic de LH), l'ovule mûre est expulsée du follicule, commence à s'acheminer dans la trompe : c'est l'ovulation. Le follicule se transforme ensuite en corps jaune.
 - Pendant la 2^o phase du cycle menstruel ou phase lutéale : le reste du follicule appelé corps jaune (corps lutéum) augmente la sécrétion de la progestérone et diminue la sécrétion de l'œstrogène.

La progestérone qui est, à son tour, en grande quantité, agit :

- Au niveau de l'utérus favorisant l'épaississement progressif de la muqueuse utérine par vascularisation, préparation de la muqueuse à l'implantation de l'œuf en cas de conception.
- Au niveau du col utérin entraînant le col qui se ferme et la glaire cervicale qui devient épaisse, collante et opaque.

Cette 2^o phase dure 14 jours après l'ovulation : la quantité d'œstrogène et de progestérone diminue et disparaît à la fin de la 2^o phase. S'il n'y a pas de nidation, la muqueuse utérine s'élimine et c'est l'apparition des règles ou menstruation et le cycle recommence.

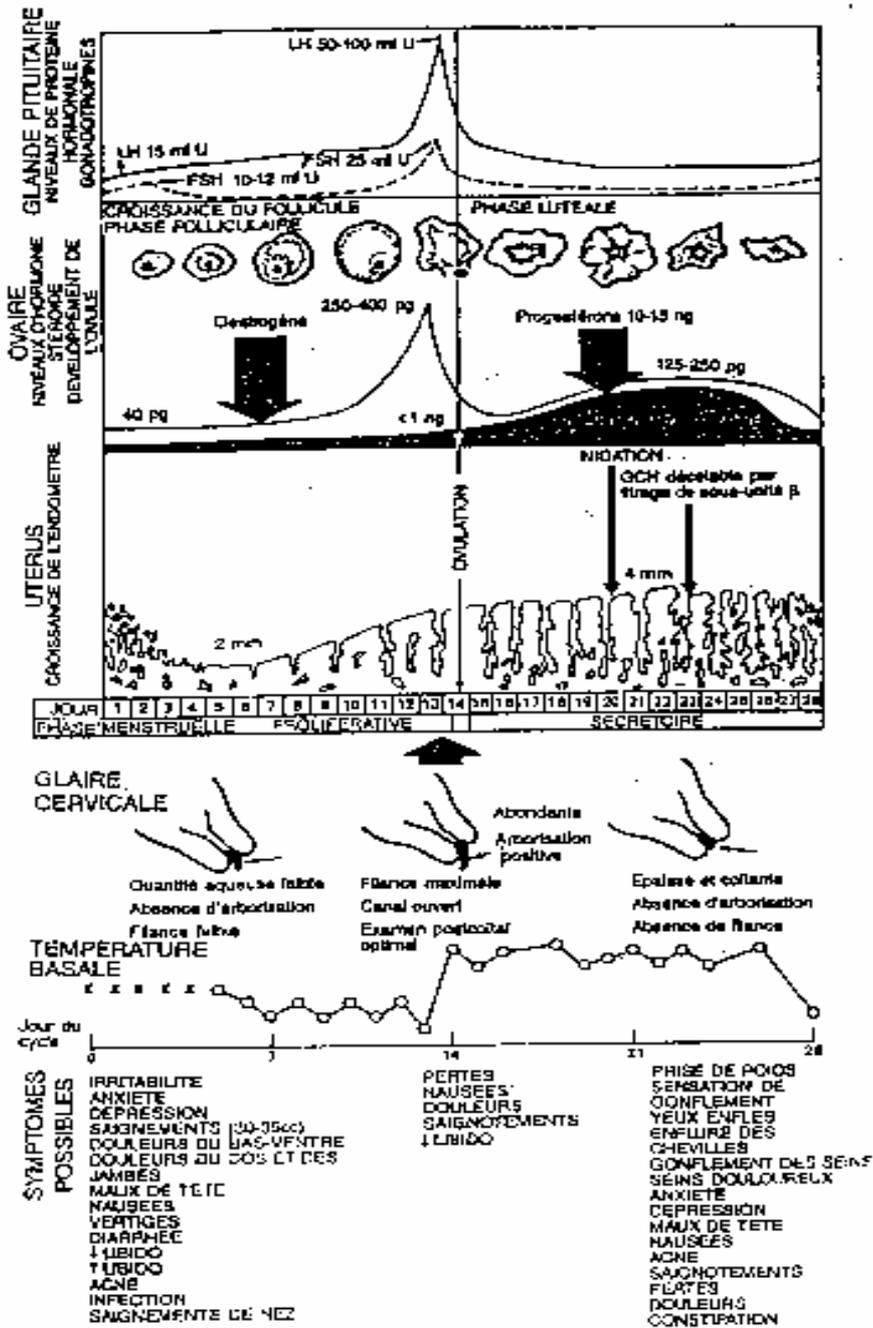


Schéma 3 : le cycle menstruel (12)

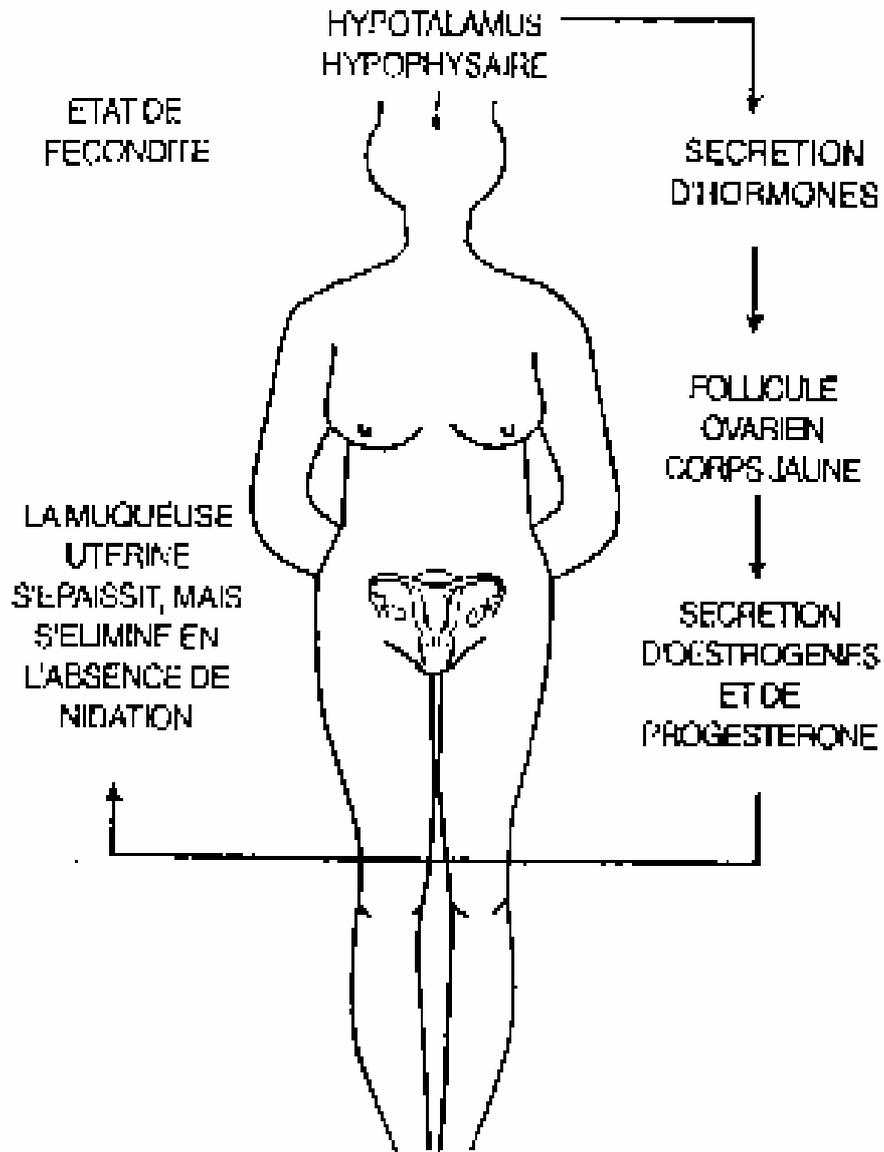


Schéma 4 : le cycle menstruel normal (5)

Selon les quantités d'œstrogènes ou de progestérones qui circulent dans le sang, le phénomène « feed – back » ou rétrocontrôle négatif ou positif permet d'atténuer ou de stimuler l'activité hypothalamique ou hypophysaire.

- Les petites doses d'œstrogènes sont stimulantes : « feed back (+) », les grandes doses sont dépressives : « feed – back (-) ».
- L'administration d'œstrogènes et de progestérones exerce une action dépressive sur l'hypothalamus (7)

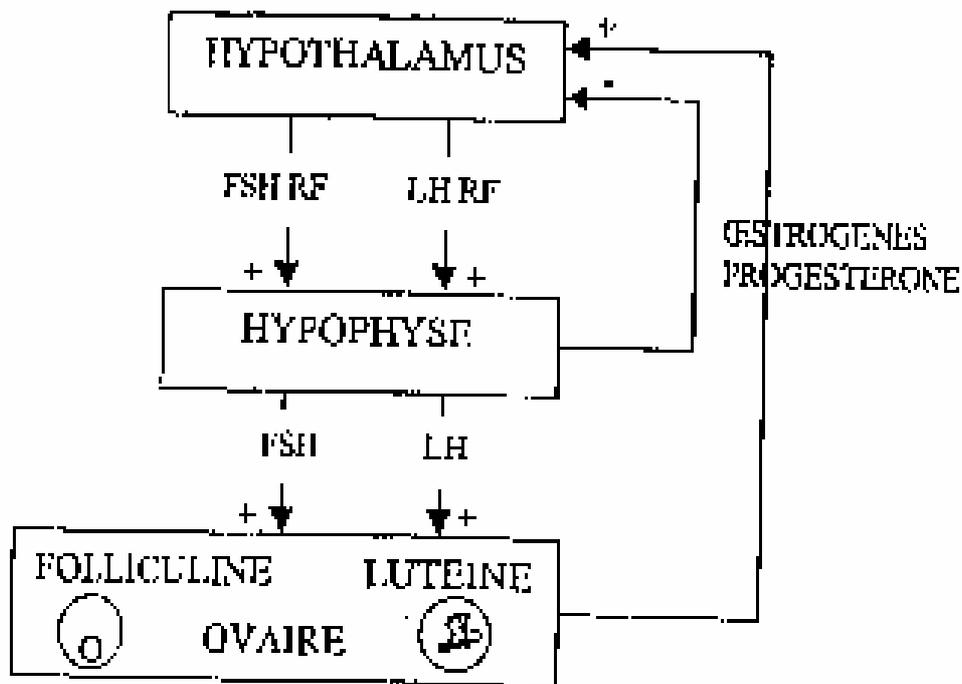


Schéma 5 : Régulation hypothalamo- hypophysaire du cycle menstruel (7)

Tableau n° 1 Actions de l'œstrogène et de la progestérone sur l'organisme (5)

Oestrogène	Progestérone
Prolifération : - Muqueuse utérine - Seins	Antiprolifération : - Atrophie muqueuse utérine - Atrophie des seins
Contraction - Muscles utérins - Vaisseaux sanguins	Relâchement des muscles : - Muscles utérins - Vaisseaux sanguins - Intestins - Voies urinaires
Poids : Augmente le poids par rétention d'eau	Poids : Augmente le poids par accumulation de graisse
Au niveau du foie : - Epaissit la bile - Augmente le métabolisme	Au niveau du foie : - Augmente le métabolisme
Au niveau du sang : - Augmente la coagulabilité du sang	
	Température : Augmente la température basale de 3 à 5/10 ^{ème} de degré
Tension artérielle : Augmente la tension artérielle par stimulation de la sécrétion de la rénine angiotensine et vasoconstriction	

1.3- Contrôle neuro-hormonal de l'activité testiculaire (13)

L'activité testiculaire est sous la commande du centre nerveux hypothalamique et de l'hypophyse.

En effet, l'hypothalamus produit des neurosécrétions, les « Releasing Factor » qui vont stimuler l'hypophyse. Ainsi stimulée, cette dernière sécrète des hormones dont le FSH et le LH ou ICSH (Interstitial Cell Stimulating Hormon)

Ces stimulines hypophysaires vont agir au niveau des testicules qui assurent un double rôle : la fonction endocrine qui renvoie à la formation de la testostérone et la fonction exocrine, assurant la spermatogenèse.

2. La Planification Familiale

2.1- Définition (14) (15) (16) (17)

Selon l'OMS, la planification familiale se définit 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. Il peut s'y adjoindre les mesures favorisant l'adoption, le conseil génétique, l'interruption volontaire de grossesse et le dépistage des tumeurs malignes de la sphère génitale »

C'est aussi l'ensemble des moyens et des méthodes qui permettent

- d'avoir des enfants désirés
- d'éviter des grossesses non voulues
- de régler l'intervalle intergénérisique dans le but d'assumer une meilleure éducation de l'enfant avant la venue de l'enfant suivant
- d'avoir des enfants au moment favorable de l'âge de la mère c'est-à-dire pas trop jeune ni trop âgée
- de limiter le nombre d'enfants désirés dans la famille.

Autre définition par l'OMS : « l'accès à la maîtrise de la fonction de la reproduction et le droit individuel de la femme, de l'homme et du couple humain à n'appeler à la vie que des enfants désirés ».

La régulation des naissances ou contraception, recouvre en principe tous les procédés capables d'empêcher la conception de façon temporaire et réversible. Cette définition exclut par conséquent les procédés de stérilisations et de ligatures, vasectomie, dont le résultat en est le principe définitif. Donc, à l'arrêt de la méthode contraceptive la femme doit être en état de tomber enceinte.

2.2- Historique (18) (19) (20)

L'idée de ne plus concevoir remonte à la plus haute antiquité.

Elle a évolué avec le progrès et le développement de la science.

- Elle commença depuis qu' ONAN, le petit-fils de Jacob, pêche ; c'est le coït interrompu le plus anciennement connu (Genèse 38, 9).
- Des paysans Egyptiens ont déjà écrit de diverses recettes, véritable barrière contre la conception.
- Les Arabes, dès l'antiquité, plaçaient des pierres dans l'utérus de leur chamelle, véritable ancêtre du stérilet.
- L'avortement provoqué fut aussi pratiqué depuis la plus haute antiquité comme un moyen de contrôle des naissances, soit par l'usage des drogues abortives (phosphores, quinine, etc....) soit par des manipulations locales réalisées par des matrones ayant une certaine expérience mais qui ignoraient malheureusement le risque microbien et l'asepsie.

Du temps d'Hippocrate font jour d'autres recettes de substances les plus diverses. Puis de plus en plus, quand le mécanisme de la fécondation fut mieux connu, on eut recours à des méthodes anticonceptionnelles telles que :

- Le diaphragme vaginal par MENSIGA, en 1882
- L'anneau en argent, supposé l'ancêtre des dispositifs intra-utérins par GRAFENBERG en 1928
- La courbe ménothermique par PALMER R. en 1958
- La découverte par PINCUS en 1955 des oestroprogestatifs inhibiteurs de l'ovulation constitue le véritable essor de la contraception.

Les premiers contraceptifs systémiques, développés au milieu des années 50, étaient des progestatifs à courte durée d'action, administrés oralement. En 1953, on a découvert que l'estérification d'un alcool progestatif produisait un principe actif qui avait une durée d'action plus longue quand il était injecté.

JONKMAN et ses associés ont ensuite synthétisé des esters du progestatif noréthistérone dont l'œnanthate de noréthistérone.

L'acétate de médroxyprogestérone a été développé par la compagnie UPJOHN à peu près au même moment.

La compagnie SCHERING AG a commencé les essais cliniques de l'œnanthate de noréthistérone (NORIGEST) en 1957.

La première utilisation clinique de l'acétate de médroxyprogestérone a été réalisée dans les essais cliniques, sponsorisés par la compagnie UPJOHN, comme prévention des avortements et de leurs récurrences et comme traitement de l'endométriose.

En 1960, l'administration des Etats-Unis des aliments et médicaments (U.S. Food and Drug Administration FDA) l'a approuvé pour ses utilisations en raison de son innocuité, mais sans données valables sur son efficacité. Les premiers essais cliniques contraceptifs ont commencé en 1963, et les premiers rapports de l'efficacité contraceptive de DMPA ont été établis en 1966.

2.3- Objectifs

- Diminution des décès et maladies chez les mères et les enfants
- Équilibre dans le couple parental et la famille
- Diminution du nombre des grossesses à risque

2.4- Les différentes méthodes contraceptives

2.4.1- Les méthodes traditionnelles (21)

Ces méthodes sont d'efficacité mal connue. Ce sont des méthodes traditionnelles se basant sur les us et coutumes, variable d'une région à une autre et sur l'utilisation des plantes médicinales :

- Exemples :
- le "tambavy" ou les tisanes ;
 - les familles de Hompa et Handy
 - les "fotsiavadika"
 - les familles d'avocatier avec les feuilles de litchis ;
 - les incantations, magies, sorcellerie, superstition,
 - l'avortement provoqué ;
 - la polygamie
 - l'injection vaginale post-coïtale des substances spéciales pour expulser les spermatozoïdes
 - le "trafic-light"
 - les coutumes, séparation des époux
 - le coït interrompu

2.4.2- Les méthodes modernes

2.4.2.1- Les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité (22) (23) (24) (25)

- * L'abstinence temporaire des rapports vaginaux ou la continence périodique et Planification Familiale Naturelle (PFN) : cette méthode repose sur un calcul de probabilités permettant de déterminer les dates dans le cycle menstruel pendant lesquelles les rapports peuvent avoir lieu, en principe sans risque de fécondation. Nous distinguons :

- La méthode d'Ogino-Knauss ou méthode du calendrier par le calcul des dates de plusieurs cycles :

Pour OGINO : le premier jour fécondable est égal à la longueur du cycle plus court moins 18 ; le dernier jour fécondable est égal à la longueur du cycle plus long moins 11.

Pour KNAUSS : pour le cycle de 28 jours la période fertile commence le 11^e jour et se termine au 15^e jour

- La méthode de température repose sur la possibilité de déterminer, en utilisant la courbe de température matinale quotidienne, la date de survenue de l'ovulation. Le couple évite les rapports non protégés à partir du premier jour du saignement menstruel jusqu'à ce que la température de la femme dépasse la température ordinaire et reste à ce niveau pendant 3 jours entiers.
- La méthode de BILLINGS ou méthodes de sécrétions cervicales qui ont des caractères humides, très glissants, étirables au point le plus haut de la fécondité. C'est pendant cette période que les follicules produisent les oestrogènes. Après l'ovulation, la progestérone inhibe la production de la glaire cervicale. La glaire devient épaisse, pâteuse, opaque, collante voire coagulée : c'est le moment infertile ou période lutéinique.

Le couple évite donc des rapports non protégés jusqu'à 4 jours après les sécrétions maximales.

- La méthode mixte : elle consiste à associer la méthode d'Ogino-Knauss à la méthode de température ou à la méthode de BILLINGS.
 - * Le coït interrompu : il représente la méthode la plus anciennement utilisée. L'homme retire la verge du vagin dès qu'il sent que l'éjaculation va se produire.

* Les méthodes mécaniques :

- Les préservatifs masculins ou condoms : il existe des modèles variés
 - Les préservatifs féminins
 - Les obturateurs féminins : ils empêchent les spermatozoïdes d'atteindre le col utérin, en constituant au fond du vagin un obstacle mécanique : ce sont essentiellement des diaphragmes et les capes cervicales.
 - Les spermicides locaux qui ont plusieurs formes : soit des crèmes et gelées soit des ovules vaginaux, soit des tablettes moussantes.
- ☆ Les "trafic-light" : basés sur le fait qu'il existe des polysaccharides dans les urines provenant des sécrétions cervicales avant l'ovulation, disparaissant ensuite (26)

2.4.2.2- La méthode d'allaitement maternel et l'aménorrhée (MAMA) (4) (26) (27)

Après l'accouchement, la succion du mamelon par le nouveau-né entraîne une modification au niveau de l'hypothalamus. La gonadotrophine (Gn RH) sécrété par l'hypothalamus agit au niveau de l'hypophyse qui libère à son tour la prolactine et l'ocytocine. La prolactine entraîne la production du lait au niveau de la glande mammaire, tandis que l'ocytocine agit sur 2 sites :

- ◆ Au niveau de la glande mammaire : la sécrétion de lait.
- ◆ Au niveau de l'utérus : elle exerce une action sur la prévention de l'hémorragie du post-partum et blocage de l'ovulation

Allaitement intensif → aménorrhée de lactation → protection contre la grossesse.

C'est un moyen d'espacement des naissances et aussi important pour la santé des mères et enfants et la survie des nourrissons.

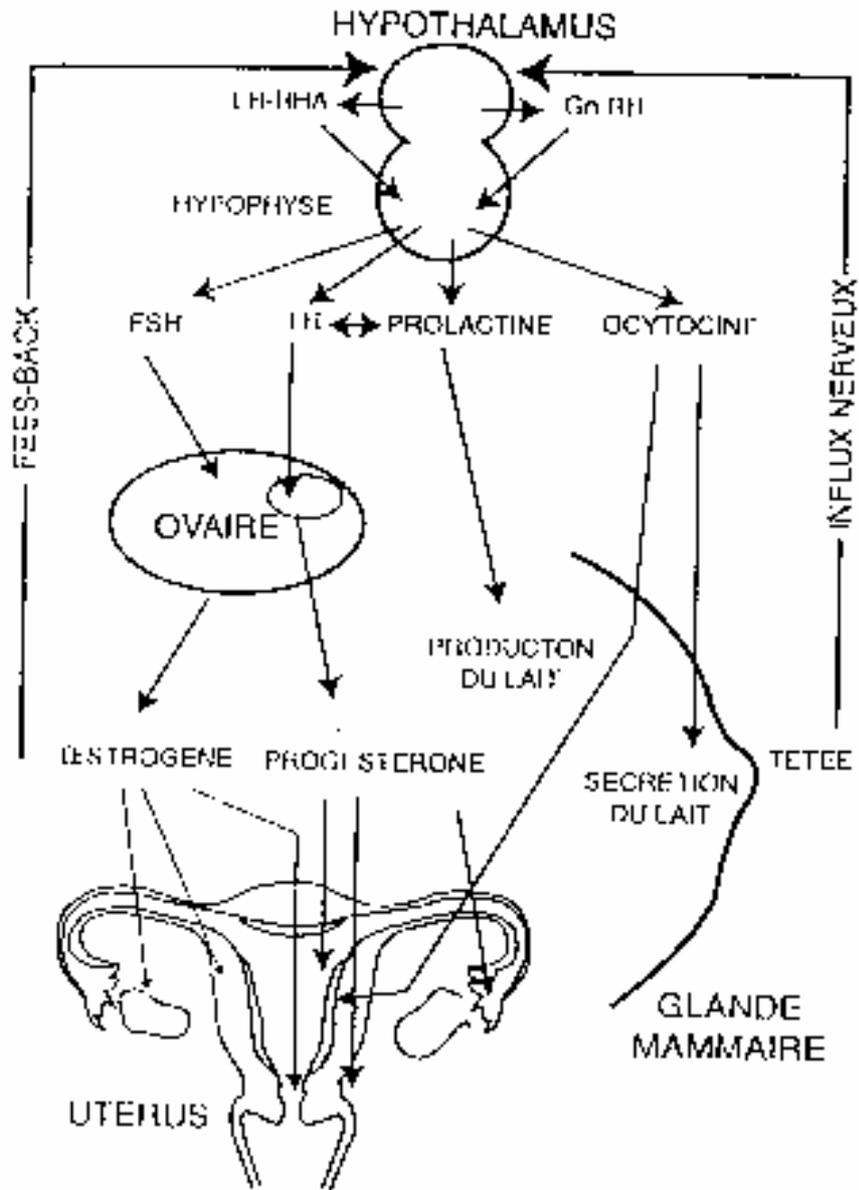


Schéma 6 : Allaitement maternel et aménorrhée (5)

Pourtant, pour que cette méthode soit efficace, il faut remplir 3 conditions :

1^{ère} : allaitement intensif, c'est-à-dire l'enfant tire du sein au moins 85% de son alimentation, la mère allaite son bébé à chaque fois que ce dernier demande jour et nuit

2^{ème} : la femme n'a pas encore eu son retour de couche, c'est-à-dire ses règles n'ont pas repris.

3^{ème} : son enfant a moins de 6 mois

Donc après 6 mois, une femme qui envie de ne pas avoir d'enfant pendant qu'elle allaite son enfant doit pratiquer une autre méthode contraceptive. Notant que la pilule oestroprogestative est relativement contre-indiquée pendant les 6 premières semaines de la lactation.

2.4.2.3- Les contraceptifs oraux (4) (10) (16)

Les produits utilisés pour les contraceptifs oraux sont :

- Les progestatifs de synthèses utilisées en contraceptifs oraux appartiennent à deux familles chimiques :
 - Les dérivés de la 19 Nortestostérone
 - Les dérivés de l'hydroxyprogestérone
- Deux œstrogènes qui sont :
 - l'éthinyl oestradiol actif par voie buccale grâce à l'adjonction d'un radical éthinyl sur 17 à l'estradiol
 - le mestranol, dérivé méthylé en 3 du précédent et légèrement moins puissant, sur l'endomètre tout au moins.

Il y a deux types de contraceptifs oraux

a) Les contraceptifs oraux combinés à faible dose ou pilules combinées : "Lo-femenal"

C'est une plaquette de 28 comprimés dont 21 blancs et 7 bruns

C'est une pilule oestro-progestative. Chaque comprimé blanc contient 0,30 mg de Norgestrel et 30 ug d'Ethinyl Oestradiol et le brun contient du fer. Concernant son mode d'emploi : 1 cp./j à la même heure tous les jours. En cas d'oubli de prise d'un comprimé,

il faut recommander de prendre le comprimé oublié dès que possible, sans modifier la prise habituelle des autres comprimés.

La prise régulière de cette pilule entraîne le blocage de l'ovulation, favorise l'épaississement de la glaire et empêche la nidation.

Le point d'impact des oestroprogestatifs est, en réalité, hypothalamique en inhibant la sécrétion de LH-RH (LH-Releasing Factor), qui commande normalement les sécrétions des gonadostimulines hypophysaires.

Il y a quand même quelques effets secondaires provoqués par cette pilule comme : spotting – aménorrhée – nausée – épigastralgie – diminution de la lactation – HTA – AVC – IdM – Accidents thrombo-emboliques mais rares.

Elle apporte beaucoup d'avantages comme :

- * retour rapide à la fécondité
- * atténuation de la douleur menstruelle
- * régularisation des cycles
- * diminution des risques de cancer (ovaire, utérus)
- * diminution des risques de GEU
- * effet contraceptif immédiat
- * si utilisation correcte, efficace dans 83 à 99% des cas

Ses inconvénients par rapport aux autres méthodes sont :

- * pas de protection contre les IST/SIDA
- * nécessite une prise régulière c'est-à-dire il y a un risque de l'oubli

Elle est contre-indiquée lors de la grossesse, allaitement d'un enfant de moins de six mois, tabagisme chez la femme de plus de 35 ans, antécédent cardio-vasculaire et cérébro-vasculaire, tumeurs malignes du sein, de l'utérus et de l'hypophyse ; affection hépatique sévère ou récente ; hémorragies génitales non diagnostiquées et affections métaboliques comme diabète et hyperlipidémies.

A part leur effet contraceptif, un certain nombre d'affections sont susceptibles d'être guéries ou améliorées par cet oestro-progestatif et en constituent une indication médicale comme :

- * les dysménorrhées
- * les irrégularités menstruelles
- * syndrome intermenstruel
- * période préménopausique
- * endométriose, ovarite scléro-kystique

b) Les pilules progestatives (P.P) : type "ovrette"

Comme la précédente, c'est une plaquette de 28 comprimés constitués par un progestatif seul. Chaque comprimé contient 0,075 mg de Norgestrel ou progestérone. Son mode d'emploi est identique à la précédente : 1 comprimé par jour à la même heure tous les jours en commençant au premier jour des règles.

Les pilules progestatives entraînent l'épaississement de la glaire surtout, empêche la nidation et blocage partiel de l'ovulation.

Elles sont surtout indiquées chez les femmes allaitantes, les femmes ayant un antécédent d'HTA, maux de tête, dysménorrhée, hyperménorrhée, femmes ne tolérant pas les contraceptifs oraux combinés, thrombophlébite ou varices profondes, infections génitales, diabète, cancer du col.

Elles entraînent aussi quelques effets secondaires comme : spotting, aménorrhée, métrorragie, nausée, épigastralgie.

Elles sont contre-indiquées durant la grossesse, dans les métrorragies d'origine inconnue, dans l'ictère, la cirrhose du foie, le cancer du foie, chez les adolescentes et les jeunes âgées de moins de 18 ans, durant le traitement barbiturique, rifampicine, antécédent des maladies cardio-vasculaires, cancer actuel des seins.

Ses avantages sont : réversible, diminution de la douleur menstruelle, diminution de la gravité de l'anémie, pas d'influence sur la production de lait maternel, si utilisation correcte, efficace dans 83 à 99% des cas. Ses inconvénients sont : pas de protection contre les IST/SIDA, risque d'oubli, ne protège pas contre les kystes ovariens.

c) **La contraception orale d'urgence : (21) (28)**

Contraception post-coïtal ou "pilule de lendemain" indiquée chez les femmes exposées à des rapports sexuels non protégés et qui ne souhaitent pas de grossesse. Exemple : en l'absence de contraception, lors de la déchirure d'un préservatif, de l'oubli de pilule, dans le cas de viol.

Une grande étude de l'OMS a constaté que les pilules progestatives sont préférables par rapport aux contraceptifs oraux combinés pour la contraception d'urgence à dose de 20 à 25 cp. de contraceptifs oraux progestatifs jusqu'à 72 heures après les rapports non protégés, puis 20 à 25 autres pilules 12 heures plus tard. Cette méthode de contraception d'urgence n'a aucun impact sur la fertilité future.

2.4.2.4- Les contraceptifs injectables (23) (26) (27) (29)

Les contraceptifs injectables contiennent des hormones de synthèse qui leur permettent de rester efficaces pendant un, deux ou trois mois.

Deux types sont les plus connus et plus couramment utilisés :

- DMPA ou Dépôt Medroxy Progestérone Acétate ou Depo Provera ® ou Acétate de Medroxy Progestérone retard. Dépo et Megestron administré en intramusculaire profonde tous les 3 mois à la dose de 150 mg. DMPA est l'injectable qui agit le plus longtemps et le plus étudié.

Il est commercialisé sous le nom de DEPO PROVERA.

C'est une forme de synthèse de l'hormone féminine appelée progestérone. Puisque le DMPA ne contient pas d'oestrogènes, les effets secondaires indésirables liés aux oestrogènes sont évités.

Le DMPA se résorbe lentement au site d'injection, ce qui contribue à la longueur de sa durée d'action.

Après une injection de 150 mg, la concentration sanguine de DMPA atteint son maximum au 4^{ème} jour et peut persister plus de six mois.

Des concentrations suffisantes pour une contraception efficace sont maintenues pendant au moins trois mois.

- Le NET-EN appelé Noristerat ®, Enanthate de Norethindrone et Enanthate de Noresthisterone.

C'est un autre contraceptif injectable à progestatif.

Une étude de l'OMS a montré qu'en cas d'administration tous les 60 jours, le risque de grossesse sous NET-EN pour une période de deux ans était de 0,4% des femmes, risque comparable à celui encouru avec le DMPA. En cas d'administration de NET-EN tous les 84 jours, le risque de grossesse pour une période de deux ans atteignait 1,4% des femmes.

Il est donc recommandé d'utiliser le NET-EN à raison d'une injection intramusculaire de 200 mg tous les deux mois. Le NET-EN est commercialisé sous le nom de NORISTERAT et de NORIGEST ®.

- Il y a aussi les injectables "mensuels" : ce sont le Cyclofem ®, le cycloprovera ®, le Mesigyra ®.

Les injectables mensuels constituent un moyen de contraception courant dans plusieurs pays depuis nombreuses années. Différents des injectables progestatifs à longue durée d'action, ces injectables sont des produits associant un progestatif et l'oestradiol. La présence d'œstrogène dans la formule ainsi que le calendrier mensuel d'administration a pour but de rendre aux utilisatrices des saignements mensuels réguliers. Par contre, ceci entraîne un ensemble d'effets secondaires semblables à ceux rencontrés avec l'utilisation des contraceptifs combinés.

Il faut assurer avant les injections l'absence d'une grossesse.

2.4.2.5- Les implants (21) (26) (30)

Le modèle le plus utilisé est le NORPLANT

C'est l'insertion des 6 capsules en sous-cutanée en forme d'éventail à la face interne du bras à 4 travers de doigts (8cm) du pli du coude par un trocard spécial sans incision et sous anesthésie locale.

Le moment d'insertion est entre le 1^{er} et le 5^{ème} jour du cycle menstruel. S'il est tard ou s'il n'y a pas retour des couches ou allaitement maternel non exclusif, il faut une contraception d'appoint.

Les moments de retrait sont au bout de 5 ans d'utilisation, en cas de problème médical ou sur demande de la cliente.

Cette méthode est indiquée pour les femmes :

- désirant une contraception continue de longue durée
- ne supportant pas les contraceptifs qui contiennent des œstrogènes
- désirant une contraception non astreignante et indépendante des rapports sexuels.
- ayant le nombre d'enfants voulus mais étant trop jeune et hésitant pour la CCV ou ne voulant pas subir une ligature des trompes. L'insertion des implants nécessite une bonne technique d'expérience. Ses avantages sont : très efficace, réversible, facile à utiliser, à peine visible, longue durée et retrait possible à tout moment.

Mais ses inconvénients sont : il ne protège pas contre les IST/SIDA, chirurgie mineure, effets secondaires et complications possibles, troubles des règles et autres troubles possibles.

Il y a deux types d'implant

- l'implant « 6 » qui comporte 6 petites capsules ou bâtonnets agit pendant 5 ans
- l'implant « 2 » qui comporte 2 gros bâtonnets agit pendant 3 ans

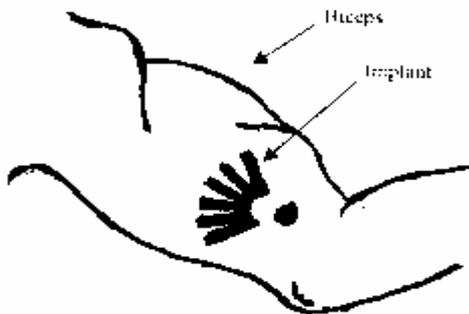


Schéma 7 : Schéma de l'implant (21)

2.4.2.6- Les Dispositifs intra-utérins (DIU) ou SERILETS (31) (32) (33) (34)

Le DIU est un dispositif en matière plastique auquel on a ajouté du cuivre. Il est placé dans l'utérus à l'aide d'un applicateur introduit dans l'orifice cervical et doit être retiré en utilisant la même voie.

Des études récentes ont montré que le DIU agit principalement en évitant que le spermatozoïde atteigne l'ovule. Ce qui empêche la fécondation et ainsi, il n'y a pas nidation. Le DIU n'a pas d'action abortive.

Le DIU doit être inséré et retiré par un prestataire de services formé en pose de DIU selon les normes.

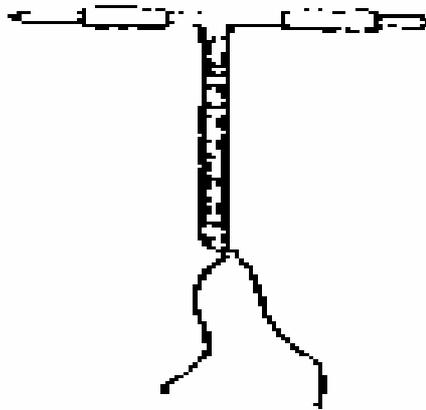


Schéma 8 : Copper T 380 – A : un exemple de DIU.

Les avantages du DIU sont :

- il est très efficace dans 94 à 99%
- ne demande pas un effort continu ou un effort de mémoire
- est une méthode peu coûteuse, de longue durée jusqu'à 8 ans pour le TCU 380A.
- ne gêne pas le partenaire pendant les rapports sexuels
- peut être retiré à tout moment par un prestataire de services formé en fonction du désir de la cliente pour des raisons médicales.
- n'a aucune interaction avec les médicaments éventuellement pris par la cliente.

Ses inconvénients par rapport aux autres méthodes sont :

- ne protège pas contre les IST et le SIDA qui entraînent l'infécondité.

- n'est pas recommandé pour une femme qui est exposée aux IST, qui n'a jamais eu d'enfant, veut avoir un enfant dans un avenir proche.

Il y a plusieurs types de DIU mais les types utilisés à Madagascar sont :

- TCU 200 qui dure 2 ans
- TCU 380 A qui dure au moins 10 ans et le plus largement disponible

Comme tous les autres médicaments, il présente aussi quelques effets secondaires comme modifications des saignements (spotting – métrorragie modérée - ménorragie) et des douleurs (dysménorrhée, crampe utérine modérée)

Un vaccin contraceptif scientifique, mis au point par l'Université d'Etat de l'Ohio (Etat Unis). Est expérimenté en Australie (Flindres Medical Center Adelaide). Le principe actif est une fraction de la gonadotrophine chorionique humaine. Il empêche l'implantation dans l'utérus de l'ovule fécondée. Si les essais en cours se déroulent de manière satisfaisant ; la vaccination pourrait être opérationnelle vers 1995. cette opération entre dans le cadre du Programme Spécial OMS de recherche ; de développement et de formation à la recherche en reproduction Humaine. Il pourrait constitué, en matière de contraception avancée aussi importante que celle représentée par la pilule contraceptive.

Source : Bull de démographie et planning familial 1974.population Council .ed

METHODES	EFFICACITE THEORIQUE	FACTEUR LIMITANT	EFFETS SECONDAIRE
Température et continence périodique	Très efficace si elle est utilisée correctement	Rapport sexuels limités à mois de la moitié de chaque cycle menstruel : difficulté d'apprendre à interpréter les courbes des températures ; inapplicable en cas de règles très irrégulières	Néant
Calendrier et continence périodique (ogino-knaus)	Modérément efficace, moins que la méthode de la température	Même facteur limitant que la précédente méthode. Il est difficile d'apprendre à bien calculer les jours sans risques	Néant
Contraceptifs chimiques(Mousse ; crème ; gélées ; ovule gynécologiques ; comprimé effervescents ; éponges vaginale imbibée d'hormones	Méthodes moyennement efficace ; les plus efficaces sont les mousses	La méthode exige l'interruption des préliminaires et de la stimulations sexuels ; l'insertions ne peut avoir lieu plus d'une heure à l'avance	Rarement faible irritation ou réactions allergiques locales
Injection vaginale	La mois efficace	LA méthode exige l'interruption immédiatement après l'éjaculation	Néant
Coût interrompu	Moyennement efficace	Exige l'interruptions des rapports Contre indiqué si l'homme ne peut maîtrisé l'éjaculation	Néant
Allaitement	Variable	Aucun	Néant
Vaccin	A l'essai	?	Néant

Tableau n° 2 : Les méthodes contraceptives (12)

DEUXIEME PARTIE

Notre étude

1. Objectifs de l'étude

Ils consistent à :

- faire connaître les différentes méthodes contraceptives disponibles dans le Planning familial
- expliquer aux couples les modalités, les avantages et inconvénients des différentes méthodes contraceptives
- mettre en route la conduite à tenir devant des complications éventuelles

2. Cadre de l'étude

2.1- Situation géographique

Le CSB II d'Alakamisy Ambohimaha se trouve dans la commune rurale d'Alakamisy Ambihimaha, sous préfecture de Fianarantsoa II et dans la région de la haute Matsiatra. Cette commune est située à 25 km de Fianarantsoa, accessible par la route nationale n°7.

Sa superficie est de 165 km² avec à peu près 24 000 habitants.

Cette commune d'Alakamisy Ambihimaha, objet de notre étude comporte 12 fokontany.

Fokontany	Alakamisy	Safata	Ambohibary Ouest	Tambohivo	Analamasina	Itsangana I	Lavaina	Niadiana	Talata Ibaoka	Vatofotsy	Lambohavana	Tsangana II
Population Totale	2597	2693	1336	3077	2201	2347	1341	2209	1665	2028	1261	992

Tableau n° 3 : Les 12 Fokontany d'Alakamisy Ambohimaha

Elle est délimitée :

- i. au Nord : par la Commune Rurale de Tsarafidy
- ii. au Sud par les Communes Rurales d' Ambalakely et de Mahatsinjony
- iii. à l'ouest par les Communes Rurales de Befeta et d' Ambalamahasoa
- iv. à l'Est par la Commune Rurale d'Androy

2.2- Ressources naturelles et physiques

a)-Climat :

D'un climat de type tropical tempéré avec deux saisons distinctes :

- une saison sèche de Mai à Octobre
- une saison chaude et pluvieuse : de Novembre à Avril

b)-Sol :

fertile, noir en basse altitude et rouge en haute altitude

c)- Relief :

plateau et la commune est masquée par des collines et une plaine inondable.

d)-Hydrographie :

sa température moyenne annuelle est de 16°C avec minima 8°C et maxima 25°C, sa pluviométrie annuelle varie de 1000 mm à 1600 mm.

2.3- Situation démographique

En 2004, le nombre d'habitants de la commune est de 24 500 :

- a. 14 000 de sexe féminin
- b. 10 500 de sexe masculin

2.4- Contexte socio-économique

a)-Economie :

- Industrie : 2 menuiseries, 2 décortiqueries
- Agriculture : 1450 ha pour le riz ; 200 ha pour le manioc et 45 ha pour les légumes

- Service divers :
 - 03 hôtels
 - 122 commerçants patentés
- Un jour de marché par semaine : le jeudi

b)-Contexte social :

- 01 CSB II
- 01 maternité
- 01 centre de Seecaline
- 84 bornes fontaines dont 80 fonctionnelles
- 81 puits
- taux d'accès à l'eau potable : 40 %
- taux d'accès à l'électricité : 8,33 %
- 28 églises et temples dont 14 FLM ; 01 FJKM et 13 catholiques
- 02 pharmacies privées
- médecin privé : 0
- dispensaire privé : 0

2.5- Activités du CSB II d'Alakamisy Ambohimaha

Les activités actuelles se présentent comme suit :

- la consultation médicale
- pharmacie communautaire
- consultation prénatale et prévention systématique de Palu et de l'anémie chez la femme enceinte
- surveillance et soins des nouveaux nés
- surveillances nutritionnelles des enfants de 0 à 3 ans
- programme élargi de vaccination (PEV)
- Information Éducation Communication (IEC)
- Planification familiale

2.6- Ressources humaines

- 1 Médecin
- 2 Infirmiers
- 1 Sage femme
- 1 Servant
- 1 Dispensatrice
- 1 Gardien

2.7- Ressources matérielles

L'enceinte du dispensaire d'Alakamisy Ambohimaha présente 2 bâtiments, l'un grand est destiné aux prestations de soins médicaux et l'autre moyen est réservé au Planning familial, à la consultation prénatale, à la maternité.

Le grand bâtiment comporte 07 salles dont :

- 1) une salle de Médecin chef avec : une table de bureau, trois chaises, une table d'examen, une armoire contenant des matériels médicaux et des médicaments, une étagère bibliothèque contenant des dossiers de service
- 2) une salle de soin
- 3) une grande salle d'attente et d'IEC comporte des bancs
- 4) une salle d'infirmier
- 5) une salle de garde
- 6) une salle de surveillance (pour les malades hospitalisés)
- 7) une salle de dépôt des médicaments communautaires.

Le bâtiment réservé à la Planification familiale et maternité comporte 3 salles dont :

- 1) une salle d'accouchement
- 2) une salle de consultation de Planification familiale
- 3) une grande salle de maternité (salle des accouchées)

2.8- Service de Planification familiale

2.8.1- Déroulement d'une consultation de Planning familial

- o Pour la nouvelle clientèle, il y a 4 étapes successives systématiques :

a) Information et séance de causerie :

Information et éducation pour toutes les personnes qui se présentent au site concernant l'intérêt de la Planification familiale, les différentes méthodes contraceptives disponibles dans le centre avec leur mode d'emploi, les indications, les contre-indications, les avantages de chaque méthode en insistant surtout sur les effets secondaires fréquents conduisant souvent à l'abandon des utilisatrices :

b) Examen clinique

Il comprend :

- 1) l'interrogatoire sur les antécédents médico-chirurgicaux et gynéco-obstétricaux.
- 2) La pesée
- 3) La prise de tension artérielle
- 4) Examen cardio-vasculaire : l'auscultation cardio-thoracique, la recherche d'hémorroïdes,
- 5) L'examen gynécologique : le toucher vaginal, l'examen de seins, l'examen au spéculum
- 6) Les résultats sont mentionnés sur la fiche individuelle et dans le registre de Planification familiale.

c) Choix d'une méthode contraceptive

La cliente choisit une des méthodes proposées mais le médecin ou prestataire peut lui suggérer une autre plus adaptée à son état de santé.

d) Délivrance des moyens contraceptifs

Elle dépend des moyens contraceptifs choisis :

- ❖ Le condom masculin : le nombre de pièces par mois est variable selon les patientes
- ❖ Les contraceptifs injectables : une injection intramusculaire est prescrite tous les deux mois pour le NORISTERAT ® et tous les trois mois pour le DEPO PROVERA ®
- ❖ Les contraceptifs oraux : une plaquette pour la première consultation, puis deux ou trois plaquettes au moment du réapprovisionnement.
- ❖ Les dispositifs intra-utérins (DIU) :

La pose du stérilet se fait lorsque la cliente est sûre de son choix, l'insertion et l'extraction se font gratuitement. Le contrôle et le suivi sont assez stricts. Des contrôles sont effectués après une semaine puis un mois et ensuite tous les six mois. La durée de protection avec le stérilet peut atteindre dix ans.

Le service utilise des pastilles de couleurs différentes pour identifier la méthode adoptée par l'utilisatrice, elles sont collées sur l'en-tête de la fiche individuelle de consultation :

- bleue pour les pilules
- rouge pour les contraceptifs injectables
- blanche pour les condoms ou ovules
- verte pour le DIU

- Pour les anciennes clientes qui sont revenues pour des contrôles, on fait la prise de tension artérielle et des pesées. On lui demande les effets des médicaments sur son état de santé et si la méthode qu'elle a choisie entraîne des effets anormaux, on lui propose une autre méthode qui s'adapte à son état de santé pour éviter les pertues de vues.

Les commandes de produits contraceptifs sont adressées au Service de Santé de District (SSD) Fianarantsoa II. Parfois il y a rupture de stock au SSD FII pour les contraceptifs injectables surtout mais cette rupture n'entraîne pas des perturbations de fonctionnement du service car la diversité des méthodes existantes dans le service a permis la continuité des mesures de contraception en cas d'irrégularité de l'approvisionnement.

2.9- Les médicaments adjuvants utilisés sont :

- Anti-infectieux :
 - * Peni G 1.000.000
 - * Bipenicilline 1.000.000
 - * Métronidazole cp : 250 mg
 - * Tetracycline cp : 250 mg
 - * Cotrim cp : 480 mg
- Antalgique : * Paracetamol cp : 500 mg
 - * Aspirine cp : 500 mg
- Antiseptique : * Betadine

3. Méthodologie

3.1- Méthodes et matériels d'étude

C'est une étude rétrospective des utilisatrices de méthodes contraceptives de janvier à décembre 2004 effectuée au CSB II d'Alakamisy Ambohimaha.

La population cible est constituée par les clientes fréquentant le centre du Planning familial et les autres services du CSB II : maternité, consultation externe, santé de reproduction, vaccination, consultation prénatale et postnatale.

Nous avons fait cette étude après dépouillement des fiches individuelles des utilisatrices et consultation des cahiers de registre du service de Planification familiale.

3.2- Sélection

- Critères d'inclusion : nous avons inclus dans notre étude les femmes en âge de procréer qui font une consultation au Service de PF et dont les dossiers sont remplis durant l'année 2004.

- Critères d'exclusion : nous avons exclus les femmes ne remplissant pas les dossiers ainsi que les femmes ménopausées.

3.3- Paramètres d'étude

Nous avons étudié les paramètres suivants :

- L'âge réparti en trois classes : * moins de 20 ans
 - * 21 à 34 ans
 - * plus de 35 ans

- Les méthodes contraceptives utilisées : * contraceptifs injectables (CI)
 - * contraceptifs oraux (CO)
 - * méthodes barrières (BAR)
 - * dispositifs intra-utérins (DIU)

- Niveau d'instruction réparti en trois classes : * illettrée
 - * étude primaire
 - * étude secondaire

- Date de début de la contraception : * premier trimestre
 - * deuxième trimestre
 - * troisième trimestre
 - * quatrième trimestre

- Sources d'information en quatre classe : * personnel santé
 - * famille ou amis
 - * radio/TV/Journal
 - * brochure/affiche

- État matrimonial : * vit en couple
 - * vit seule

- Nombre d'enfants vivants en trois classes :
 - * néant
 - * 1 à 3
 - * 4 et plus

- Suivi et contrôle :
 - * la tolérance
 - * l'arrêt de la méthode
 - * l'abandon

- Changement de méthodes :
 - * contraceptifs injectables,
 - * contraceptifs oraux
 - * méthodes barrières
 - * DIU

- Motifs d'adhésions :
 - * espacement
 - * limitation

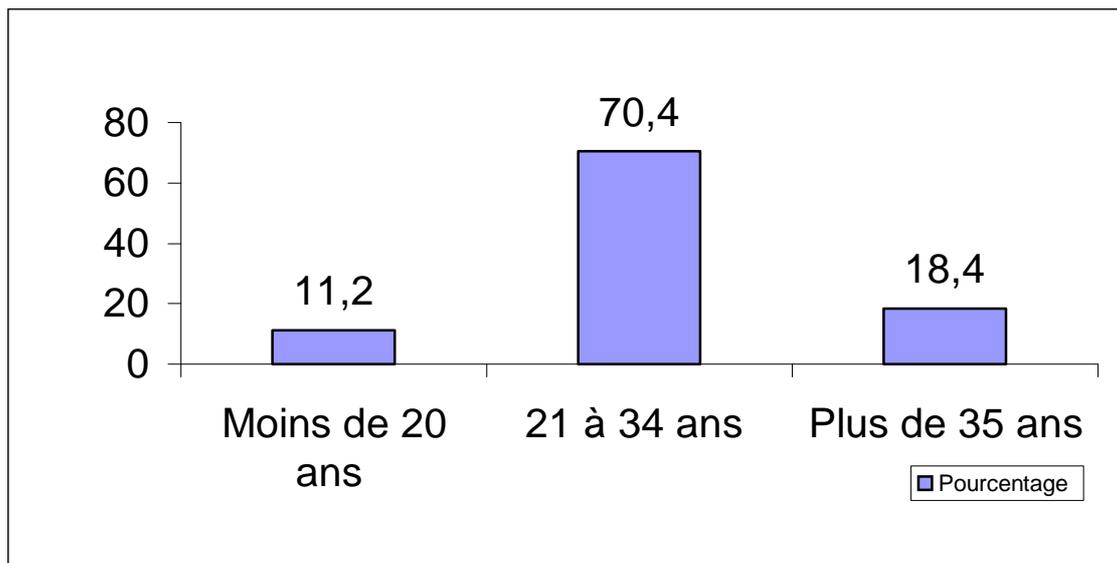
4. Résultats

4-1 L'âge des utilisatrices

Tableau 4 : Répartition des utilisatrices selon l'âge :

Age	Effectifs des utilisatrices	Pourcentage
Moins de 20 ans	14	11,2
21 à 34 ans	88	70,4
Plus de 35 ans	23	18,4
Ensemble	125	100

70,4% des utilisatrices sont comprises entre 21 et 34 ans.

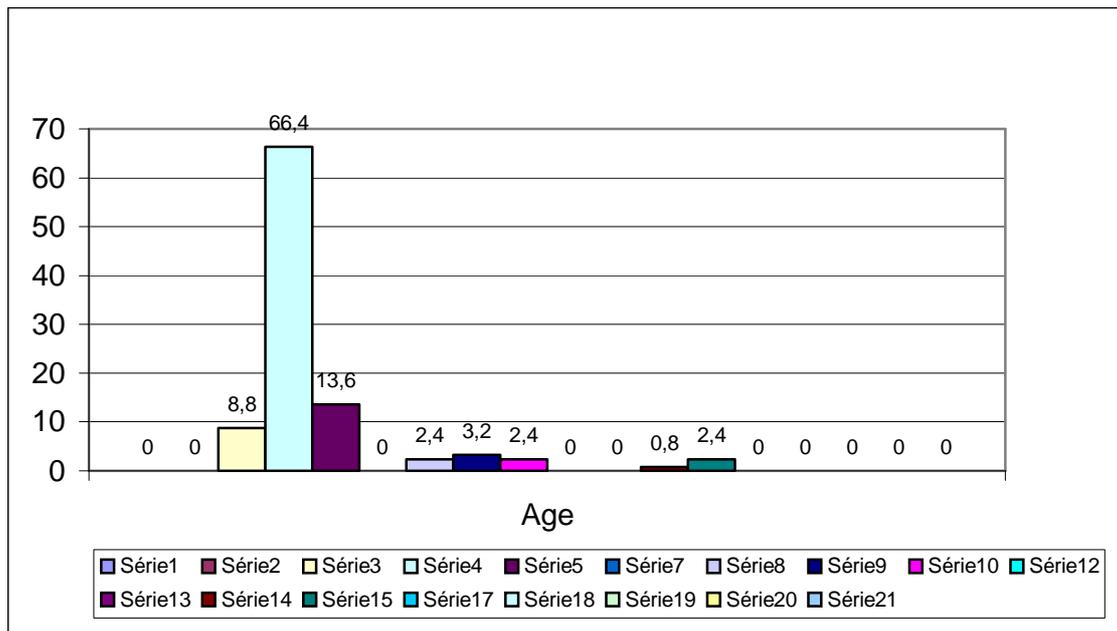


GRAPHE N°1 : Répartition des utilisatrices selon l'âge

Tableau 5 : Répartitions des méthodes selon l'âge des utilisatrices :

Age	Méthodes							
	CI		CO		DIU		BAR	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 20 ans	11	8,8	3	2,4	0	0	0	0
21 à 34 ans	83	66,4	4	3,2	1	0,8	0	0
Plus de 35 ans	17	13,6	3	2,4	3	2,4	0	0
Ensemble	111	88,8	10	8	4	3,2	0	0

La plupart des utilisatrices utilisent les contraceptifs injectables (88,8%). Par contre aucune utilisatrice ne pratique la méthode barrière (0%).

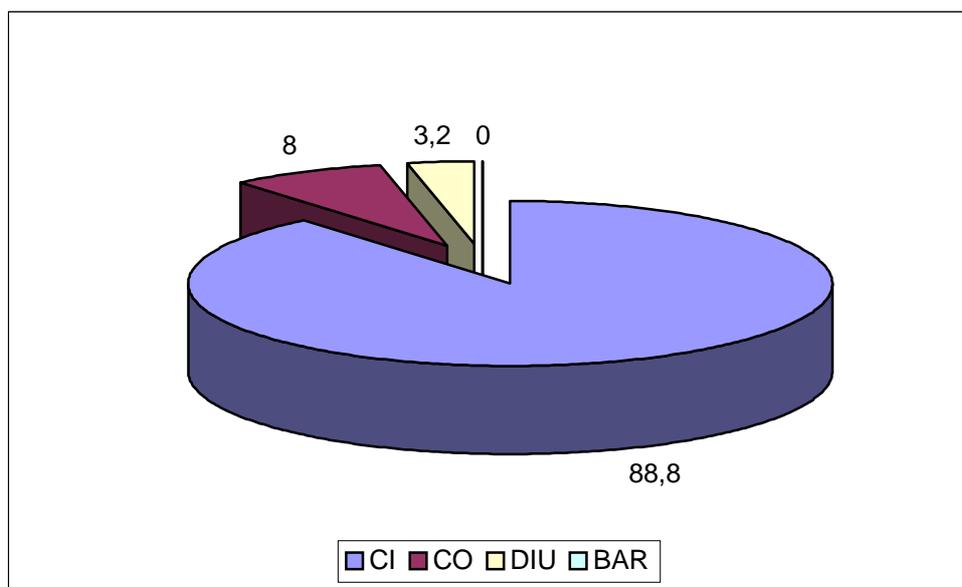
**GRAPHE N°2** : Répartition des méthodes selon l'âge

4-2 Les méthodes utilisées

Tableau 6 : Répartition des utilisatrices selon les méthodes utilisées

Méthode	Effectifs des utilisatrices	Pourcentage
CI	111	88,8
CO	10	8
DIU	4	3,2
BAR	0	0
Ensemble	125	100

88,8% des clientes choisissent les CI.



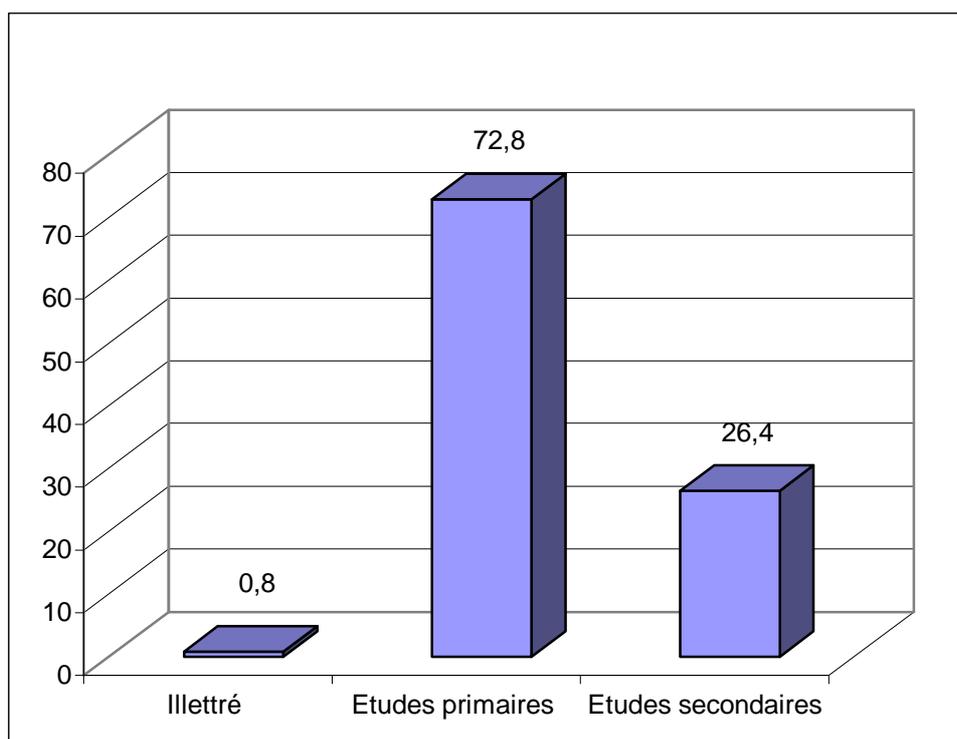
GRAPHE N°3 : Répartition des utilisatrices selon les méthodes utilisées

4-3 Le niveau d'instruction :

Tableau 7 : Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs des utilisatrices	Pourcentage
Illettrée	1	0,8
Étude primaire	91	72,8
Étude secondaire	33	26,4
Total	125	100

72,8% des utilisatrices ont suivi des études primaires.



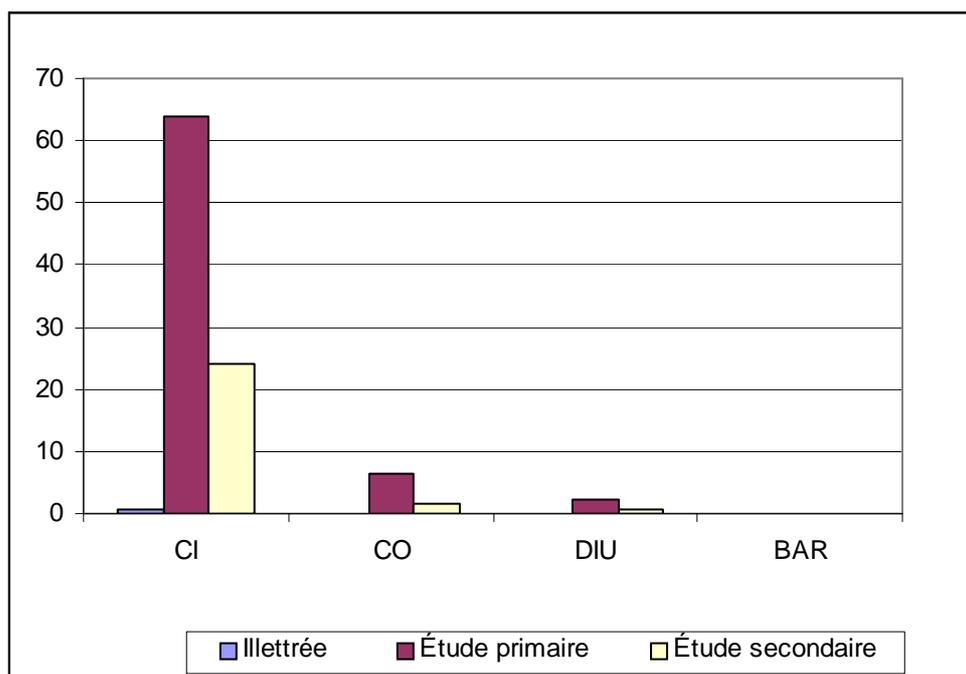
GRAPHE N°4 : Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction

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

Niveau d'instruction	Méthodes							
	CI		CO		DIU		BAR	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Illettrée	1	0,8	0	0	0	0	0	0
Étude primaire	80	64	8	6,4	3	2,4	0	0
Étude secondaire	30	24	2	1,6	1	0,8	0	0
Ensemble	111	88,8	10	8	4	3,2	0	0

Les femmes ayant suivi des études primaires sont plus nombreuses à pratiquer les CI 64%. Les CO sont moins utilisés aussi bien par les femmes de niveau primaire que par celles de niveau secondaire (6,4% et 1,6%).

Une seule illettrée pratique le PF durant 2004 et elle a choisi le CI.

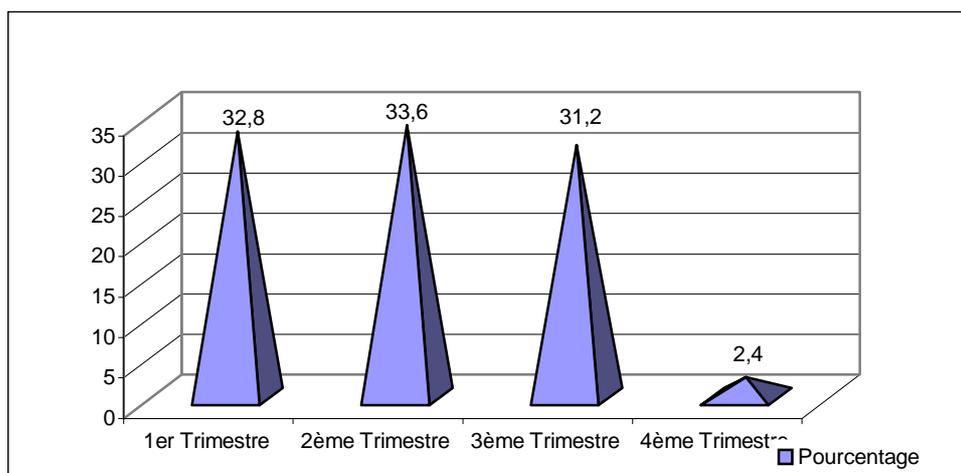
**GRAPHE 5** : Répartition des méthodes selon le niveau d'instruction

4-4 Date de début de la contraception

Tableau 9 : Répartition des utilisatrices selon la date de début de la contraception pendant 2004 par trimestre

Date de début de contraception	Effectif des utilisatrices	Pourcentage
1er Trimestre	41	32,8
2ème Trimestre	42	33,6
3ème Trimestre	39	31,2
4ème Trimestre	3	2,4
Ensemble	125	100

Les taux d'effectif durant les 3 premiers trimestre sont presque les mêmes. Ce taux est moindre durant le 4^{ème} trimestre.

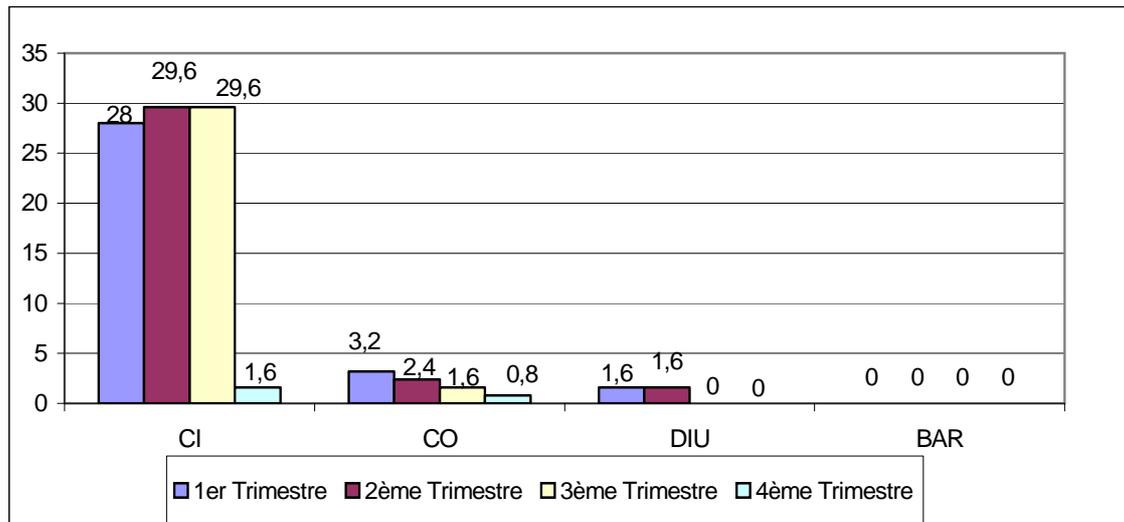


GRAPHE N°6 : Répartition des utilisatrices selon la date de début de la contraception Pendant 2004

Tableau 10 : Répartition des méthodes selon la date de début de la contraception par trimestre

Date de début	Méthodes							
	CI		CO		DIU		BAR	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1 ^{er} Trimestre	35	28	4	3,2	2	1,6	0	0
2 ^{ème} Trimestre	37	29,6	3	2,4	2	1,6	0	0
3 ^{ème} Trimestre	37	29,6	2	1,6	0	0	0	0
4 ^{ème} Trimestre	2	1,6	1	0,8	0	0	0	0
Ensemble	111	88,8	10	8	4	3,2	0	0

Toutes les utilisatrices de DIU débutent dans le deux premier Trimestre.



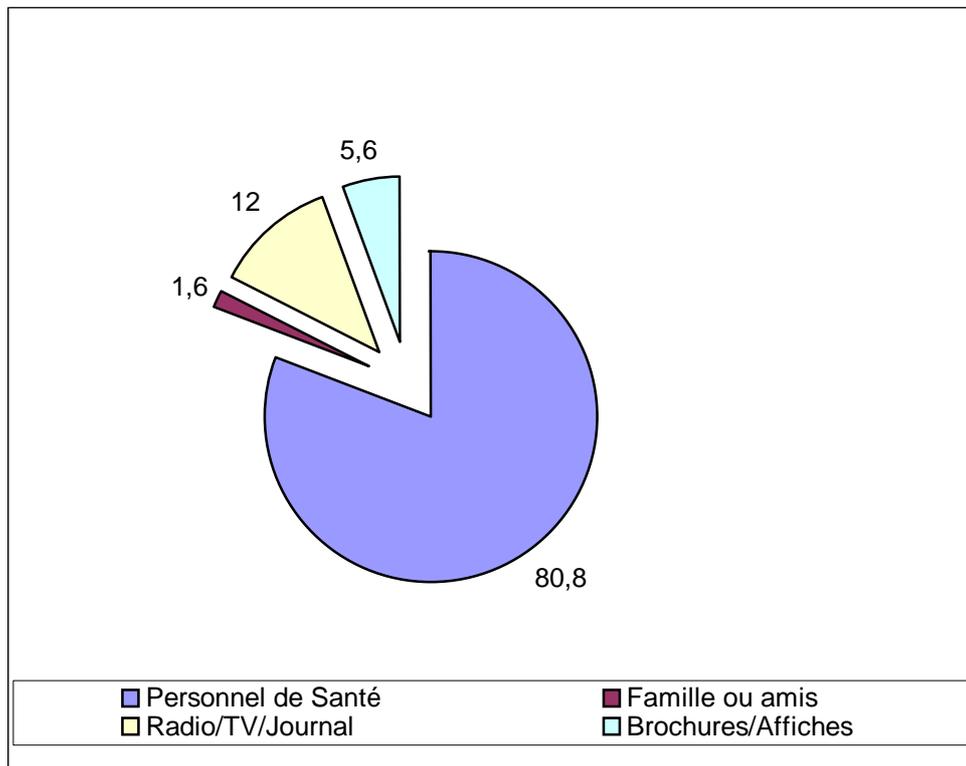
GRAPHE N°7 : Répartition des méthodes selon la date de début

4-5 Sources d'information

Tableau 11 : Répartition des utilisatrices selon les sources d'information

Source d'information	Effectifs des utilisatrices	Pourcentage
Personnel de Santé	101	80,8
Famille ou amis	2	1,6
Radio/TV/Journal	15	12
Brochures/Affiches	7	5,6
Ensemble	125	100

80,8% des utilisatrices ont le personnel de santé comme source d'information

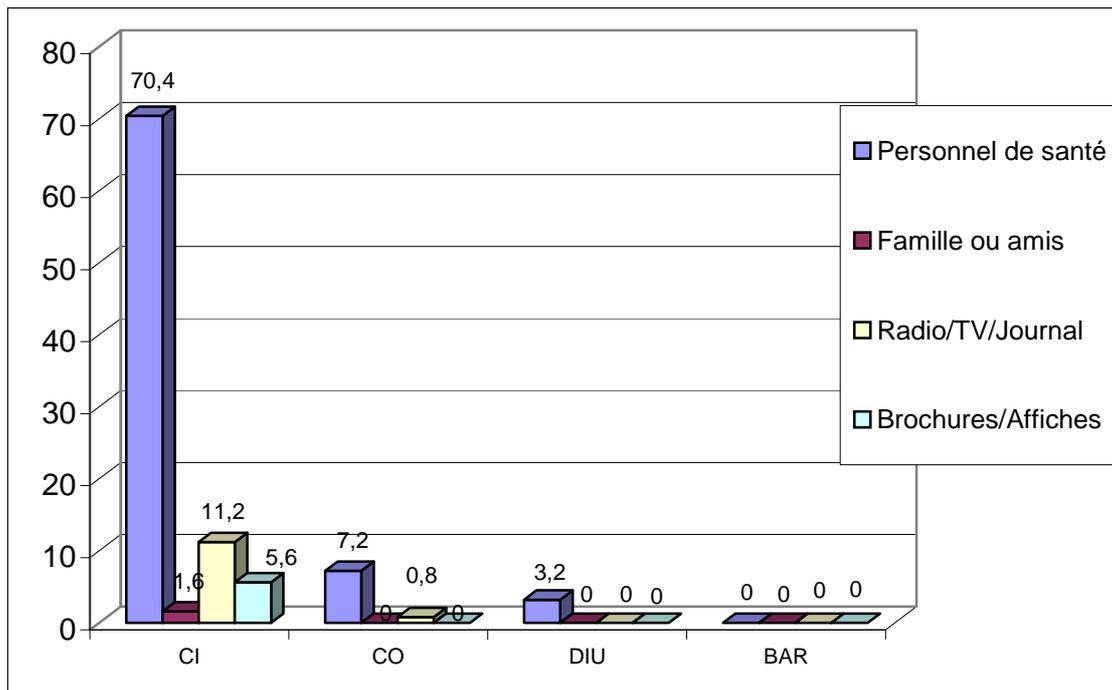


GRAPHE N°8 : Répartition des utilisatrices selon les sources d'information

Tableau 12 : Répartition des méthodes selon les sources d'information

Source d'information	Méthodes							
	CI		CO		DIU		BAR	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Personnel de santé	88	70,4	9	7,2	4	3,2	0	0
Famille ou amis	2	1,6	0	0	0	0	0	0
Radio/TV/Journal	14	11,2	1	0,8	0	0	0	0
Brochures/Affiches	7	5,6	0	0	0	0	0	0
Ensemble	111	88,8	10	10	4	3,2	0	0

Toutes les clientes utilisant le DIU soit 3,2% ont le personnel de santé comme source d'information. De même pour le CO, la plupart des clientes 7,2% ont le personnel de santé comme source d'information.

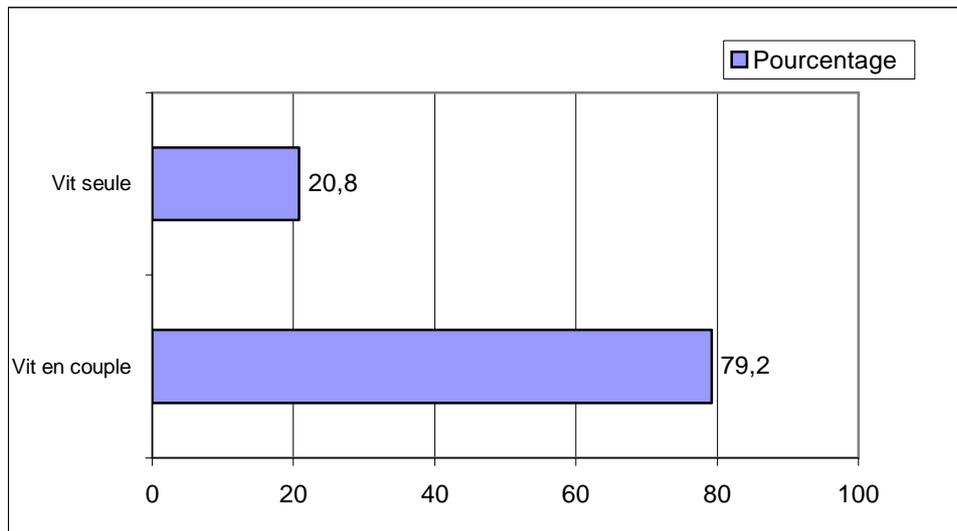
**GRAPHE N°9** : Répartition des méthodes selon les sources d'information

4-6 État matrimonial

Tableau 13 : Répartition des utilisatrices selon l'état matrimonial

État matrimonial	Effectifs des utilisatrices	Pourcentage
Vit en couple	99	79,2
Vit seule	26	20,8
Ensemble	125	100

79,2% des clientes vivent en couple.



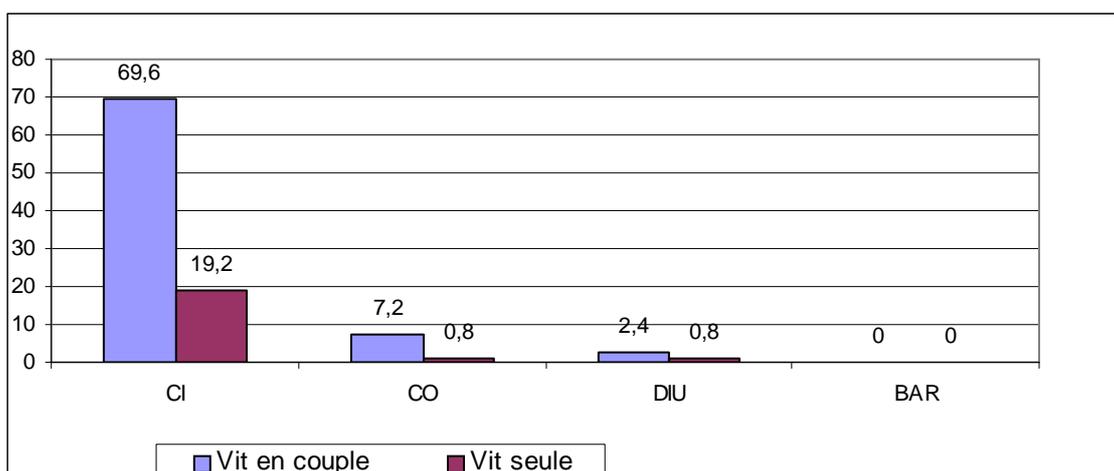
GRAPHE N°10 : Répartition des utilisatrices selon l'état matrimonial

Tableau 14 : Répartition des méthodes selon l'état matrimonial

État matrimonial	Méthodes							
	CI		CO		DIU		BAR	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Vit en couple	87	69,6	9	7,2	3	2,4	0	0
Vit seule	24	19,2	1	0,8	1	0,8	0	0
Ensemble	111	88,8	10	8	4	3,2	0	0

La majorité des femmes aussi bien vivant en couple que vivant seule optent pour les CI.

La plupart des utilisatrices de DIU vivent en couple.

**GRAPHE N°11** : Répartition des méthodes selon l'état matrimonial

4-7 Motifs d'adhésion à la PF**Tableau 15** : Répartition des utilisatrices selon les motifs d'adhésion

Motifs d'adhésion	Effectifs des utilisatrices	Pourcentage
Espacement des naissances	105	84
Limitation	20	16
Ensemble	125	100

84% des utilisatrices ont pour but d'espacer la naissance

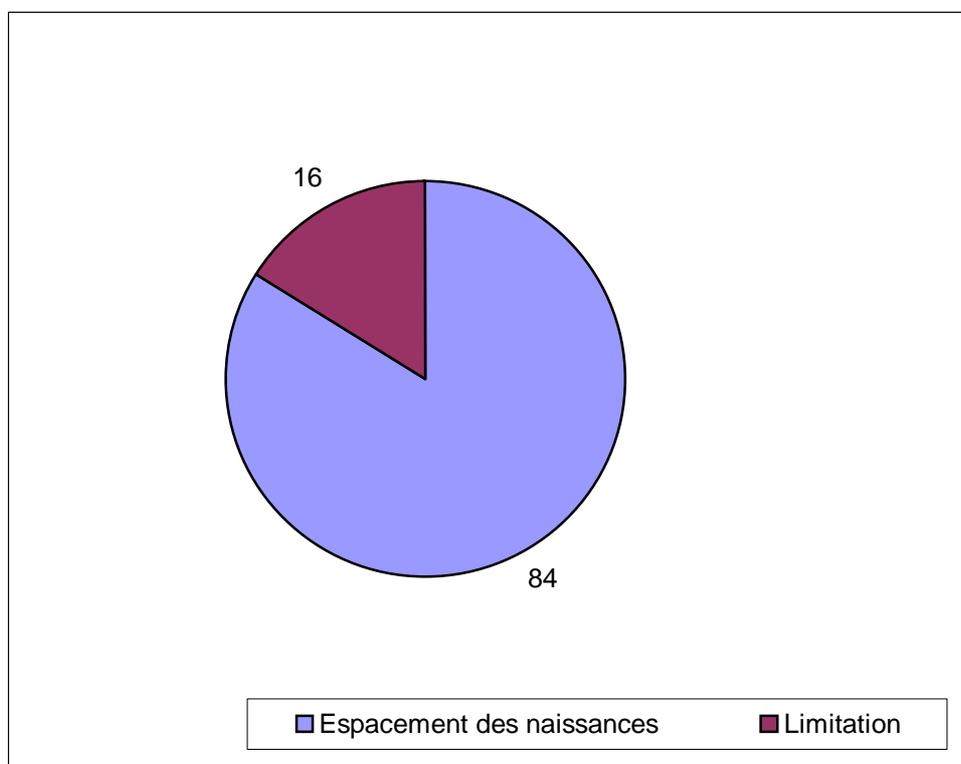
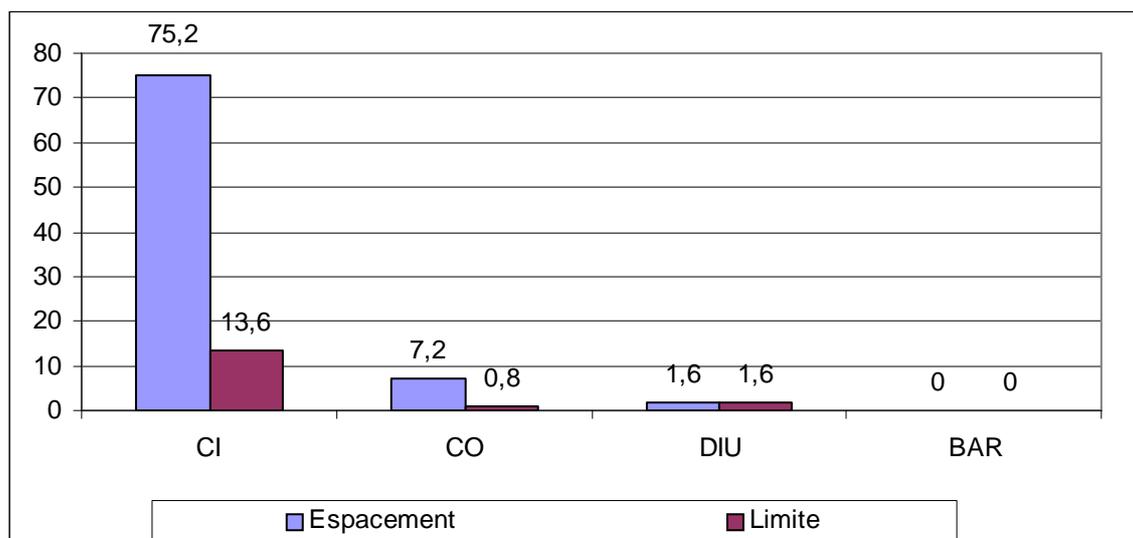
**GRAPHE N°12** : Répartition des utilisatrices selon les motifs d'adhésion

Tableau 16 : Répartition des méthodes selon les motifs d'adhésion

Motif d'adhésion	Méthodes							
	CI		CO		DIU		BAR	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Espacement	94	75,2	9	7,2	2	1,6	0	0
Limite	17	13,6	1	0,8	2	1,6	0	0
Ensemble	111	88,8	10	8	4	3,2	0	0

Celles qui utilisent les CI restent partout majoritaires.

La plupart des pratiquantes de CO 7,2% (9 sur 10) ont pour but d'espacer les naissances.

**GRAPHE N°13** : Répartition des méthodes selon les motifs d'adhésion

4-8 Nombre d'enfants vivants**Tableau 17** : Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectif des utilisatrices	Pourcentage
0	7	5,6
1 à 3	75	60
4 et plus	43	34,4
Total	125	100

La plupart des clientes ont 1 à 3 enfants vivants (60%).

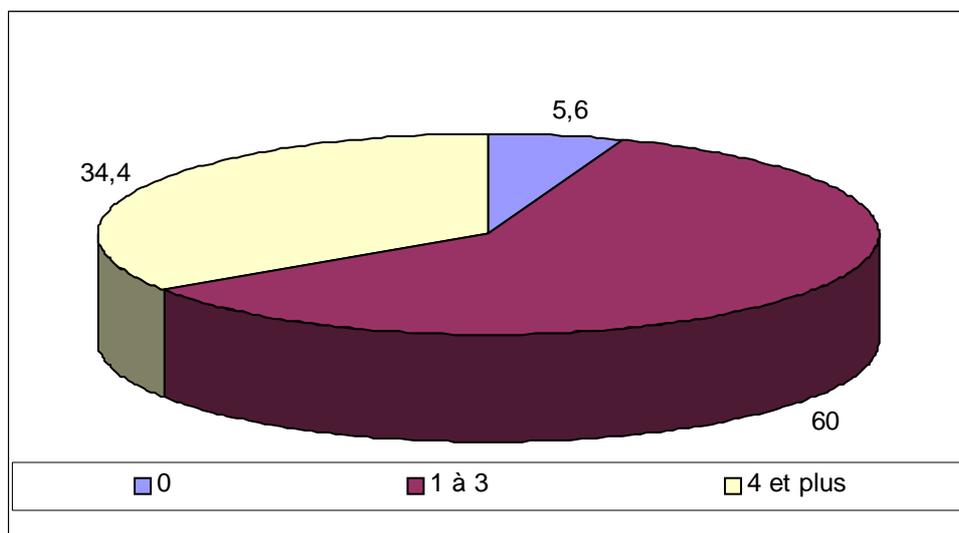
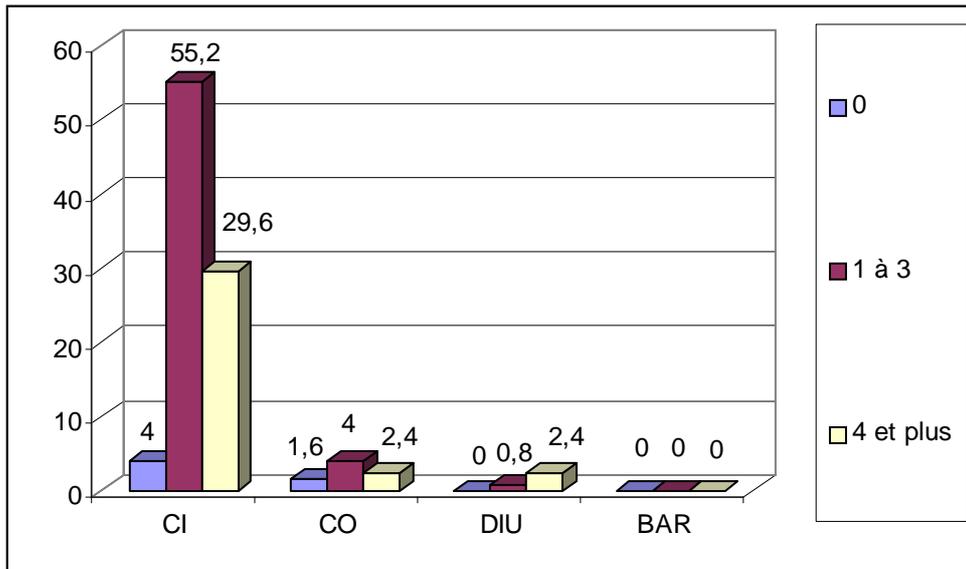
**GRAPHE N°14** : Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants

Tableau 18 : Répartition des méthodes selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfant vivant	Méthodes							
	CI		CO		DIU		BAR	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
0	5	4	2	1,6	0	0	0	0
1 à 3	69	55,2	5	4	1	0,8	0	0
4 et plus	37	29,6	3	2,4	3	2,4	0	0
Ensemble	111	88,8	10	8	4	3,2	0	0

Les CI restent partout majoritaires aussi bien pour les nullipares que les multipares. Le DIU intéresse surtout les multipares.

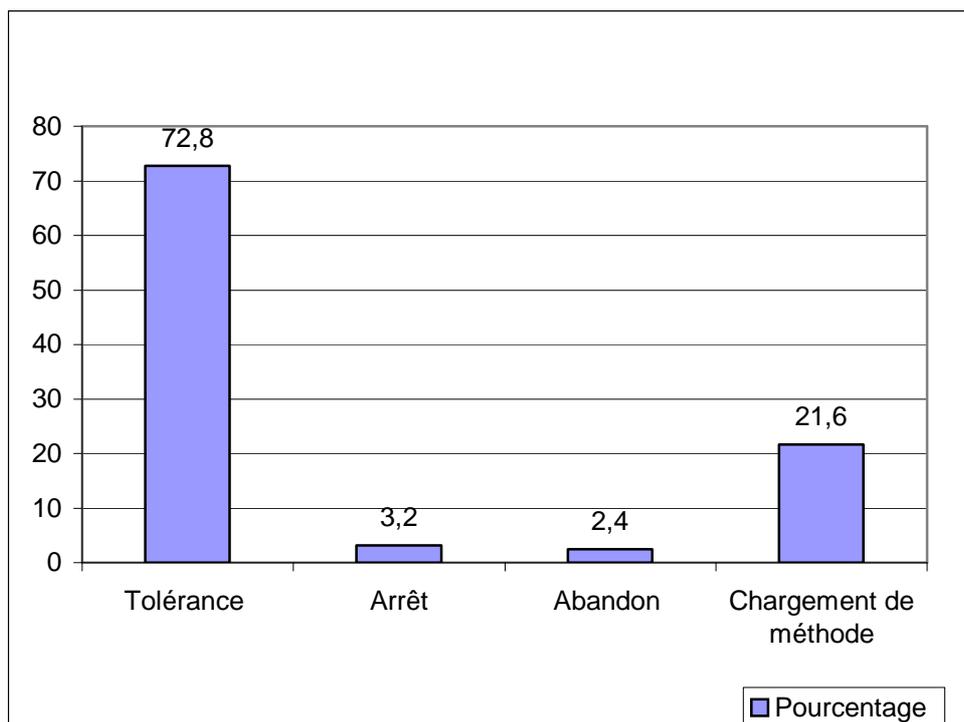
**GRAPHE N°15** : Répartition des méthodes selon le nombre d'enfants vivants

4-9 Suivi et contrôle

Tableau 19 : Répartition des utilisatrices selon le suivi et contrôle

Suivi et contrôle	Effectif des utilisatrices	Pourcentage
Tolérance	91	72,8
Arrêt	4	3,2
Abandon	3	2,4
Changement de méthode	27	21,6
Ensemble	125	100

72,8% des utilisatrices ont une bonne tolérance des méthodes contraceptives utilisées.

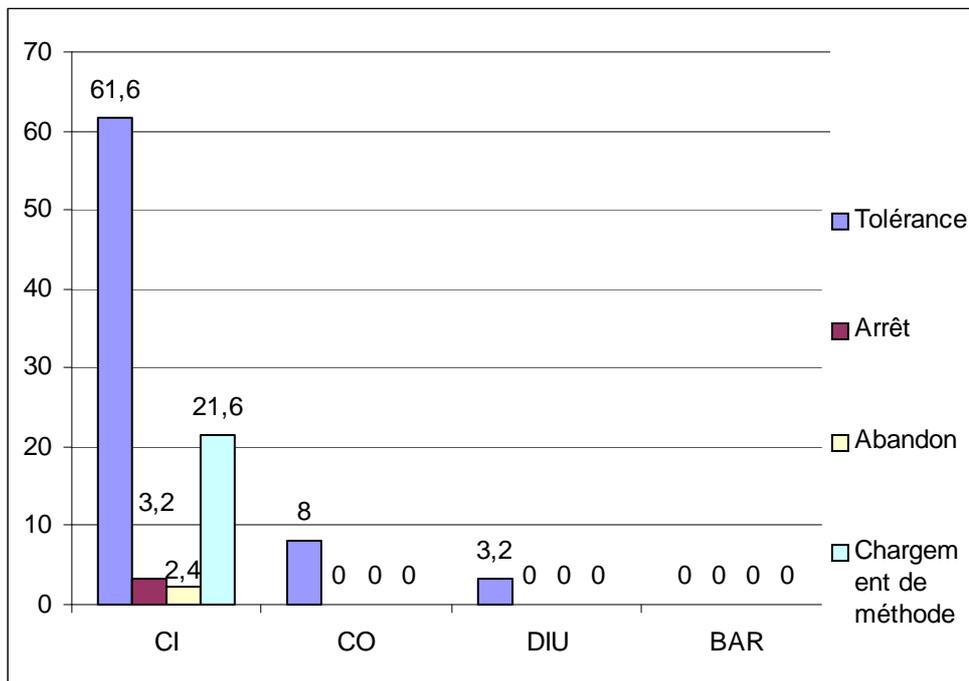


GRAPHE N°16 : Répartition des utilisatrices selon le suivi et contrôle

Tableau 20 : Répartition des méthodes selon le suivi et contrôle.

Suivi et contrôle	Méthodes							
	CI		CO		DIU		BAR	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Tolérance	77	61,6	10	8	4	3,2	0	0
Arrêt	4	3,2	0	0	0	0	0	0
Abandon	3	2,4	0	0	0	0	0	0
Changement de méthode	27	21,6	0	0	0	0	0	0
Ensemble	111	88,8	10	8	4	3,2	0	0

- Toutes les clientes choisissant les CO et DIU ont bien toléré cette méthode
- Les quatre femmes arrêtés optent le CI aussi que les 3 abandons
- Dans l'ensemble, toutes les utilisatrices ont bien toléré les méthodes utilisées.

**GRAPHE N°17** : Répartition des méthodes selon le suivi et contrôle

TROISEIME PARTIE

Commentaires et discussions

1. Répartition des utilisatrices selon l'âge

Durant l'année 2004, la majorité des utilisatrices appartiennent à l'âge de 21 à 34 ans : 88 sur 125, soit 70,4% du fait de leurs fortes activités sexuelles. Elles constituent plus de la moitié des utilisatrices. Cela n'est pas surprenant car ces âges sont ceux de la conception maximale.

A partir de 35 ans, le taux d'utilisation diminue : 23 sur 125, soit 23% car plusieurs femmes se considèrent comme infertiles et il y a aussi une diminution du libido. Tandis que les acceptantes de moins de 20 ans sont moins nombreuses : 14 sur 125, soit 11,2%. Avant 21 ans, les jeunes femmes se soucient moins de leurs prémunitions. Chez nous à Madagascar, en général dans chaque foyer, on ne fournit pas de l'éducation à la vie familiale aux enfants car il y a une réticence voire même un puritanisme à parler de sexe (35).

Ces résultats nous montrent que les femmes en âge de procréer sont les plus intéressées à la planification familiale.

2. Répartition des méthodes selon l'âge des clientes

Dans notre étude, la plupart des utilisatrices choisissent les contraceptifs injectables : 111 cas sur 125, soit 88,8% aussi bien les jeunes de moins de 20 ans que les femmes plus âgées de plus de 35 ans.

Comme on a vu que la plupart des acceptantes appartiennent à l'âge de 21 à 34 ans, donc cette utilisation prédomine en premier lieu dans cette tranche d'âge : 83 sur 125 soit 66,4% puis en second lieu les femmes âgées de plus de 35 ans : 23% et enfin les jeunes femmes de moins de 20 ans : 5%.

Après les contraceptifs injectables, les contraceptifs oraux prennent le second rang avec prédominance des utilisatrices toujours dans la tranche d'âge de 21 à 35 ans : 3,2%. Les taux d'utilisation de CO sont égaux pour les femmes âgées de plus de 35 ans et de moins de 20 ans : 2,4%.

Pour les DIU, ils sont moins utilisés par rapport aux précédents mais il y a quand même des effectifs non négligeables.

Cette méthode intéressant surtout les femmes plus âgées (+ de 35 ans) prend le premier rang : 3 femmes sur 4 soit 2,4% puis les femmes dans la tranche d'âge de 21 à 34

ans, ne représentent que les 0,8% et enfin aucune jeune femme de moins de 20 ans ne la choisit car cette méthode est contre-indiquée chez les nullipares.

Pour les méthodes barrières, aucune utilisatrice régulière c'est-à-dire aucune cliente possédant des fiches individuelles ne choisit cette méthode : 0%.

Ces résultats nous montrent que les jeunes mariées préfèrent surtout les méthodes temporaires pour espacer les naissances (CI et CO), tandis que les femmes plus âgées préfèrent la méthode durable (DIU). On remarque aussi que les adolescentes et les jeunes sont moins motivées à utiliser les méthodes barrières non seulement dans le but d'espacer les naissances mais surtout pour se protéger contre les IST/SIDA.

3. Répartition des utilisatrices selon la méthode contraceptive utilisée

Dans notre étude, les clientes ont choisi 3 méthodes : CI, CO, DIU.

Les CI attirent beaucoup plus le choix des clientes : plus de la moitié des acceptantes : 111 femmes sur 125, soit 88,8% ; puis les CO sont moins utilisés par rapport à la méthode précédente 10 sur 125, soit 8%, ainsi que les DIU : 4 femmes seulement soit 3,2% et enfin les méthodes barrières, aucune cliente ne choisit cette méthode.

Cette faible adhésion à la méthode barrière nous montre le manque d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents.

Nombreuses femmes sont convaincues que la méthode injectable est acceptable avec un taux efficace, facile à utiliser, durable et n'interférant pas avec l'acte sexuel. Pour celles qui refusent les contraceptifs hormonaux, elles ont choisi le DIU.

Pourtant la prescription doit concorder à la santé de chaque utilisatrice à leur besoin face à leurs situations socio-économiques, géographiques et culturelles.

4. Répartition des acceptantes selon le niveau d'instruction

Durant l'année 2004, la plupart des clientes ont suivi les études primaires : 91 femmes sur 125, soit 72,8%. Celles qui ont suivi les études secondaires sont au nombre de 33 sur 125, soit 26,4% et il n'y a qu'une seule femme illettrée, soit 0,8% qui pratique la méthode contraceptive.

D'après ce résultat, on remarque que le niveau intellectuel des utilisatrices est bas. Cela concorde avec les données de la littérature car le niveau d'instruction influe sur la précocité de la fécondité et l'utilisation de la contraception moderne et le taux de natalité diminue lorsque les taux d'alphabétisation, de scolarisation ou le revenu par habitant s'accroissent.

5. Répartition des méthodes selon le Niveau d'instruction des utilisatrices

La seule cliente illettrée choisit la méthode injectable

Pour les femmes ayant suivi les études primaires, elles sont plus nombreuses à pratiquer les CI : 64% des clientes ; puis les CO constituent leur deuxième choix : 6,4% et enfin les DIU : 2,4%.

Pour celles qui ont suivi les études secondaires, comme la précédente, leur premier choix est le CI : 24% ; puis le CO : 1,6% et il n'y a qu'une seule femme ayant suivi les études secondaires qui choisit le DIU. Aucune utilisatrice ne pratique la méthode barrière.

Les illettrées et les universitaires sont donc moins nombreuses car non seulement leur nombre est peu important mais surtout elles sont difficiles à sensibiliser sur les méthodes contraceptives.

6. Répartition des acceptantes selon la date de début de la contraception par trimestre

Durant les trois premiers trimestres en 2004, les taux d'utilisation de la contraception sont presque les mêmes : 32,8% au premier trimestre ; 33,6% au deuxième trimestre et 31,2% au troisième trimestre. Ce taux est insuffisant dans le quatrième trimestre : 2,4% seulement.

Ce résultat montre qu'il y a une corrélation entre les activités professionnelles des clientes et leur accessibilité car à partir de mois d'octobre les paysannes sont occupées par leur travail dans les champs.

7. Répartition des méthodes selon la date de début de la contraception par trimestre

Les utilisatrices de CI débutent surtout aux deuxième et troisième trimestres : 29,6%, au premier trimestre : 28% et enfin au quatrième trimestre : 1,6% seulement.

Tandis que pour les CO, elles débutent surtout au premier trimestre : 3,2% puis au deuxième trimestre : 2,4% et 1,6% au troisième trimestre ; enfin 0,8% au quatrième trimestre.

Toutes les utilisatrices de DIU débutent dans les deux premiers trimestres : 1,6%. Ces résultats montrent la corrélation des situations socio-économique et géographique des clientes à leur accessibilité car elles sont plus nombreuses dans les trois premiers trimestres pour les méthodes CI et CO et dans les deux premiers trimestres pour le DIU. Les paysannes ont surtout beaucoup d'argent dans les deuxième et troisième trimestres car c'est la période de campagne. Au quatrième trimestre, saison pluvieuse et période des activités, les femmes sont occupées à leur travail et le climat pluvieux constitue un autre obstacle pour leur accessibilité.

8. Répartition des utilisatrices selon la source d'information

80,8% des utilisatrices ont le personnel de santé comme source d'information.

La radio, la télévision et le journal prennent la deuxième place pour la motivation et la sensibilisation des femmes et des couples à utiliser la planification familiale : 12%.

Puis les brochures et affiches prennent la troisième place : 5,6%.

Enfin la famille ou amis : 1,6%. Ceci n'est pas surprenant car les familles Malagasy n'aiment pas parler ou éduquer leurs enfants en ce qui concerne les sexes. On remarque aussi que les personnels de santé ont beaucoup de responsabilité pour la motivation des personnes fréquentant le CSB.

9. Répartition des méthodes selon la source d'information

Pour toutes les méthodes, le personnel de santé apporte en premier lieu des informations pour motiver les clientes : 70,4% pour les CI ; 7,2% pour les CO et 3,2% c'est-à-dire toutes les pratiquantes de DIU.

Puis la radio, la télévision et le journal prennent la deuxième place pour la sensibilisation des peuples : 11,2% pour les CI ; 0,8% pour les CO.

Les brochures et affiches prennent la troisième place : 5,6% pour CI et 0% pour les autres méthodes.

Enfin la famille ou amis : 1,6% c'est-à-dire deux femmes seulement reçoivent les informations pour la contraception par eux.

Ces résultats montrent l'importance de l'Information, Education et Communication pour la motivation de tout le monde surtout les femmes à pratiquer les contraceptifs. Donc les personnels de santé doivent être capables de convaincre leurs patientes et leurs clientes et aussi être compétentes dans leurs tâches.

Les contraceptifs injectables et oraux sont plus connus par les clientes à cause de leur simplicité, efficacité, avantages tandis que les autres méthodes contraceptives nécessitant des techniques particulières comme le DIU sont pratiquées par les personnels de santé seulement.

10. Répartition des utilisatrices selon l'état matrimonial

79,2% des clientes vivent en couple : union libre ou mariées légitimes et 20,8% vivent seules : célibataires, divorcées ou veuves.

Donc les contraceptifs intéressent toutes les catégories de femmes, mariées ou non.

11. Répartition des méthodes selon l'état matrimonial

La majorité des femmes, celles vivant en couple ou vivant seules optent pour les CI : 69,6% pour les couples et 19,2% pour celles vivant seules.

Pour les CO : 7,2% vivent en couple et 0,8% c'est-à-dire une seule femme vit seule.

Pour le DIU, trois femmes sur quatre vivent en couple soit 2,4% et une seule femme vivant seule l'a pratiqué.

On remarque la faible adhésion à la méthode barrière, surtout pour les femmes vivant seules. Donc il faut surtout les motiver à pratiquer la méthode barrière non seulement pour but contraceptif mais surtout pour la protection contre les IST/SIDA.

12. Répartition des utilisatrices selon les motifs d'adhésion

Dans les fiches individuelles des utilisatrices, il y a deux choix pour motiver les femmes à pratiquer les méthodes contraceptives :

- l'espacement des naissances
- limitation des naissances

L'espacement se définit comme la pratique qui consiste à maintenir un écart d'au moins deux ans entre la naissance de deux enfants. Ceci permet à la mère de se rétablir et de prendre soin de son enfant (21).

La limitation d'une part, c'est la pratique qui consiste à maintenir juste le nombre d'enfants que le couple désire et dont il peut prendre soin (36) et d'autre part, 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 (37).

Dans cette étude, 84% des utilisatrices ont pour but d'espacer les naissances et 16% seulement veulent limiter la naissance. Comme on a déjà vu dans la répartition des clientes selon l'âge, 70,4% des utilisatrices ont moins de 34 ans et 11,2% moins de 20 ans, c'est-à-dire la plupart des femmes sont en âge de procréer, d'où cette décision d'espacer les naissances

13. Répartition des méthodes selon le motif d'adhésion à la PF

Pour les méthodes injectables, les clientes ont pour objectif d'espacer les naissances : 75,2% et 13,6% seulement veulent les limiter.

Pour les méthodes orales, neuf femmes sur dix veulent espacer les naissances et une femme seulement veut les limiter.

Pour le DIU, leurs taux sont égaux : 1,6% quels que soient leurs buts aussi bien pour celles qui veulent espacer les naissances que celles qui veulent limiter.

Donc on remarque que les méthodes orales sont surtout choisies par les jeunes qui veulent espacer et les méthodes durables (DIU) sont choisies par les plus âgées qui veulent limiter.

14. Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants

60% des acceptantes ont un à trois enfants vivants. Cela prouve que les femmes pensent à la contraception assez tôt.

Ce taux diminue avec le nombre d'enfants vivants : 34,4% pour les femmes ayant quatre enfants et plus.

Il n'y a que 7 femmes nullipares sur 125 qui pratiquent les contraceptions, soit 5,6%.

15. Répartition des méthodes selon le nombre d'enfants vivants

Pour les nullipares, elles préfèrent surtout les méthodes faciles et réversibles comme CI et CO : 4% pour les CI et 1,6% pour les CO. Aucune nullipare ne pratique le DIU et les méthodes barrières car le DIU est contre-indiqué chez la nullipare.

Ce résultat montre l'insuffisance d'IEC pour convaincre les femmes nullipares à pratiquer la méthode barrière surtout sur son efficacité concernant les IST/SIDA.

Pour celles ayant 1 à 3 enfants vivants, elles pratiquent en premier lieu le CI : 69 sur 125 soit 55,2% ; puis les CO : 4% et enfin le DIU : 0,8%.

Pour celles ayant 4 enfants et plus : 29,6% pratiquent les CI et 2,4% pratiquent les CO et le DIU.

Les contraceptifs injectables viennent toujours au premier lieu aussi bien pour les nullipares que pour les multipares.

Les femmes nullipares ou ayant peu d'enfants (≤ 4) s'intéressent surtout aux CI ou CO tandis que celles ayant beaucoup d'enfants (> 4), préfèrent surtout le DIU.

16. Répartition des utilisatrices selon le suivi et contrôle

91% des utilisatrices ont toléré les méthodes contraceptives qu'elles ont choisies ; 3,2% des femmes ont arrêté pour désir de grossesse et trois femmes ont abandonné pour diverses raisons : soit pour le désir d'une nouvelle grossesse, soit à cause de l'intolérance des effets secondaires, soit à cause de l'oubli du prochain rendez-vous ou l'oubli d'une ou plusieurs prises.

Ces abandons posent un grand problème ou obstacle pour l'accès des autres clientes au service PF car elles constituent les sources de rumeurs, surtout sur la diffusion des effets secondaires.

27 clientes ont changé de méthodes. La raison est la rupture de stock au SSD Fianarantsoa II.

17. Répartition des méthodes selon le suivi et contrôle

Pour les CI, 61,6% ont bien toléré cette méthode ; 4 femmes ont arrêté, soit 3,2% pour le désir de grossesse ; 3 femmes sont perdues de vues, c'est-à-dire ont abandonné et 27 femmes ont changé de méthodes à cause de la rupture de CI au SSD Fianarantsoa II. Heureusement il y a diverses méthodes disponibles dans ce centre de PF pour remplacer les méthodes abandonnées.

Pour les CO et le DIU, elles ont tous bien toléré les méthodes qu'elles ont choisies.

Dans l'ensemble, la plupart des utilisatrices sont satisfaites du planning familial et ont bien toléré les méthodes choisies.

QUATRIEME PARTIE

Suggestions

Madagascar est un pays sous-développé et pauvre. Or sa population ne cesse d'augmenter et la multi-gestation est un fait courant chez les Malagasy.

Malgré la politique du Ministère de la Santé et du Planning Familial concernant le PF, la protection contre les IST/SIDA et la lutte contre la malnutrition, il y a encore des problèmes d'explosion démographique et de pauvreté à Madagascar.

D'après cette étude, on a remarqué qu'au Centre de Planification Familiale au CSB II d'Alakamisy Ambohimaha, les taux d'accouchement ne cessent d'augmenter et en plus on remarque divers problèmes concernant l'utilisation de PF. Nous avons essayé de proposer quelques suggestions pour pouvoir contribuer à la résolution de ces problèmes.

1. Les autres méthodes sont moins utilisées par rapport aux contraceptifs injectables surtout pour la méthode barrière

Il faudrait donc :

- Renforcer l'IEC « Information Education Communication » des clientes, des groupements féminins, des futures mères, des mères de famille sur la disponibilité, le mode d'emploi, le mode d'action, l'efficacité, les avantages et les indications des différentes méthodes contraceptives qui existent dans le centre de PF.
- Faire l'éducation sanitaire de tous ceux qui ont fréquenté le CSB II d'Alakamisy Ambohimaha, quels que soient les motifs de leur arrivée : lors des conférences, des consultations pré et post-natales, des séances de vaccinations, des consultations externes et des séjours hospitaliers.
- Faire surtout l'éducation sexuelle des jeunes et des adolescents. Cette éducation sexuelle doit faire partie du programme scolaire.

A l'école, il faut déjà dispenser des explications claires, concises, relatives à la contraception en insistant surtout sur la protection contre les IST/SIDA.

A la maison, les parents doivent approcher leurs enfants en leur fournissant des éducations sexuelles et discuter avec eux concernant l'avenir des jeunes face aux différents problèmes.

- Publier les différentes méthodes contraceptives par tous les systèmes d'information publique comme les affiches, les dépliants, les livres et

revues, les journaux, la radio, la télévision, les spectacles théâtraux et cinématographiques. Il faut surtout attirer les récepteurs en changeant plusieurs fois les modes de publication pour que ces derniers ne soient pas dégoûtés.

- Avoir des personnels de santé compétents non seulement au niveau de la pratique (savoir faire) mais aussi pour la vulgarisation des différentes méthodes contraceptives.
- Lutter contre les rumeurs sur les méthodes contraceptives en faisant témoigner les clientes convaincues sur l'efficacité des méthodes.

2. Le niveau intellectuel des acceptantes joue un grand rôle dans la prise de décision et influe sur la précocité de la fécondité et l'utilisation de la contraception

Il faudrait donc :

- scolariser les jeunes filles et parfaire leur éducation sexuelle.
- informer les femmes sur les avantages apportés par les contraceptions : elles peuvent mener une vie meilleure pour elles-mêmes, pour leur famille et pour leur entourage et même pour leur patrie. En plus, de bons conseils entraînent généralement une augmentation du taux d'emploi.

3. L'assiduité des clientes varie suivant les différentes périodes de l'année.

Il faudrait donc :

- Installer des centres de planification dans chaque quartier pour ne pas diminuer l'assiduité des clientes dû à l'éloignement du centre.
- Créer un milieu de travail pour les femmes avec les conditions favorables de leur épanouissement total en tant que mère et sur le plan matériel. Plus les femmes qui travaillent, plus elles ont des situations socio-économiques favorables plus elles peuvent améliorer les ressources financières de leur foyer et participer à la vie économique.

Ce travail les incite aussi à pratiquer les contraceptifs qui facilitent leur vie.

4. Les taux de sensibilisation par la radio, la TV et le journal sont insuffisants car la plupart des foyers dans le milieu rural n'ont pas de poste radio, 38% des ménages seulement, dans l'ensemble du pays le possèdent (38).

Il faut donc sensibiliser les peuples du milieu rural sur l'efficacité de la contraception et sur la santé reproductive en utilisant des groupes de jeunes éducateurs, des autres systèmes d'information publique comme les spectacles théâtraux et cinématographiques dans chaque quartier et plusieurs fois dans toute l'année.

5. Aucune utilisatrice fréquentant ce CSB II d'Alakamisy Ambohimaha ne pratique la méthode BAR durant l'année 2004, surtout les femmes vivant seules ou nullipares, c'est-à-dire elles sont moins informées sur l'importance de la méthode barrière, surtout sur la prévention des IST/SIDA.

Il faudra donc :

- Sensibiliser les clientes non seulement à planifier leur famille ou leur vie mais aussi à se protéger contre les différentes maladies sexuellement transmissibles surtout le SIDA, sans oublier les 3 règles de la prévention de ces IST/SIDA :

Premièrement : pour les jeunes et adolescents, ne pas se précipiter d'avoir des relations sexuelles avant le mariage.

Deuxièmement : fidélité pour les couples.

Troisièmement : l'utilisation des préservatifs.

- Le responsable de PF ou tous les personnels de santé doivent donc insister auprès des jeunes, des adolescents, des femmes vivant seules à pratiquer la méthode barrière à raison de sa double action.

6. L'effectif des utilisatrices diminue en fonction du nombre d'enfants. Il faudrait donc sensibiliser surtout les femmes ayant beaucoup d'enfants à pratiquer les contraceptions pour limiter les naissances car la pauvreté et la prolifération sont des

notions inséparables. En plus les femmes multipares et plus âgées (> 35 ans) sont à risque pour la grossesse.

7. 3 femmes ayant abandonné et 27 femmes ayant changé de méthodes.

Donc il faudrait :

- Améliorer la qualité de service de PF en respectant les dix droits des clients selon la Fédération Internationale pour le PF :

1^{er} Information : sur les avantages de la contraception et de la disponibilité des services.

2^{ème} Accès : bénéficier des services sans distinction de sexe, de religion, de race, d'état civil ou de lieu de résidence.

3^{ème} Choix : décider librement de la pratique et du choix de la méthode.

4^{ème} Sécurité : sur l'efficacité et l'innocuité des méthodes offertes.

5^{ème} Intimité : avoir une consultation dans un lieu privé.

6^{ème} Confidentialité : être garant du secret professionnel.

7^{ème} Dignité : être écouté et traité avec respect.

8^{ème} Confort : bénéficier des conditions d'accueil et de service convenables.

9^{ème} Continuité : bénéficier des services et de contraceptifs aussi longtemps que nécessaire.

10^{ème} Opinion : exprimer librement son opinion sur les services dispensés.

Par conséquent, le prestataire de service joue un rôle important concernant la satisfaction des besoins des clients car un service de PF de qualité est un service qui satisfait les besoins et les droits des clients (39) (40) (41).

- Les conseils ont un rôle primordial pour ce qui est d'avertir les clientes des effets secondaires communs, en particulier les irrégularités du cycle menstruel et éventuellement le retour tardif de la fécondité après l'utilisation du produit, surtout pour les CI, la gastralgie pour les CO.
- Assurer les stocks des produits dans le CSB et surtout au SSD pour éviter la rupture.

- Installer des centres de planification dans chaque quartier pour éviter l'éloignement.
- Sensibiliser les couples (femmes et hommes) mais non seulement les femmes pour éviter la réticence du mari et pour que les hommes soient convaincus de l'intérêt de PF.

En effet :

- La contraception, en plus de ses bienfaits sur la taille, sur la satisfaction financière, sur la qualité de la vie de famille, constitue une véritable médecine préventive.
- On peut détecter des pathologies jusque là ignorées par la femme, lors des contrôles réguliers auxquels sont soumis les acceptantes (pathologies générales, pathologies gynéco-obstétricale, etc)
- Le risque thérapeutique encouru par les contraceptifs est incontestablement inférieur à celui auquel reposent un avortement ou une grossesse ou même un accouchement.

CONCLUSION

La contraception ou la régulation des naissances englobe tous les procédés destinés à empêcher la conception de façon temporaire et réversible.

Les femmes veulent mener une vie meilleure pour elles mêmes, pour leur famille et pour leur entourage. Elles veulent faire également de leur mieux leur rôle de mères, d'épouses, de travailleuses et de membres de la communauté. Le Planning Familial peut les aider à répondre à leurs besoins. On contribuera ainsi à augmenter le taux d'utilisation des contraceptifs pour pouvoir abaisser la fertilité, les taux de la mortalité tant infantile que maternelle.

« Les activités du Planning Familial au CSB II d'Alakamisy Ambohimaha en 2004 », tel est l'objet de notre thèse. C'est une étude rétrospective allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2004.

Nous avons retenu 125 nouveaux cas et 468 utilisatrices régulières pour suivi et contrôle durant l'année 2004.

Nous avons constaté que :

- Les contraceptifs les plus utilisés sont les injectables (88,8%). Aucune utilisatrice ne pratique les méthodes barrières.
- En général, la plupart des clientes tolèrent bien et sont satisfaites des méthodes contraceptives qu'elles ont choisies.
- Les principales causes de changement de méthodes sont les ruptures de stock au SSD Fianarantsoa II.
- L'arrêt de quelques utilisatrices est justifié par le désir de grossesse tandis que l'abandon est justifié par le désir d'une nouvelle grossesse, l'influence des rumeurs, l'intolérance des effets secondaires et l'éloignement du site.

En somme, on a remarqué que l'assiduité des acceptantes n'est pas satisfaisante, il faut donc les conscientiser encore plus par un réel effort d'information, éducation et communication.

Tout le monde est concerné par la contraception : les jeunes, les couples, la famille, les adolescents, les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux....

Et les contraceptifs apportent une vie meilleure non seulement pour les femmes mais aussi pour les enfants, la famille et surtout la nation.

Bibliographie

1. Projet « Appui à la planification familiale et lutte contre les MST/SIDA »
2. BARBARA. s. Le Planning familial des vies PRB (POPULATION REFERENCE BUREAU). Troisième Edition, 1996 : 1, 16.
3. ROBER (H) – BETHOUX (A) – HUGUIER (M)
Anatomie chirurgicale des organes génitaux de la femme
Encyclopédie Médico-chirurgicale (Paris), obstétrique, 1975, 10A¹⁰, 1-14
4. Walter K. et Pollak K. Le Conseiller Médical. Edition Stauffacher S.A. Zurich
Lausanne Paris Bruxelles Francfort Innsbruck. 1965:57
5. Module d'Auto apprentissage assister sur le Planning Familial.
MAG. 97/008.
6. LEGRAIN G, DELVOYE P., RASOLOFOMANANA RANJALAHY J. La santé de la reproduction pratique et opérationnelle. Madagascar : COQUELIN B. , 2001 : 34, 39, 48, 68 - 69
7. Aguillar I. Femme et mère. Editions vie et santé. 77.190 Dammarie les Lys, France, 9^{ème} éditions, 1984 : 13,31, 62, 88, 374, 400, 401.
8. Laboratoire Wyeth France. Les différentes méthodes de contraceptions. 117, Rue Château des Pentiers, 75 013 Paris, 1999 : 5, 7, 15, 19, 21.
9. BERCOVICI (J.P) – VALCKE(J.CL.).Physiologie ovarienne.Encyclopédie Médico-Chirurgicale, (Paris) Gynécologie, 1973, 30A¹⁰, 1-14
10. LEGRAIN(G) – DELVOYE(P) La Planification Familiale (Pratique et Opérationnelle) Fonds des Nations Unies pour la Population. HATIER (Paris) 1994, 57-60
11. BAIRD (DT), GLASIER (AF) Normal Contraception New Engl. J. Med. 1993 ; 328 : 1543-1549
12. RASOAMAMPIONONA H.T. Les contraceptifs injectables du Centre de Santé de Base II de Mahamasina en 2001 Thèse Med. Mahajanga 2003. 51. 746
13. RAKOTO M.D La Planification Familiale dans la Fivondronampokotany d'ARIVONIMAMO
Thèse Med – Antananarivo 1999 : 11, 13, 15, 16, 72.
14. OMS. Santé et Planification Mondiale – Recueil de texte publié sous la garde du bureau régional de l'OMS pour l'Europe de centre international de l'enfance. Genève, 1978 : 2, 3
15. Population Reports Reproduction : choix qui ouvrent des possibilités aux femmes
Série M.N°12 1994 :p 1-4

16. ROZENBAUM (4). Régulation des naissances. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris), Gynécologie, 1974, 738A¹⁰, 1-20
17. RAHMAN (R.G) Morning after birth control
Lancet 1995 ; 346 (8969) : 252
18. FREMY (D.M). La contraception in Guid pour tous
Edition Robert Laffont, 1991, 1378, 1379
19. MARIA HOUSSENBAY. Réflexion sur contraception injectable au Service de la Planification Familiale du CHU de MAHAJANGA.
Thèse Med –MAHAJANGA 1998 : 3, 4
20. RABENANDRASANA M.A.Réflexions sur la contraception orale au service de PF du CHU de Mahajanga 1992 à 1996.
Thèse Med. Mahajanga 1998. 51. 331.
21. ANDRIAMAMONJY H.J.Les activités de Planning Familial dans le centre de Santé de Base Niveau II d'Ambalavao Tsienimparihy 2000 – 2001.
Thèse Med. Antananarivo, 2002
22. DELVOYE (P). Pour une utilisation rationnelle des méthodes contraceptives, l'exemple des contraceptif oraux
23. DOURLLEN – ROLLIER (A.M) « La Planification familiale et la loi »
Santé du monde 1989, 7.
24. THOMAS (DB). Oral contraceptives and breast cancer a review of the epidemiology literature. Contraception 1991 ; 43 : 695 - 710.
25. Simon P. Précis de contraception. Boulevard Saint Germain Paris : Masson et Cie, 6^{ème} édition, 1968 : 10, 88.
26. Family Health International. Série de mise à jour de la technologie contraceptive : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA). Août 1995.
27. HATCHER R.A, RINEHART W., Black Burn R., GELLERS J.S., SHELTON J.O. Eléments de la technologie de la contraception. Manuel à l'intention du Personnel clinique. Programme d'information sur la population de l'Université John Hopkins : Population reports, 16^{ème} édition, Octobre 2000 : 5-3, 9-3, 15-3
28. Bulletin médical de l'IPPF. Déclaration de l'IMAP sur la contraception d'urgence. Déclaration mise au point par le groupe consultatif médical international de l'IPPF (IMAP), 1994.
29. LAFFARGUE (F) – CASANOVA (P) – SERMENT (H). Anatomie Embryologie et histologie de l'ovaire.Encyclopédie médico-Chirurgicale Glandes endocrines.

Editions Techniques P1-10. Paris 10026A¹⁰, 1975

30. Projet Appropop – PF. Planification familiale intégrée – 1997.
31. ALVAREZ F. et al : New Insights on the Mode of action of intrauterine contraceptive Devices in Women, Fertility and sterility 1988 : 49 (5) : 768-773.
32. ORTIZ ME, Croxatto HB : the mode of action of IUD s. Contraception : 1987 : 36 (1) : 37-53.
33. Segal SS et al : absence of chronic Gonadotropin in sera of Women who use intrauterine Devices Fertility and sterility. 1985 : 11 (2) : 2112.
34. Edmands E.M et al : Glossaire de Termes de Planification Familiale/Glossary of Family Planning Terms. Chapel Hill, NC, INTRAH, 1987.
35. OMS – FNUAP MIN-SAN. Projet MAG 90/P.01, Mai – Juin 1980
36. OMS, Bureau Régional de l’Afrique. SANTE DE LA REPRODUCTION. Planification familiale. Dossier d’information sanitaire de la région Africaine de l’OMS, 1999.
37. RATINAVOLONA H. Evaluations des différentes méthodes contraceptives utilisées dans le secteur Médicale. Dispensaire urbain d’Anosipatrana du mois d’Octobre 1992 au mois de Décembre 1994.
Thèse Med. Antananarivo, 1996 : 11, 21
38. DHS (Démographique and Health Surveys). Enquête Démographique et de Santé, Rapport de Synthèse Madagascar : INSTAT, 1987 : 4, 6.
39. IPPF : International Planed Parenthood Federation. Les droits du client.
40. Dwyer J. Lynam P. et collaborateurs COPE N°1.
Fev technique d’auto- évaluation pour améliorer les services de PP
Document WAVSC 94.
41. Judith B. Elément Fondamentaux de la qualité de soins. Travaux et document n°1, Juin 90.

ANNEXE I

FICHE DE CONSULTATION DE PLANIFICATION FAMILIALE

Ministère de la Santé

A Lieu de prestation de service	
1. Faritany	2. SSD
3. Formation Sanitaire	
4. Date 1 ^{ère} consultation	

B. Identification de l'Utilisateur	
1. N° d'enregistrement	2. Année
3. Nom	
4. Prénom	
5. Date de naissance	6. Age: <18ans > 35ans
7. Niveau d'Instruction	<input type="checkbox"/> Illettré <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Universitaire
8. Adresse: (Préciser Fokontany, Firaiana)	
9. Temps mis pour venir en consultation	
10. Etat matrimonial	<input type="checkbox"/> vit en couple <input type="checkbox"/> vit seul
11. Niveau d'instruction conjoint	<input type="checkbox"/> Illettré <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Universitaire
12. Nombre d'enfant vivant actuellement	
13. Date naissance dernier ou âge	
14. Date de naissance avant dernier-né ou âge	
15. Motif d'adhésion à la planification familiale: <input type="checkbox"/> Espacement <input type="checkbox"/> Limitation	
16. Source d'information sur la PF: <input type="checkbox"/> Radio TV/Journal <input type="checkbox"/> Brochure/Affiche <input type="checkbox"/> Personnel de la santé <input type="checkbox"/> Agent communautaire <input type="checkbox"/> Famille / Amis	

C. Contraceptions antérieures		
1. Méthodes déjà suivies	2. Période	3. Raisons d'arrêt

ANNEXE II

D. Suivi							
Date	Date de DR	Examen Clinique** Résultats	Effets Secondaires à préciser	Méthode prescrite et quantité	Raison de Changement de Méthode	Nom du Prestataire	Date RV

**INSTRUCTION : COC,PP,CI,NOR:

A chaque visite : TA, Poids

Une fois par an : TV plus spéculum, examen seins

A chaque visite : Conjonctives, TV plus spéculum

DIU:

ANNEXE III

RAPPORT D'ACTIVITES DE PLANIFICATION FAMILIALE Ministère de la Santé

1. Formation Sanitaire:		
2. District Sanitaire:		4. Année:
3. Région:		5. Trimestre:

Méthodes	A	B	C	D	E	F	G
	Nouveaux Utilisateurs	Perdus de vue	Utilisateurs Réguliers	Quantité Reçue	Quantité Consommée	Reste	No. Mois de Stock (F/E3)
1. Microgynon (cycle)							
2. Lo-femenal (cycle)							
3. Microlut (cycle)							
4. Ovrette (cycle)							
5. Noristerat (dose)							
6. Depo-Provera (dose)							
7. DIU (unité)							
8. Concéprol (unité)							
9. Condom (unité)							
10. Norplant							
11. Vasectomie							
12. Mini-Lap							
13. PFN							
14. Total							

1. Nombre de séances d'IEC de groupe en Planification Familiale:

2. Remarques (continuer au verso):

3. Recettes pour la période:

4. Fait par / Date

Venant de:

Date

No.

VELIRANO

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

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy 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 an-tranon'olona aho, dia tsy hahita izay zava- miseho ao ny masoko ka tanako ho ahy samy irery ireo tsiambaratelo naboraka amiko , ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoa fady 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.

Hohajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorotoroina aza , ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalàko ho enti-manohitra ny lalan'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

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

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

Horakotra henatra sy hoharabian'ireo mpitsabo namako kosa anie aho raha mivadika amin'izany.

Nom et Prénoms : RAMINOARINARIVO Nivo Hanitra Lalaina

Titre de la thèse : « Les Activités du Planning Familial au Centre de Santé de Base Niveau II d'Alakamisy Ambohimaha en 2004 »

Rubrique : Santé Publique

Nombre de pages : 70 **Nombre d'Annexes :** 03 **Nombre de tableaux :** 20

Nombre de schémas : 08 **Nombre de graphes :** 17

Bibliographie : 41

RESUME

La constatation de l'élévation du taux d'accroissement de la proportion de la province de Fianarantsoa et la faible adhésion des femmes à la planification familiale dans cette province nous incite à réaliser ce travail. Notre thèse a pour but d'augmenter le taux d'utilisation de la planification familiale non seulement dans la région où on a fait l'étude mais aussi dans toute l'île pour pouvoir aider les femmes à participer au développement économique de son foyer, de son pays et de notre patrie.

C'est une étude rétrospective allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2004, axée sur l'évaluation des activités du planning familial dans le Centre de Santé de Base niveau II d'Alakamisy Ambohimaha.

Comme résultats : 125 nouvelles utilisatrices répondent à nos critères de sélection, les contraceptifs injectables sont les plus utilisés et aucune utilisatrice ne pratique les méthodes barrières, 91 ont une bonne tolérance aux moyens contraceptifs, les principales causes de changement de méthodes sont les ruptures le stock au niveau supérieur et l'abandon est justifié par le désir d'une nouvelle grossesse, l'influence des rumeurs, et l'intolérance des effets secondaires et l'éloignement du site.

Face à ces résultats, nous avons proposé quelques suggestions dominées par les informations du public, l'assurance des stocks des produits dans le CSB et surtout au niveau supérieur et la multiplication des sites de PF pour avoir des bons rendements.

Mots clés : activités, planning familial, contraception, information, Alakamisy Ambohimaha

Directeur de thèse : Professeur ANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA Nantenaina Soa

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

Adresse de l'auteur : Lot IVK 40 Ankazobe Ankidona Fianarantsoa 301

Name and First names: RAMINOARINARIVO Nivo Hanitra Lalaina

Title of the thesis: "The Activities of the Family planning in the center of Health of Basis level II of Ambohimaha Alakamisy in 2004"

Category: Public health **Number of pages:** 70 **Number appendices:** 03 **Number pictures:** 20

Number of diagrams: 08 number graphs: 17 **Bibliography:** 41

SUMMARY

The observation of the elevation of the rate of growth of the proportion of the province of Fianarantsoa and the weak adherence of the women to the domestic scheduling in this province incite us to achieve this work. Our thesis has for goal to increase the rate of use of the domestic scheduling not only in the region where one made the survey but also in all the island to be able to help the women to participate in the development economic of his/her/its home, his/her/its country and our homeland.

It is a retrospective survey going from January 1st to December 31, 2004, centered on the assessment of the family planning activities in the Center of Basis Health II level of Ambohimaha Alakamisy.

As results: 125 new users answer our criteria of selection, the injectable contraceptives are the more used and no user practices the methods gates, 91 have a good tolerance to the contraceptive means, the main reasons of change of methods are the ruptures the stock to the superior level and the abandonment is justified by the desire of a new pregnancy, the influence of the remorse, and the intolerance of the secondary effects and the remoteness of the site.

Facing these results, we proposed some suggestions dominated by the information of the public, the insurance of the stocks of the products in the CSB and especially to the superior level and the multiplication of the sites of PF to have some good outputs.

Key words: activities, family planning, contraception, information, Alakamisy Ambohimaha,

Director of thesis: Professor ANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA Nantenaina Soa

Reporter of thesis: Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal

Address of the author: Lot IVK 40 Ankazobe Ankidonas Fianarantsoa 301