

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

I- Anatomie physiologique 1

I.1- Anatomie.....	1
I.2- Physiologie du cycle menstruel.....	4

II- Rappels sur la planification familiale 6

II.1- Définition.....	6
II.2- Avantage et bienfait de la planification familiale.....	6
II.3- Les différentes méthodes contraceptives.....	6
III- Généralités sur le dispositif intra-utérin.....	14
III.1- Définition.....	14
III.2- Historique.....	14
III.3- Types de DIU.....	15
III.4- Mécanismes d'action.....	15
III.5- Les indications – les groupes cibles.....	18
III.6- Les contre-indications.....	18
III.7- Les critères de qualité.....	20
III.8- Pose de stérilet et retrait.....	20
III.9- Incidents, complications et échecs.....	25
III.10- Surveillance.....	27
III.11- Le stérilet du lendemain.....	27

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I- Objectif.....	29
II- Cadre de l'étude.....	29
II.1- Description du cadre topographique du Centre Hospitalier Universitaire de Befelatanana.....	30
II.2- Organisation du Service.....	31

III- Méthodologie.....	32
------------------------	----

III.1- Méthode d 'étude

III.2- Matériels d'étude.....	33
-------------------------------	----

IV- Résultats.....	33
--------------------	----

IV.1- Résultat global.....	33
----------------------------	----

IV.2- Profil épidémiologie.....	36
---------------------------------	----

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

I- Commentaires.....	50
----------------------	----

I.1- Habitudes du service.....	50
--------------------------------	----

I.2- Profil épidémiologique.....	52
----------------------------------	----

II- Suggestions.....	55
----------------------	----

II.1- Communication sur le changement de comportement des Utilisatrices.....	55
--	----

II.2- Formation et recyclage périodique du personnel de santé.....	56
--	----

Conclusion.....	57
-----------------	----

Bibliographie

LISTE DES SCHEMAS

Page

Schéma n°1	Organes génitaux internes de la femme	2
Schéma n°2	Dynamique du cycle menstruel	5
Schéma n°3	Les différents types de stérilets	10
Schéma n°4	Mécanisme d'action du stérilet	17
Schéma n°5	Matériel de base pour l'insertion d'un DIU	23
Schéma n°6	Différents temps de pose d'un stérilet	24

LISTE DES FIGURES

Page

Figure n°1	:.....Répartition annuelle des utilisatrices	34
Figure n°2	:.....Effectif des utilisatrices des méthodes contraceptives de longue durée.....	35
Figure n°3	:.....Age des utilisatrices	36
Figure n°4	:.....Le nombre des enfants vivants des clientes	37
Figure n°5	:.....Etat matrimonial des utilisatrices	38
Figure n°6	:.....Profession des utilisatrices	39
Figure n°7	:.....Profession du conjoint des clientes	40
Figure n°8	:.....Niveau d'étude des acceptantes	41
Figure n°9	:.....Résidence des utilisatrices	42
Figure n°10	:.....Motifs d'adhésion des acceptantes	43
Figure n°11	:.....Source d'information des clientes	44
Figure n°12	:.....Régularité de visite des acceptantes	45

Figure n°13	:..... Suivi des clientes	46
Figure n°14	:..... Effets de rencontre par les clientes	47
Figure n°15	:..... Effets secondaires rencontrés par les clients	48
Figure n°16	:..... Retrait du stérilet des acceptantes	49

LISTE DES TABLEAUX

Page

Tableau n°1.....: Les différents types de méthodes contraceptives	11
Tableau n°2. : Taux d'échec de différentes méthodes contraceptives	13
Tableau n°3..... : Les contre-indications au stérilet	19
Tableau n°4..... : Cadre topographique du CHUA Maternité de Befelatanana	30
Tableau n°5..... : Effectif du Personnel de Santé au CHUA Maternité de Befelatanana	31
Tableau n°6.....: Répartition des activités des services	31
Tableau n°7.....: Nombre d'utilisatrices	34
Tableau n°8..... : Les différentes méthodes contraceptives au CHUA Maternité de Befelatanana	35
Tableau n°9..... : Répartition selon l'âge	36
Tableau n°10..... : Répartition selon le nombre d'enfants vivants	37
Tableau n°11..... : Répartition selon la situation matrimoniale	38
Tableau n°12..... : Répartition selon la profession	39

Tableau n°13..... : Répartition selon la profession du conjoint	40
Tableau n°14.. : Répartition des acceptantes selon le niveau scolaire	41
Tableau n°15..... : Répartition selon la résidence des clientes	42
Tableau n°16..... : Répartition selon les motifs d'adhésion	43
Tableau n°17..... : Répartition selon les sources d'information	44
Tableau n°18..... : Répartition selon la régularité des visites	45
Tableau n°19..... : Répartition des acceptantes selon le suivi	46
Tableau n°20.. : Répartition des causes de changement et d'abandon	47
Tableau n°21..... : Répartition des utilisatrices selon les effets secondaires rencontrés.....	48
Tableau n°22..... : Répartition des clientes selon le retrait	49

LISTE DES SIGNES ET ABREVIATIONS

AMIU : *Aspiration manuelle intra-utérine*

CHUA : Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo

CI : Contraceptif injectable

DIU : *Dispositif intra-utérin*

IST : Infection sexuellement transmissible

PF : Planification familiale

INTRODUCTION

La planification familiale est un phénomène de notre société. Elle concerne beaucoup de gens et ne peut laisser personne indifférent. Voilà un quart de siècle que la contraception moderne bouleversait les habitudes, les mesures de nos contemporains. Cependant la contraception a existé de tout temps, les moyens employés se modernisant au fil des siècles, modernisation dans leur conception, leur efficacité (1).

La contraception intra-utérine est connue depuis longtemps. Il y a plus de 50 ans que Grafeuberg plaçait dans l'utérus un fil à soie ou un fil d'argent.

Tombée en désuétude à la suite de nombreux accidents infectieux la contraception intra utérine n'a été vraiment largement utilisée que depuis une vingtaine d'années lorsque fut synthétisé le polyéthylène, matière plastique biologiquement inerte et indéformable (2).

Les dispositifs intra-utérins plus communément appelés stérilets sont un moyen intéressant de contraception. Si ce mode anticonceptionnel paraît très séduisant par l'absence de contrainte qui s'y trouve attachée, il semble moins efficace que la contraception orale et nécessite une rigueur d'indication et de technique de pose pour éviter tout accident en incident fâcheux. (3).

Les stérilets sont souvent rejetés ou mal tolérés ou générateurs d'infection endométriale ou annexielles de perforation et de GEU. Ils sont souvent responsables de salpingites importantes avec pelvipéritonite. Aussi laissent-ils souvent derrière eux une stérilité définitive.

Les inconvénients peuvent être résumés ainsi :

- rejetés près d'une fois sur 5
- métrorragie, douleur une fois sur 3,
- complications graves et stérilité définitive une fois sur 4.

Les avantages priment sur les inconvénients. C'est une méthode très efficace ne demandant pas si effort de mémoire. C'est une méthode de contraception très commode, une fois posée, on n'a plus à s'en préoccuper. Le retour à la fécondité est rapide et le rythme de suivi est espacé. La pose dure quelques minutes et est quasi indolore.

Une étude sur la contraception intra utérine a été effectuée au CHU maternité de Befelatanana dans le but de promouvoir cette méthode contraceptive moderne.

Ce travail comporte 3 parties :

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

Une conclusion générale clôturera l'étude.

I- ANATOMOPHYSIOLOGIE

I.1- Anatomie

a) L'utérus (4)

Il est destiné à contenir l'œuf fécondé et le fœtus pendant son évolution.

Il est situé dans la vessie se trouve en avant et le rectum en arrière.

Le péritoine le recouvre dans sa partie supérieure.

Il a forme d'une poire ou d'un avocat et mesure environ 7 cm de long.

Le corps utérin est un muscle solide dans lequel s'abouchent les 2 trompes.

Il est de forme triangulaire.

L'isthme est situé à l'union du corps et du col.

L'étranglement qui la marque est accentuée sur la face antérieure et sur les faces latérales.

Le col est la partie inférieure à l'utérus. Il est plus étroit s'insère sur le vagin dans lequel il fait saillie et s'ouvre par un orifice.

L'utérus est le plus souvent antéfléchi et en antéversion. Des ligaments solides le maintiennent en place et les artères utérines lui assurent son irrigation. Ces artères passent l'ont près de l'utérus de part et d'autre des ligaments larges.

b) Les ovaires (5)

De consistance ferme, les ovaires ont une couleur blanc rose. Au nombre de 2 ils ont un double rôle : leur glande à sécrétion interne assure l'imprégnation hormonale en progestérone et en œstrogènes, la glande à sécrétion externe produit un ovule chaque mois chez la femme en période d'activité génitale.

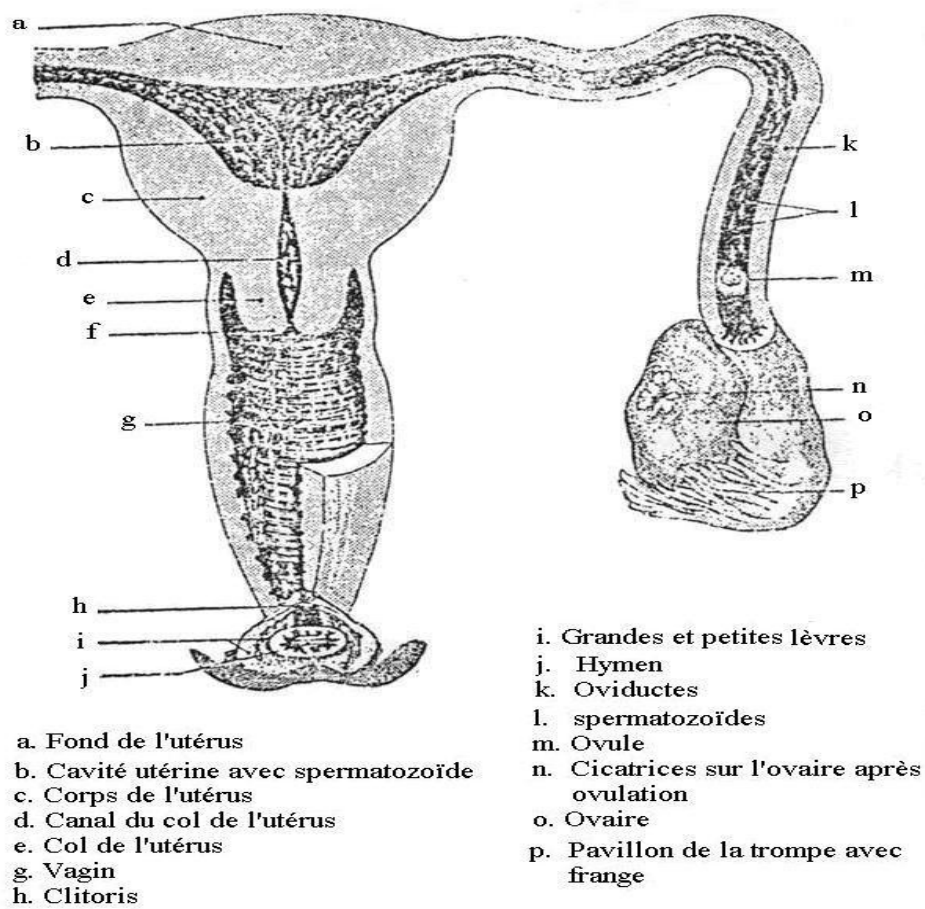


Schéma n°1 : Organes génitaux internes de la femmes (7)

Schéma n°1 : Organes génitaux utérus de la femme (7)

c) Les trompes de Fallope (6)

Les 2 ovaires sont situés dans la cavité pelvienne et reliés à l'utérus par les trompes. Celles-ci vont de l'ovaire à l'utérus. La partie proche de l'ovaire ou pavillon est composée de franges qui coiffent l'ovaire et peuvent donc recevoir l'ovule formé par celui-ci. L'ampoule assez large faite suite pour une partie rétrécie ou isthme qui s'abouche dans l'utérus.

d) Le vagin (7)

Il s'étend du col de l'utérus à la vulve. Il sert aux rapports sexuels et aussi de passage lors de l'accouchement.

Il est situé en avant du rectum, en arrière de la vessie et de l'urètre. Il est aplati de l'avant vers l'arrière. La partie supérieure se fixe au col de l'utérus en formant des culs de sacs antérieurs postérieurs et latéraux.

e) La vulve (8) (9)

C'est l'ensemble des organes génitaux de la femme. Il s'agit d'une fente médiane ou repli à la peau. Cette fente porte le nom de grandes lèvres.

La partie extérieure et supérieure est recouverte de poils pubiens. Ces poils sont le témoin d'une bonne imprégnation hormonale.

La partie antérieure des grandes lèvres est appelée mont de Vénus et la partie postérieure porte le nom de fourchette qui est très proche de l'anus.

Un second repli plus mince formé de muqueuse porte le nom de petites lèvres.

À la partie antérieure des petites lèvres se trouve le clitoris qui se gonfle au moment de l'excitation sexuelle, le clitoris lui-même est couvert d'un capuchon.

À l'extérieur des petites lèvres se trouve vers l'avant l'orifice de l'urètre avec de part et d'autre de petites glandes de Skène qui peuvent s'infecter.

En arrière de l'urètre s'ouvre le vagin qui est délimité par une membrane l'hymen. Cette membrane se déchire lors des premiers rapports sexuels et disparaît presque complètement lors de l'accouchement.

De part et d'autre de l'orifice du vagin se trouvent des orifices des glandes de Bartholin. Elles peuvent s'infecter et provoquer des abcès ou des douleurs.

I.2- Physiologie du cycle menstruel (10) (11)

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

Dans les ovaires la maturation folliculaire aboutit à l'ovulation libération d'un gamète unique et apte à être fécondé. Elle se produit vers le milieu du cycle et précède les règles suivantes a 14 jours.

Les stéroïdes sécrétés par le follicule puis le corps jaune agissent à 2 étages :

-appareil génital : ils le préparent à assurer la nidation puis le développement du produit de conception éventuel,

-axe hypothalamo hypophysaire : ils participent au contrôle de leur propre libération en modulant la sécrétion des hormones gonadotropes. En l'absence de fécondation la menstruation se produit et un nouveau cycle recommence.

En résumé, le cycle menstruel se déroule en plusieurs phases :

-une phase folliculinaire qui comprend :

- la période des règles : du 1^{er} au 4^{ème} jour,
- une phase folliculinaire moyenne du 4^{ème} au 12^{ème} jour,
- une phase préovulatoire du 12^{ème} au 14^{ème} jour,

-une phase ovulatoire au 14^{ème} jour,

-une phase progestative avec :

- une phase folliculo-lutéique moyenne du 14^{ème} au 17^{ème} jour,
- une phase prémenstruelle du 17^{ème} au 28^{ème} jour,

-une phase menstruelle

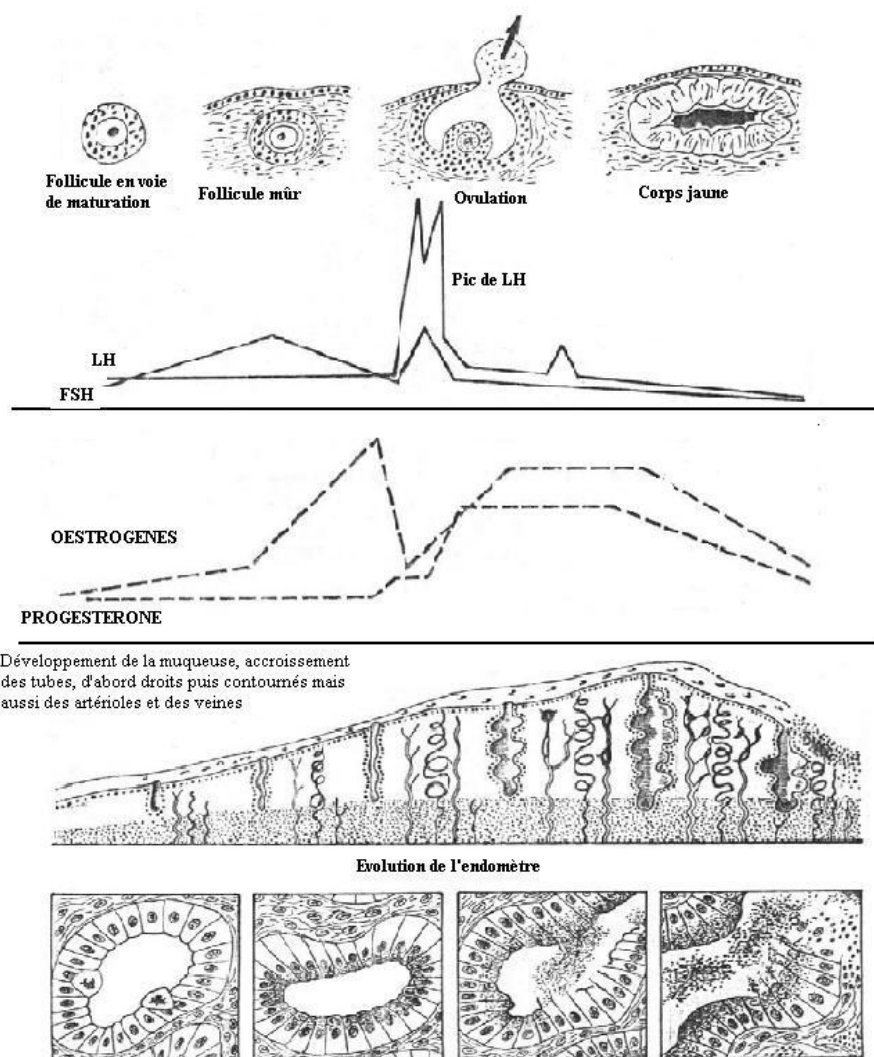


Schéma n°2 : Dynamique du cycle menstruel (10)

Schéma n°2 : Dynamique du cycle menstruel (10)

II- RAPPELS SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

II.1. Définition (12)

La planification familiale peut être définie comme un ensemble de moyens et de techniques permettant :

- d'éviter des grossesses non désirées,
- de décider du nombre d'enfants désirés,
- d'assurer un espacement convenable entre les naissances,
- de programmer les naissances au meilleur moment quant à l'âge de la mère,
 - éviter les grossesses avant 20 ans d'après 35 ans,
 - ou réduire le nombre de grossesses avant 20 ans et après 35 ans.

II.2. Les avantages et les bienfaits de la planification familiale (13)

- réduit le nombre de grossesses à risque,
- protège les femmes des grossesses non désirées,
- diminue les décès et les maladies chez les femmes et les enfants,
- permet aux hommes de subvenir aux besoins de leur famille,
- présente des avantages socio-économiques.

II.3. Les différentes méthodes contraceptives

La contraception est un moyen de s'opposer à la fécondation. Le caractère temporaire des méthodes suppose que la fécondité est récupérable entièrement et sans altération qualitative ultérieure.

Il existe 3 grands groupes de méthodes contraceptives reposant chacun sur des mécanismes différents :

- les méthodes contraceptives mécaniques empêchant par des procédés physiques ou comportements les spermatozoïdes de rejoindre l'ovule,
- les méthodes contraceptives chimiques sont soit à base de spermicides soit à base d'hormones bloquant l'ovulation,

-les méthodes contraceptions instrumentales utilisant le stérilet inhibitrices à la nidation à l'œuf fécondé dans la muqueuse utérine.

a) Les méthodes contraceptives mécaniques (14) (15)

Le spermatozoïde ne rejoint pas l'ovule :

-soit parce qu'il en est empêché sur son trajet par un dispositif physique :

- par un préservatif masculin ou condom,
- par un diaphragme vaginal nécessitant pour être efficace une mise en place,

-soit parce qu'il n'en pas l'occasion, qu'il s'agisse d'une abstinence périodique ou coït interrompu, techniques purement comportementales.

Dans les 2 cas il est important de déterminer le période de fécondabilité.

La méthode thermique utilise la possibilité de repérer l'ovulation par l'étude de la combe thermique. Bien connue, bien expliquée et régulièrement suivie la méthode thermique apporte les mêmes facilités et la même sécurité que les autres méthodes sans connaître leurs complications.

Ogino est le physiologiste japonais qui avait découvert qu'il n'y avait qu'une seule ovulation par cycle..

Il avait même montré que pour au moins 40% des femmes. Celle-ci était à peu près toujours au 12^{ème} jour du cycle. Ogino avait proposé avec Knauss une méthode de régulation des naissances sur ces constatations et pour ces 40% de femmes seulement.

L'inconvénient majeur de la méthode du calendrier est que la longueur du cycle en cours est imprévisible et qu'elle varie surtout avant l'âge de 20 ans ou à l'approche de la ménopause d'une ou 2 semaines. La méthode utilisant le préservatif masculin est la plus sûre. Elle assure en même temps la prévention des infections sexuellement transmissibles.

La méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est aussi un moyen efficace de contraception.

b) Les méthodes contraceptives chimiques (16) (17) (18)

Deux groupes d'importance inégale les composent :

-les méthodes utilisant des spermicides en gelée ou en ovules qu'il faudra mettre 5 à 10 minutes avant le rapport sexuel et interdire toute irrigation vaginale au moins 12 heures avant et 8 heures après le rapport,

-les méthodes hormonales comprenant :

- les contraceptifs oraux,

Ce sont des comprimés, pris par voie orale contenant des hormones (œstrogéniques et progestatives en proportion variable qui empêchent la survenue et d'une grossesse.

Il existe 3 types :

- les pilules combinées,
- les pilules séquentielles,
- les pilules progestatives.

•Les contraceptifs injectables

Les injectables sont des produits à base de progestatif injectés par voie intramusculaire afin d'assurer une contraception à longue durée. Ils sont composés d'un progestatif seul fortement dosé.

Il existe 2 produits :

- Dépo Provera : 1A = 1ml = 150mg
1 injection IM/2mois
- Noristérat : 1A = 1ml = 200mg
1 injection IM/2mois

•Implants progestatifs sous dermiques. (Norplants)

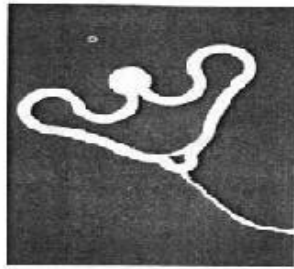
L'implant sous dermique est une méthode de contraception de longue durée (jusqu'à 5 ans), utilisant un progestatif, le pévonorgestrel, diffusé lentement à travers des capsules de silastic placées sous la peau du bras de l'utilisatrice.

Les implants imperméabilisent la glaire cervicale, bloquent occasionnellement l'ovulation et entraînent une légère atrophie de l'endomètre.

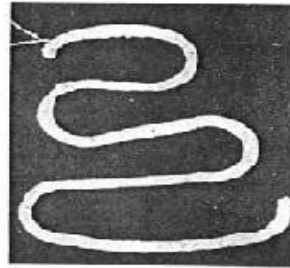
c) Les méthodes contraceptives instrumentales

Elles sont représentées par le stérilet ou dispositif intrautérin (DIU). On sait depuis plus de 2000 ans que la présence d'un corps étranger dans la cavité utérine empêche l'installation d'une gestation.

I. Stérilet interne



a. Stérilet Oméga *

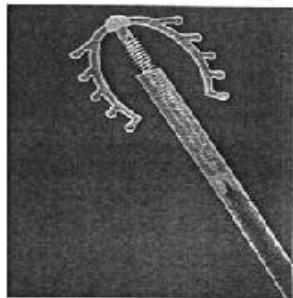


b. Boucle de Lippes *

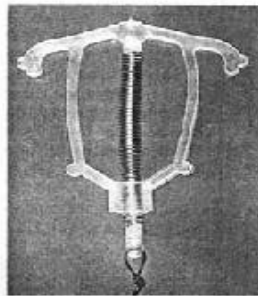


c. Safe T coil *

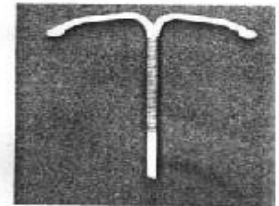
II. Stérilet en cuivre



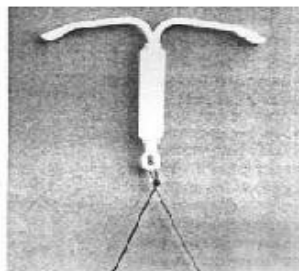
d. ML Cu 250 *



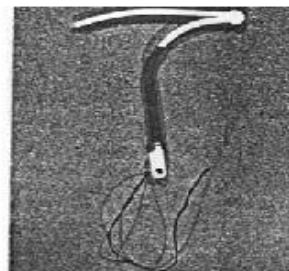
e. Stérilet Ombrelle *



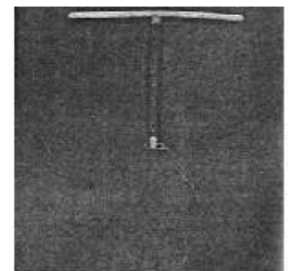
f. Novat



g. Mirena



h. 7 au cuivre *



i. Gyne T 200

Schéma n°3 : Les différents types de stérilets

Schéma n°3 : Les différents types de stérilets

Tableau n°1 : Les différents types de méthodes contraceptives (18)

	MODE D'ACTION	MODE D'EMPLOI ET DUREE D'EFFICACITE	INCONVENIENTS	AVANTAGES	INDICATIONS	CONTRE INDICATIONS
D.I.U	<ul style="list-style-type: none"> - Entrave la mobilité de spermatozoïde - Empêche la fécondité - Modifie le transport des ovulations - Action inflammatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - 5^{ème} jour des règles (10 à 12 ans) - 7^{ème} jour du post abortum - 6 semaines du post partum - R.V : après 6 semaines tous les ans - 7j après l'introduction 	<ul style="list-style-type: none"> - Pose parfois douloureuse - Ne protège pas contre MST/SIDA - Nécessite une personne pour pose - complication 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne gêne pas le rapport sexuel - Pas d'effet hormonal - Rythme de suivi espacé 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitation de naissance - Femme allaitante - Femme ne tolérant pas les méthodes hormonales 	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse - Multipare - Infection génitale - Dysménorrhée - Allergie au calcium - Antécédent de GEU
B.A.R	<ul style="list-style-type: none"> - Tue les spermatozoïdes - Empêche l'introduction des spermatozoïdes dans le vagin 	<ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} jour de règle - 1 cp/j à la même heure - 1 plaquette par mois 	<ul style="list-style-type: none"> - Cas de déchirure de condom - Pas de toilette après rapport sexuel 	<ul style="list-style-type: none"> - Protège contre les MST/SIDA - Pas d'effet hormonal - Moins cher - Facile à utiliser 	<ul style="list-style-type: none"> - Méthode d'appoint - Couple à risque élevé d'être exposé aux MST/SIDA - Les femmes ne tolèrent pas les méthodes hormonales 	<ul style="list-style-type: none"> - Allergie au latex - Allergie aux spermicides (rare)
C.O.C Contraceptif Oro-Continu	<ul style="list-style-type: none"> - Inhibition de l'ovulation - Amincissement de la glaire cervicale 	<ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} jour des règles - injection tous les 2 ou 3 mois DMPA (Dépo) NET-EN (Norestrat) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise régulière, tous les jours - Risque d'oubli - Ne protège pas contre le MST/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminue les problèmes de kyste - Effets contraceptifs immédiats - Moins cher - N'interfère pas le rapport sexuel 	<ul style="list-style-type: none"> - Règles irrégulières abondantes - 7 jours suivant le post-partum - Antécédents de GEU - Kyste de l'ovaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse - HTA > 15/10 - Varices - Tabagisme - Allaitement de bébé moins de 6 mois - Diabète, cancer - ***
C.I	<ul style="list-style-type: none"> - Amincissement de l'endomètre - Epaissement de la glaire cervicale 	<ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} jour de règle - Injection tous les 2 ou 3 mois DMPA (Dépo) NET-EN (Norestrat) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aménorrhée - Prise de poids - Métrorragies - Ne protège pas contre MST/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> - Très efficace - Longue durée - N'altère pas le lait maternel - N'interfère pas le rapport sexuel 	<ul style="list-style-type: none"> - Femme qui ne tolère pas le C.O.C. - Femme allaitant moins de 6 mois 	<ul style="list-style-type: none"> - Adolescentes de moins de 18 ans - Métrorragies - Ictère - Varice - Cancer - Grossesse
PFN			<ul style="list-style-type: none"> - Demande d'une surveillance 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'effets secondaires - Gratuit - Accepté par nombreuses religions 	<ul style="list-style-type: none"> - Femmes ne tolèrent pas les méthodes hormonales - Cycle régulier 	
Méthode d'urgence					<ul style="list-style-type: none"> - Absence de contraception - Viol 	

					- Déchirure de condom	
--	--	--	--	--	-----------------------	--

	MODE D'ACTION	MODE D'EMPLOI ET DUREE D'EFFICACITE	INCONVENIENTS	AVANTAGES	INDICATIONS	CONTRE INDICATIONS
NORPLANT	<ul style="list-style-type: none"> - Inhibition de l'ovulation - Amincissement de l'endomètre - Epaississement de la glaire cervicale 	<ul style="list-style-type: none"> - 5 premiers jours des règles (5ans) - 6 semaines après l'accouchement - après retour des couches 6 tiges S/C du bras gauche S/A 2 bras - R.V. 1 semaine – 1 mois – 3 mois – 6 mois – 1 an 	<ul style="list-style-type: none"> - Chirurgie minime - Troubles des règles - Ne protège pas contre le MST/SIDA - Pose et retrait nécessitant un personnel formé 	<ul style="list-style-type: none"> - Longue durée - Réversible - Très efficace - Retour rapide à la fécondité - N'interfère pas le rapport sexuel - N'altère pas le lait maternel 	<ul style="list-style-type: none"> - Femme qui ne tolère pas le C.O.C. - Femme hésitant à la C.C.V. - Femme voulant une contraception de longue durée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse - Ictère - Varice - Cancer - Métrorragie d'origine inconnue - Anémie sévère - Diabète
P.P Pilule Progestative	<ul style="list-style-type: none"> - Amincissement de l'endomètre - Epaississement de la glaire cervicale 	<ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} jour des règles - 1 comprimé/j à la même heure - efficacité vue le 7^{ème} jour de la prise - 1 plaquette par mois 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque d'oubli - Irrégularité du cycle - Ne supprime pas l'ovulation - N'empêche pas le développement du kyste de l'ovaire - Ne protège pas contre MST/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> - Retour rapide à la fécondité - Atténue la dysménorrhée - Ne diminue pas l'allaitement maternel 	<ul style="list-style-type: none"> - Femme qui ne tolère pas le C.O.C - Femme plus de 18 ans - Femme allaitante moins de 6 mois 	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse - HTA > 15/01 - Varice - Ictère - Métrorragie - Cancer
Examen à chaque consultation	<ul style="list-style-type: none"> - Poids : - TA : - Conjonctives : DIU 	<ul style="list-style-type: none"> - TV - Examen au spéculum (fils visibles) infection - Seins (nodules) 	Faire revenir la cliente en cas de signe d'alerte			
C.C.V	<ul style="list-style-type: none"> - LST : Empêche la rencontre des spermatozoïdes et l'ovule au niveau de la trompe - VASECTOMIE : Supprime la présence des spermatozoïdes dans les spermes 	<ul style="list-style-type: none"> - Définitive - Nombre d'enfants vivants 	<ul style="list-style-type: none"> - Vasectomie - Hématome - Stress - Chirurgie minime - Pas de rapport sexuel qu'après 3 mois d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Contraception définitive - Suivi espacé - Pas d'effet hormonal - N'affecte pas l'orgasme et la libido 	<ul style="list-style-type: none"> - Accord des époux - Limitation de naissance - ≥ 28 ans et le nombre d'E.V 	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse - Nullipare - Adolescent - Tumeur du testicule - Varicocèle

Tableau n°2 : Taux d'échecs des différentes méthodes contraceptives. (19)

Indice de Pearl = nombre de grossesses pour 100 femmes en un an.

Stérilisation féminine ou masculine	0	
Estroprogestatifs combinés	0	
Microprogestatifs continu	0,8 à 2	
Séquentielle	1	
Progestatif discontinu	1	
Stérilets au cuivre	0,5 à 2,6	
Stérilets inertes	1,3 à 4,5	
Diaphragme	2 à 40	
Préservatif masculin	3 à 8	
Spermicides : taux d'échecs	{ théorique	0,4 à 8
	{ pratique	1,75 à 38
Méthode des températures dure	1	
Méthode d'Ogino et température	12	
Méthode d'Ogino Knauss	7 à 38	
Coït interrompu	15 à 20	
Pilule du lendemain	0,4	

III- GENERALITES SUR LE DISPOSITIF INTRAUTERIN

III.1- Définition (19)

Les dispositifs intra-utérins sont des objets de petite taille destinés à être placés à l'intérieur à l'utérus.

En matière plastique et à base de sels de baryum ils sont opaques aux rayons X, donc repérables sur les clichés radiologiques. Pour augmenter leur pouvoir d'action du cuivre et de l'argent ont été ajoutés.

III.2- Historique (20) (21) (22)

Le stérilet est un moyen contraceptif dont le principe semble pourtant connu depuis... l'Antiquité.

On raconte volontiers qu'à celle époque déjà les Arabes avant d'entreprendre la traversée du désert avaient coutume de placer dans l'utérus de leurs chamelles une pierre ronde et polie : sa présence empêchait le développement d'une grossesse.

-en 1909 Richard Richter décrit pour la première fois à Waldenbourg (Pologne) des stérilets à usage contraceptif. Il plaçait dans l'utérus des femmes demandant de l'aide contraceptive un anneau flexible en gut de ver à soie,

-en 1929 Ernest Graufeuberg inventa le dispositif en anneau de soie serti par un fil d'argent,

-en 1934 le Japonais OTA inventa l'anneau qui porte son nom. C'est un anneau en or ou en argent plaqué-or au centre duquel était placé un petit disque relié par 3 rayons,

-en 1955 William Oppenheimer d'Israël et Ishihama du Japon ont présenté de nouvelles données démontrant l'efficacité et la sécurité de l'utilisation des anneaux de Graufeuberg et d'OTA,

-en 1960 on assiste à la découverte de polyéthylène plastique biologiquement inerte et temporairement déformable d'où son intérêt pour le DIU. La spirale de Margulies fut le premier à être entièrement en plastique et à être en forme linéaire,

-en 1962 l'anneau de Hall - Stone (anneau de Graufeuberg modifié par adjonction d'acier inoxydable), la spirale de Margulies (en plastique) et la Boule de Lippes (en plastique) furent tous portés à la connaissance des participants à la 1^{ère} conférence internationale sur le DIU organisée par le Conseil à Population à New York,

-en 1969 le stérilet au fil de cuivre (stérilet actif) fit son apparition, inventé par Zipper (Chili) et Tatum (Etats-Unis),

-1975 stérilets au Levo-norgestrel (Nilson Finlande),

-après 1976-1977 stérilet à la progestérone.

III.3- Types de dispositifs intra-utérins (23) (24)

a) Stérilets inertes (Oméga, Boucle de Lippes, Safe T Coil)

Ils agissent essentiellement par leur surface de contact avec l'utérin.

b) Stérilets bioactifs (Cuivre, Argent)

•Stérilets au cuivre

Le pouvoir contraceptif du Cu a permis la réduction de la taille (pose facilitée, tolérance améliorée mais expulsion fréquente) et une augmentation de l'efficacité.

•Stérilets aux progestatifs

Le progestasert a une conception différente, car il contient 38mg de progestérone naturelle. Cette progestérone est libérée chaque jour en dose infime et modifie la glaire cervicale qui devient hostile aux spermatozoïdes. L'endomètre prend un aspect sécrétoire et le flux menstruel est diminué de 40%.

III.4- Mécanismes d'action (25) (26)

Plusieurs effets du DIU concourent à l'effet contraceptif.

a) Accélération du péristaltisme tubaire

L'œuf fécondé dans le 1/3 externe de la trompe arrive trop tard dans une cavité utérine dont la muqueuse immature n'est pas prête à le recevoir.

b) Réaction inflammatoire de la muqueuse

Elle réalise au maximum une véritable endométrite latente rendant inapte à la nidation. Cette réaction est due à la présence d'un corps étranger.

c) Effet contraceptif du cuivre

Le cuivre modifie la glaire cervicale qui devient hostile à l'ascension des spermatozoïdes.

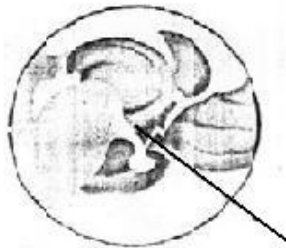
d) Insuffisance lutéale

Elle est liée à la libération de prostaglandines sous l'effet de corps étranger placé au contact de l'endomètre.

Le mécanisme essentiel reste l'absence de nidation de l'œuf fécondé.

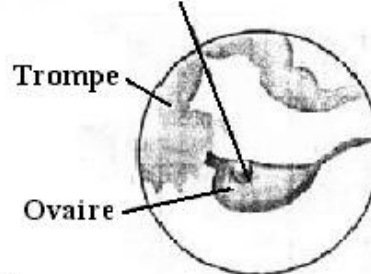
Il s'agit donc, stricto sensu, d'un micro avortement ce qui explique l'hostilité de l'Eglise catholique à cette méthode de limitation de naissance.

1. L'hypophyse envoie par conséquent ses "ordres" aux ovaires

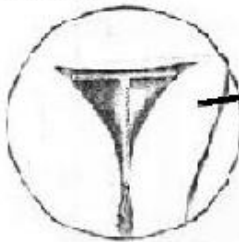


L'hypothalamus stimule normalement l'hypophyse

2. L'ovulation est conservée

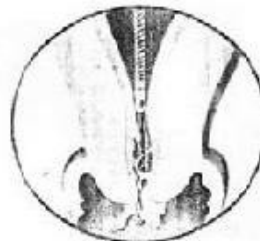
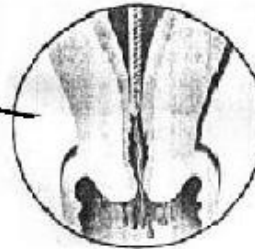


3. Mais, d'une part, la muqueuse utérine est modifiée



La nidation devient donc impossible

4. On observe dès lors souvent des règles plus abondantes



5. D'autre part, la glaire du col se montre hostile aux spermatozoïdes qui ont des difficultés à remonter vers l'utérus

Figure n°4 : Mécanisme d'action du stérilet

III.5- Les indications : les groupes cibles (27)

-Contraception « planifiée » : femmes qui ont déjà des enfants et recherchent une méthode réversible de grande efficacité.

-Femmes ayant accouché au moins une fois.

-Femmes préférant une méthode ne nécessitant pas de gestes quotidiens ou à chaque rapport sexuel.

-Femmes qui ne savent pas se soumettre à obtenir des contraceptifs de façon régulière.

-Femmes qui ont des difficultés à obtenir des contraceptifs de façon régulière.

-Femmes qui allaitent pendant les six 1^{er} mois chez qui la pilule oestro-progestative est contre indiquée.

-Chez qui le manque d'intimité rend difficile l'utilisation des autres méthodes (exemple : appartement sur peuplé, impossibilité de stocker discrètement un contraceptif.

-Chez qui l'utilisation d'une contraception hormonale expose à des risques (exemple : les femmes qui fument, celles présentant une pathologie cardio-vasculaire.

-Femmes qui ne souhaitent pas avoir d'autres enfants mais qui ne veulent pas être stérilisées.

-Contraception urgente : post coïtale.

-Gynécologie : après cure de synéchie utérine

-Patientes inaptes aux autres méthodes contraceptives : patientes débiles ou malades mentales.

III.6- Les contre-indications (28)

a) Formelles

-grossesse,

-affections utero annexielles,

-ménométrorragie,

-anomalies utérines : malformations et fibromes sous muqueux.

b) Relatives

-multipares (instabilité sexuelle),

- antécédents de GEU,
- béance cervico-isthmique,
- utérus cicatriciel,

-la prise d'anti-inflammatoire stéroïdien (extancyl) et non stéroïdiens ou d'aspirine à forte doses (4 à 5 g/j) diminue semble-t-il l'efficacité du stérilet de même les tétracyclines (chélateurs du CU).

Tableau n°3 : Les contre-indications au stérilet (28)

Contre-indications absolues	Contre-indications relatives	
<ul style="list-style-type: none"> - la grossesse - les infections de l'appareil génital : vaginites, cervicites à répétition, salpingites, endométrites - les malformations utérines l'utérus hypophasique - les hémorragies génitales non étiquetées - polypes endocavitaires et fibromes sous-muqueux - le cancer de l'endomètre - la maladie de Wilson - les allergies au cuivre - les coagulopathies 	<ul style="list-style-type: none"> - l'utérus cicatriciel après césarienne ou hystérectomie, la pose d'un stérilet implique d'avoir pris connaissance du compte rendu opératoire et en cas de doute sur la qualité de la cicatrice, de pratiquer une hystérographie - la sténose cervicale - la béance cervico-isthmique - le post-partum : il est nécessaire d'attendre trois mois après un accouchement et deux mois après une IVG ou une FC avant de placer un stérilet 	<ul style="list-style-type: none"> - les cardiopathies valvulaires : risque de greffe infectieuse (si infection sur stérilet) - malposition marquée et fixée - antécédents de grossesse extra-utérine - électrothérapie (ondes courtes) - contre-indications temporaires ectopie cervicale importante infections cervico-vaginales diabète non équilibré.

III.7- Critères de qualité (29)

-Efficacité

Pratique et pratiques : bonnes

-Sécurité

Bonne

-Continuité

Le caractère non astreignant de la contraception intrautérine très efficace et bien tolérée explique l'excellente acceptabilité au DIU.

-Réversibilité

Le retour de la fertilité après retrait du DIU est excellent et rapide (80% des femmes enceintes après un an)

-Temps d'utilisation

Variable de 3 à 5 ans

III.8-Pose de stérilet et retrait (27) (30) (31) (32)

a) Liste de matériel de pose et de retrait du DIU

-DIU et application

-Hystéromètre stérile

-Spéculum stérile

-Pince à pansement stérile

-Pince à Pozzi stérile

-Ciseaux stériles

-Crochet ou pince Alligator stérile

-Tampons de coton ou compresses

-Gants stériles

-Savon, brosse, linge de toilette

-Solution antiseptique

-Séance de tumeur

b) Technique

-Moment de la pose du DIU

- Insertion entre 2 menstruations en fin de règles
- Insertion en post partum ou post
- Insertion post coïtal : jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel

-Modalités : les différents temps de la pose

- Femme en position gynécologique : le périnée étant éclairé par une lampe mobile et réglable
- On pratique un toucher vaginal afin d'établir la position, la taille, la régularité de l'utérus
- On introduit le spéculum et on désinfecte les parois vaginales et le col avec un antiseptique(Bétadine)
- Mettre en place une pince de Pozzi sur la lèvre antérieure du col avec une solution ou si l'utérus est antéversé ou sur la lèvre postérieure s'il est retroversé.
- Exercer une traction douce sur la pince pour supprimer l'ascite ou rétroversion utérine.
- Introduire un hystéromètre à usage unique ou une sonde de Dalsace n°10, mesurer la taille de l'utérus. L'insertion n'est pas recommandée si l'hystérométrie est inférieure à 5 cm ou supérieure à 9 cm.
- Charger le stérilet dans l'inserteur en suivant les indications données dans
- La notice du modèle choisi sans faire de fautes d'asepsie. Le stérilet ne doit pas rester plus de 2 minutes dans l'inserteur pour ne pas perdre sa « mémoire plastique ».
- Régler le curseur de hauteur utérine sur le tube inserteur en fonction des données à l'hystéromètre.
- Introduire doucement avec la main D le stérilet contenu dans son inserteur dans le canal cervical tout en maintenant la traction avec la main G sur la pince de Pozzi. Aller doucement jusqu'au fond utérin c'est à dire jusqu'à ce que l'exocol affleure le repère de l'inserteur.
- Attendre quelques secondes après avoir atteint le fond utérin avant de retirer l'inserteur en ayant soin de n'exercer aucune traction sur le fil.

- Couper le fil à 2 ou 3 cm de l'orifice cervical après avoir vérifié par une légère traction qu'il est complètement déplié. On fera sentir à la patiente la texture des fils coupés pour qu'elle puisse ensuite les repérer ensuite dans le vagin.

- Retirer la pince à col et tamponner le col

- Observer jusqu'à tarissement des pertes de sang éventuelles, si cela saigne, exercer une pression continue au tampon sans « tamponner »

- Retirer le spéculum

-Les différentes étapes du retrait du DIU

- Rassembler le matériel nécessaire (spéculum, pince à pansement, compresses, désinfectant)

- Faire un examen bimensuel et un examen au spéculum

- Nettoyer le vagin et le col avec une solution antiseptique

- Expliquer à la patiente que le DIU va être retiré et la rassurer

- Dire à la consultante de respirer profondément et de se détendre

- Lui dire qu'elle ressentira de légères crampes au moment du retrait

- Saisir les 2 fils avec une pince et tirer doucement et régulièrement

- Observer jusqu'à tarissement des pertes de sang éventuelles

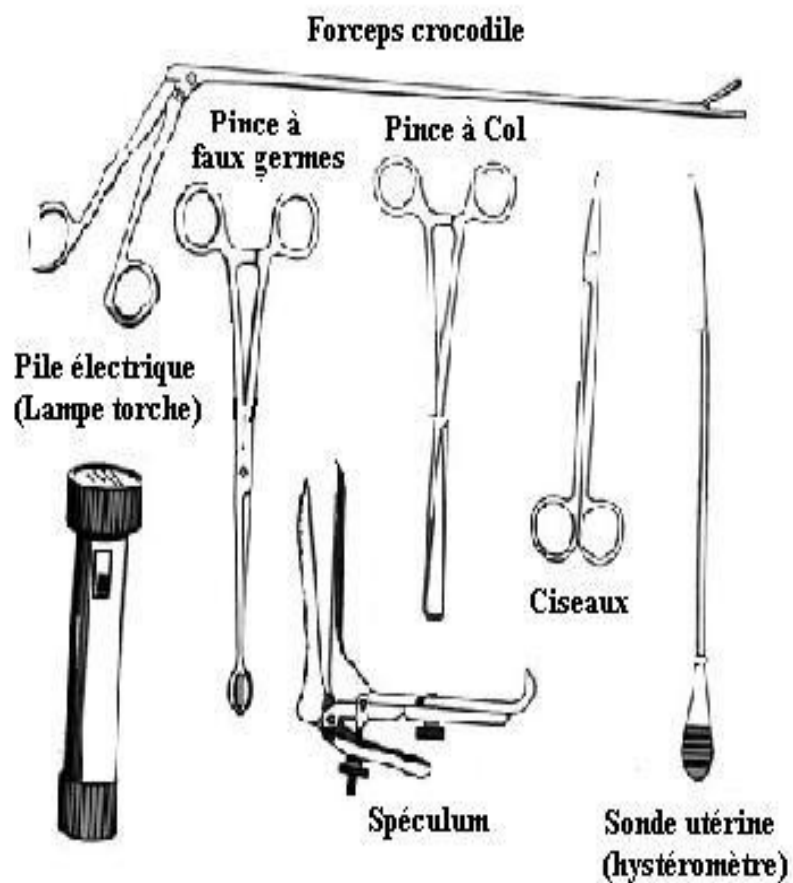
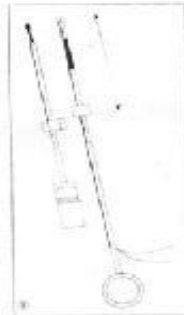


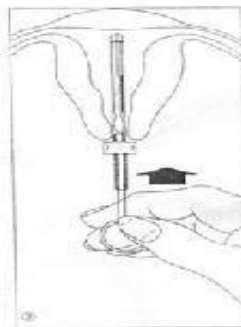
Schéma n°5 : Matériel de base pour
l'insertion d'un DIU (27)

Schéma n°5 : Matériel de base pour l'insertion d'un DIU (27)



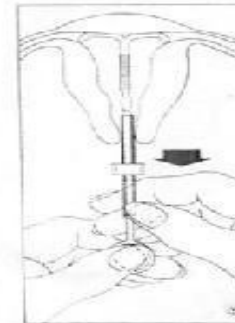
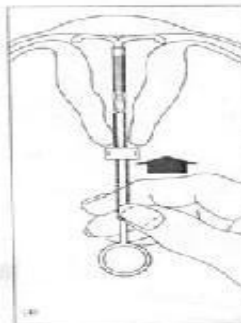
1. Ouvrir la pochette. Sans sortir l'appareil, tirer sur les fils en maintenant le tube inserteur pour faire entrer le DIU dans le tube. Introduire le poussoir dans le tube inserteur. Placer la partie inférieure de la bague à la valeur trouvée à l'hystérométrie comme sur le schéma. Sortir l'ensemble de la pochette.

2. Introduire l'ensemble ainsi préparé dans le canal cervical et le pousser jusqu'à ce que la bague jaune soit au contact du col. Dans ces conditions, le DIU ne touche pas le fond utérin.



3. Maintenir fixe le poussoir et tirer vers soi le tube inserteur jusqu'à la partie rayée du poussoir. Les bras du stérilet sont ainsi seuls libérés.

4. Repousser l'ensemble inserteur et le poussoir jusqu'à ce que la bague jaune vienne de nouveau au contact du col. À ce moment-là, les branches du DIU sont plaquées sur le fond utérin.



5. Maintenir fixe le poussoir et faire glisser de nouveau le tube inserteur vers soi jusqu'à l'anneau. Le stérilet est alors en place hors du tube.

6. – Retirer le poussoir.
– Retirer le tube inserteur.
– Couper le fil.

Schéma n°6 : Différents temps de la pose d'un stérilet

III.9- Incidents, complications et échecs

a) Incidents (33) (34)

-malaise vaginal :

Il peut être prévenu par une prémédication par valium. Son traitement repose sur l'injection de 1/4mg d'atropine en IM.

-douleur lors de la pose

La difficulté à cathétériser le col, un saignement au point de préhension de la pince sur le col peuvent se voir obligeant à une dilatation avec des sondes de Dalsace ou à un tamponnement de saignement.

-perforation à l'utérus

Elle est rare 1/1000 insertions.

Elle peut être vive, douloureuse accompagnée d'un choc, ou clou muette s'aggravant ultérieurement.

Traitement :

- retrait du stérilet

- surveillance en milieu hospitalier pendant 48 heures avec vessie de glace, antispasmodiques, antibiotiques.

b) Complications (35) (36) (37)

Il importe de bien les connaître pour apprécier si l'abandon du stérilet est nécessaire ou non

-douleurs :

Ressenties les premiers temps après l'insertion ou au moment des règles elles peuvent être calmées par des antispasmodiques

-expulsion du stérilet

Taux : 1 à 10 % des cas

Spontanée, il peut s'agir :

- d'une mauvaise mise en place lors de la pose
- d'une anomalie de la cavité utérine (fibrome sens unique)
- d'une béance cervicale ignorée

Diagnostic : absence de fil et échographie

-perforation du myomètre et migration du stérilet dans la cavité abdominale.

Elles sont possibles : 0,01% des cas

Elles sont souvent faites lors de la pose sur un utérus rétroversé ou en hyperantéflexion méconnue.

Diagnostic : * disparition du fil, la femme dit ne pas avoir expulsé
 * échographie
 * radiographie sans préparation de face et à profil

Conduite à tenir : * laparotomie

-saignements

Ils sont fréquents : 7 à 14 % des cas

Plusieurs types :

- spottings anarchiques

T3 – Daflon – Dicynone ou Hémacaprol

- ménorragies : T3 – Metherzin

- ménomérorragies : Rebelles au traitement, elles imposent un retrait des DIU.

Etiologies :

- hémorragies fonctionnelles
- endométrite
- grossesse intra-utérine jeune en voie de lyx
- GEU repérée du fait du fait de retard des règles

-Grossesse : 0,5 à 5% à 2 ans

-Ascension du fil

-Infections

Il peut s'agir :

- d'une endométrite,
- d'une salpingite aiguë.

c) Echechs : (38)

- grossesse intra - utérine : 1 à 2% AF (année femmes)
- grossesse extrautérine : 5 à 10 % des grossesses sur DIU. Le DIU empêche la nidation intra – utérine mais n'agit que très peu sur les localisations ectopiques de l'œuf.

Il faut y penser devant :

- un retard des règles
- des métrorragies
- des douleurs

III.10- Surveillance (39) (40)

a) Premier mois

- vérification de la présence des fils,
- état de la glaire cervicale.

b) Ultérieurement

Le contrôle peut se faire tous les 6 mois :

- propreté du col et absence de réactions annexielles,
- frottis cervico-vaginal.

Le DIU est retiré au bout de 2 à 4 ans selon le type

III.11- Le stérilet du lendemain (41) (42)

L'insertion du stérilet au CU n'importe quel jour entre l'ovulation et l'implantation (1 à 10 jours après le rapport non protégé) est un bon contraceptif dont l'efficacité avoisine 100%

a) Avantages

- efficacité bonne 100%,
- seule méthode utilisable en cas de contre-indications aux oestroprogestatifs

b) Inconvénients

- pose souvent douloureuse en période périovulatoire,
- risque infectieux augmenté si la pose se fait après le 17^{ème} jour,
- complications infectieuses aggravées chez la nullipare.

I- OBJECTIFS

L'étude a comme objectifs de :

- Faire connaître le DIU : avantages, inconvénients
- Analyser le profil épidémiologique des acceptants
- Aider le personnel de santé à mieux gérer la prise en charge des acceptantes avant
lors et après l'insertion du DIU
- Sensibiliser les clientes à être assidues au contrôle indispensable après l'insertion.

II- CADRE DE L'ETUDE

L'étude a été effectuée au Centre Hospitalier Universitaire Maternité de Befelatanana, l'une des plus grandes Maternités de l'Afrique, elle joue trois rôles principaux en étant :

- un Centre de soins : elle assure les soins immédiats des parturientes et les soins quotidiens des malades hospitalisées par l'utilisation à bon escient des médicaments et des matériels existant dans le Service ;
- un Centre de formation : elle assure la formation des médecins, des sages-femmes, des stagiaires en médecine (internes, étudiants) et des élèves infirmiers ;
- un Centre de recherche : un grand nombre d'étudiants en médecine y choisissent leur sujet de thèse pour obtenir le diplôme de Doctorat en médecine.

II.1- Description du cadre topographique du Centre Hospitalier Universitaire de Befelatanana

Tableau n°4 : Cadre Topographique du CHUA Maternité de Befelatanana

UNITE	DESCRIPTION	SIEGE
Technique	- 2 salles d'accouchement - 2 blocs opératoires - 1 salle d'exploration fonctionnelle	1 ^{er} et 4 ^{ème} accouchement 1 ^{er} et 4 ^{ème} Blocs Rez-de-chaussée
Physiologie Obstétricale	- 2 salles d'hospitalisation	1 ^{er} et 2 ^{ème} étage
Pathologie Obstétricale	- 1 salle d'hospitalisation	3 ^{ème} étage
Pathologie Gynécologique	- 1 salle d'hospitalisation	Rez-de-chaussée
Réanimation Adulte	- 1 salle de réanimation	3 ^{ème} étage
Réanimation Néonatale	- Salle de l'enfant, avenir du monde	2 ^{ème} étage
Soins Externes	- Consultation externe - Salle de Triage - Pharmacie - Service de la Statistique - Centre de Santé reproduction	Rez-de-chaussée

Mai actuellement, la salle d'accouchement au 4^{ème} étage, le 2^{ème} Bloc Opératoire au 4^{ème} étage, et la salle d'hospitalisation au 4^{ème} étage ne sont pas fonctionnels à cause de l'insuffisance du personnel.

II.2- Organisation du Service

a) Les effectifs

Tableau n°5 : Effectif du Personnel de Santé au CHUA Maternité de Befelatanana

PERSONNEL	NOMBRE	
	1998	Décembre 2001
Médecins titulaires	18	16
Sages-femmes	92	82
Anesthésistes	06	04
Agents d'appui	53	46
Personnels administratifs	20	19
Assistante Sociale	00	01
TOTAL	189	167

b) Les activités du Service

Tableau n°6 : Répartition des activités des Services

UNITE DE SERVICE	ACTIVITE
Technique	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de l'échographie - Pratique d'insufflation - Accouchements eutociques et dystociques avec utilisation extraction fœtale par vacuum extractor, forceps, spatule de Thierry ou césarienne - Intervention chirurgicale gynécologique et obstétricale, coelioscopie, laparotomie, curetage, Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)
Physiologie obstétricale	<ul style="list-style-type: none"> - Préparation de la femme avant l'accouchement - Surveillance des suites de couches et naissances normales - Prise en charge des opérées de césariennes avec enfant vivant
Pathologie obstétricale	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement de la femme avant l'accouchement - Surveillance des suites de couches et naissances normales - Prise en charge des opérées de césariennes avec enfant vivant

UNITE DE SERVICE	ACTIVITE
Gynécologie Réanimation	Prise en charge : - des femmes à problème purement gynécologique

	<ul style="list-style-type: none"> - des opérées dès leur sorti du bloc - des états de choc en gynécologie
Néonatalogie	Intervention au niveau de : <ul style="list-style-type: none"> - l'unité technique - l'unité physiologie obstétricale - l'unité des soins externes
Soins externes	Rôle d'accueil : <ul style="list-style-type: none"> - premier contact de la femme enceinte - ou malade avec le personnel de la Maternité
	Prévention : <ul style="list-style-type: none"> - chimioprophylaxie - détection de grossesse pathologique et grossesse à risque
	Orientation éducation : <ul style="list-style-type: none"> - diagnostic des différentes pathologie gynécologiques - dépistage infection sexuellement transmissible (IST) - orientation des malades vers différentes unités - Education pour la santé – Planning familial - recyclage et formation personnelle
Centre de Santé de Reproduction	<ul style="list-style-type: none"> - Information, Education, Communication (IEC) des femmes sorties de la Maternité - choix des méthodes contraceptives des femmes sortantes

III- METHODOLOGIE

III.1- Méthode d'étude

C'est une étude rétrospective allant du 2^e trimestre de l'année 1998 au 31 Décembre 2001 sur l'acceptabilité du DIU au CHU A Maternité de Befelatanana

Elle est basée sur le dépouillement :

- Des rapports d'activités mensuelles trimestrielles et annuelles
- Des fiches individuelles de consultations des utilisatrices
- Du registre de consultations en PF préalablement rempli par la sage-femme responsable.

Au total 103 femmes ont bénéficié d'une insertion de DIU.

Le stérilet disponible dans le Service est le TCV 380.

III.2- Matériels d'étude

a) Critères d'inclusion

Ont été sélectionnées les femmes qui n'ont pas présenté des contre indications au stérilet.

b) Critères d'exclusion

- Femmes acceptantes des autres méthodes des contraceptives
- Femmes ayant des contre indications au DIU

c) Paramètres

Pour chaque dossier des femmes acceptantes une fiche individuelle comportant plusieurs variables a été remplie à savoir :

- Age
- Nombre d'enfants vivants
- Situation matrimoniale
- Profession des utilisatrices et du conjoint
- Niveau d'instructions
- Résidence
- Motifs d'adhésion
- Sources d'information
- Régularité des notes
- Motifs de changement et d'abandon
- Suivi et contrôle

IV- RESULTATS

IV.1- Résultat global

Nous avons relevé 103 insertions de DIU du mois de juillet 1998 au 31 décembre 2001.

Tableau n°7 : Nombre d'utilisatrices

Année	Trimestre	I	II	III	IV	TOTAL
1998			04	12	08	24

1999	16	08	04	03	31
2000	06	07	11	05	29
2001	05	04	06	04	19
TOTAL	27	23	33	20	103

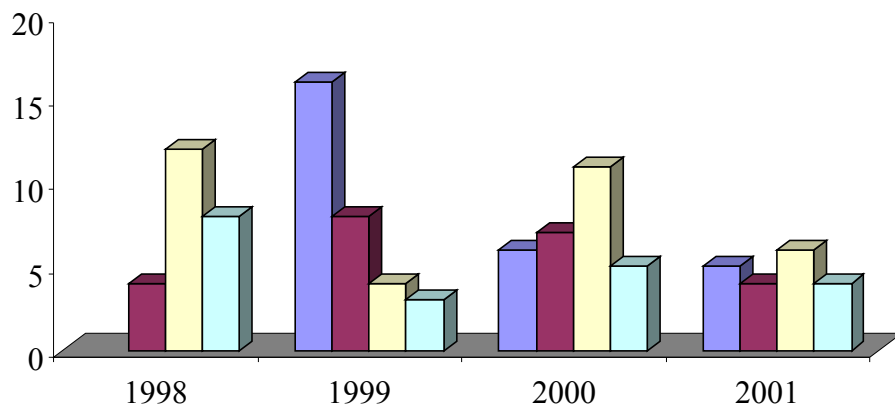


Figure n°1 : Répartition annuelle des utilisatrices

Place du DIU parmi les méthodes de longue durée

Tableau n°8 : Les différentes méthodes contraceptives au CHUA Maternité de Befelatanana

METHODE	EFFECTIF DES UTILISATRICES
Norplant	418
DIU	103
CCVF	909

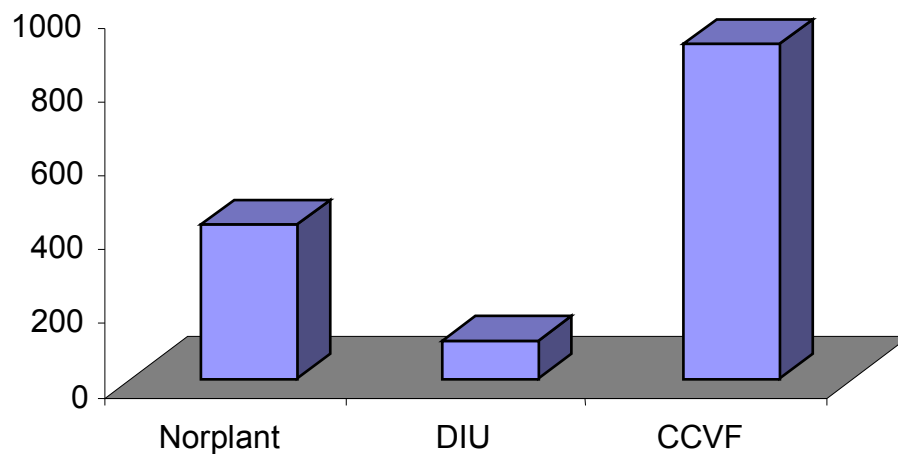


Figure n°2 : Effectif des utilisatrices des méthodes contraceptives de longue durée

IV.2- Profil épidémiologie

a) Age

Tableau n°9 : Répartition selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
> 19	02	01,94
20 - 24	36	34,96
25 - 34	48	46,60
35 et plus	17	16,50
TOTAL	103	100

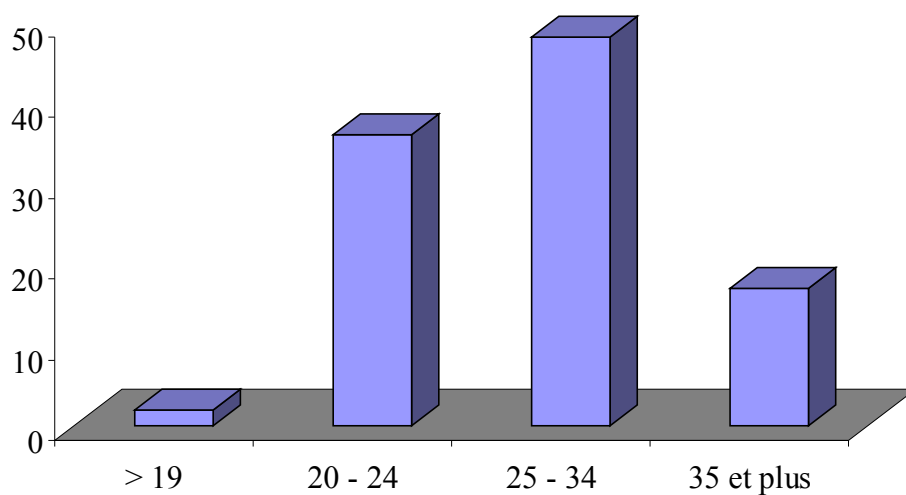


Figure n°3 : Age des utilisatrices

b) Nombre d'enfants vivants

Tableau n°10 : Répartition selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectif	Pourcentage
1	00	00
2	54	52,42
3	39	37,86
4	05	04,85
5	03	02,93
6	02	01,94
7 et plus	00	00
TOTAL	103	100

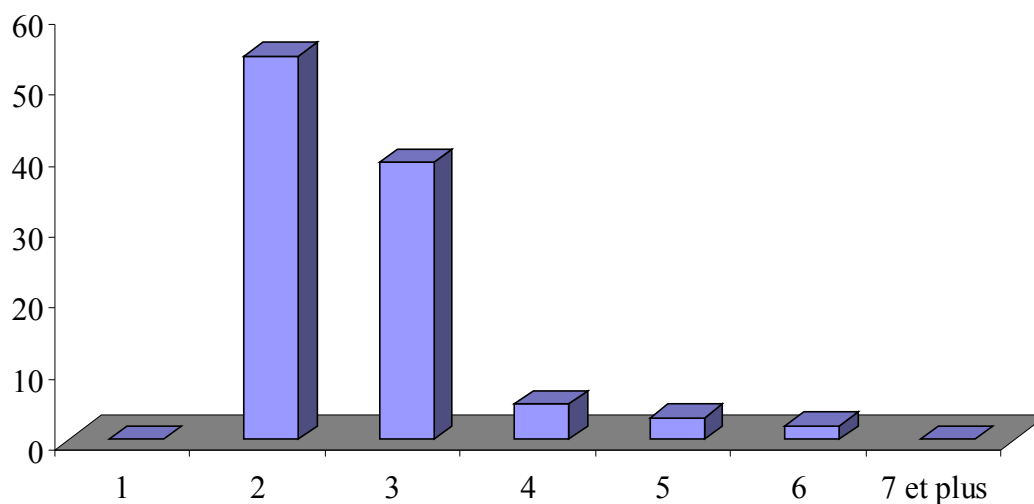


Figure n°4 : Le nombre d'enfants vivants des clientes

c) Situation matrimoniale

Tableau n°11 : Répartition selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Vit en couple	96	93,20
Vit seule	07	06,80
TOTAL	103	100

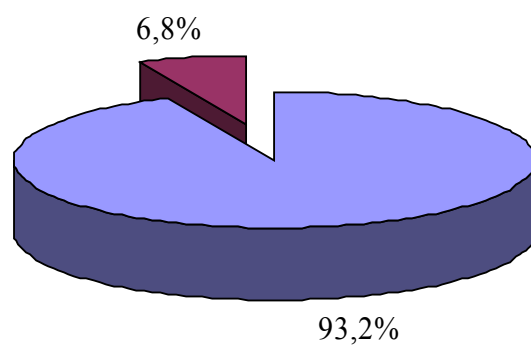


Figure n°5 : Etat matrimonial des utilisatrices

d) Profession

➤ Utilisatrices

Tableau 12 : Répartition selon la profession

Profession	Effectif	Taux %
Ménagères	38	36,89
Cultivatrices	36	34,95
Enseignantes	12	11,65
Commerçantes	07	06,79
Non précisé	10	09,72
TOTAL	103	100

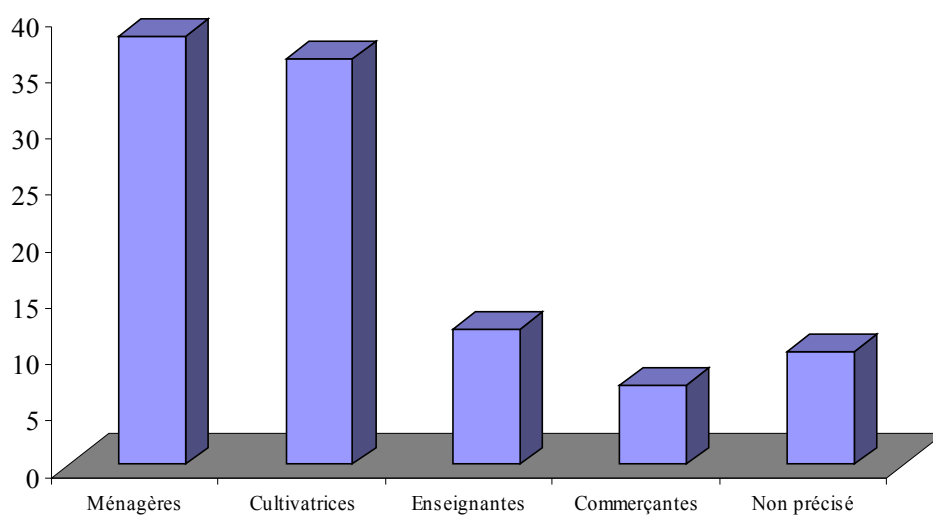


Figure 6 : Profession des utilisatrices

➤ Conjoint

Tableau n°13 : Répartition selon la profession du conjoint

Profession	Effectif	Taux %
Enseignants	09	08,74
Cultivateurs	42	40,77
Sans profession	11	10,58
Chauffeurs	21	20,38
Commerçantes	4	03,88
Non précisé	16	03,88
TOTAL	103	100

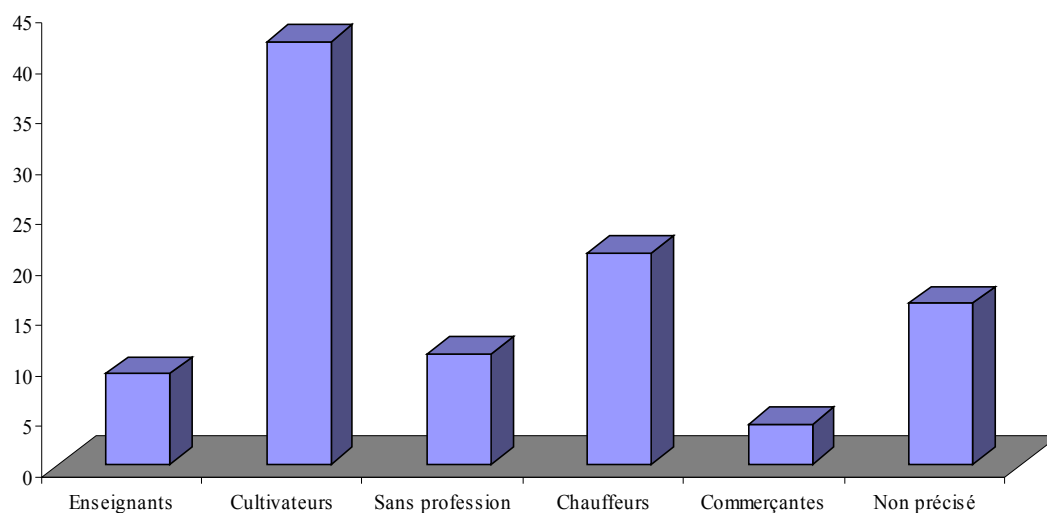


Figure n°7 : La profession du conjoint des clientes

e) Niveau d'instruction

Tableau n°14 : Répartition des acceptantes selon le niveau scolaire

Niveau d'étude	Nombre	Pourcentage
----------------	--------	-------------

Non scolarisé	10	09,72
Primaire	29	28,15
Secondaire	56	54,38
Universitaire	08	07,75
TOTAL	103	100

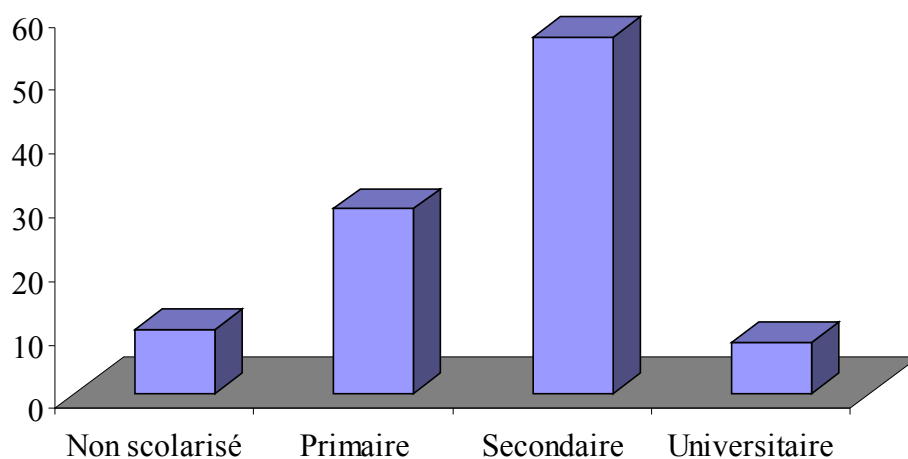


Figure n°8 : Niveau d'étude des acceptantes

f) Résidence

Tableau n°15 : Répartition selon la résidence des clientes

Résidence	Effective	Pourcentage
Urbaine	72	69,90
Suburbaine	18	17,48

Brousse	13	12,62
TOTAL	103	100

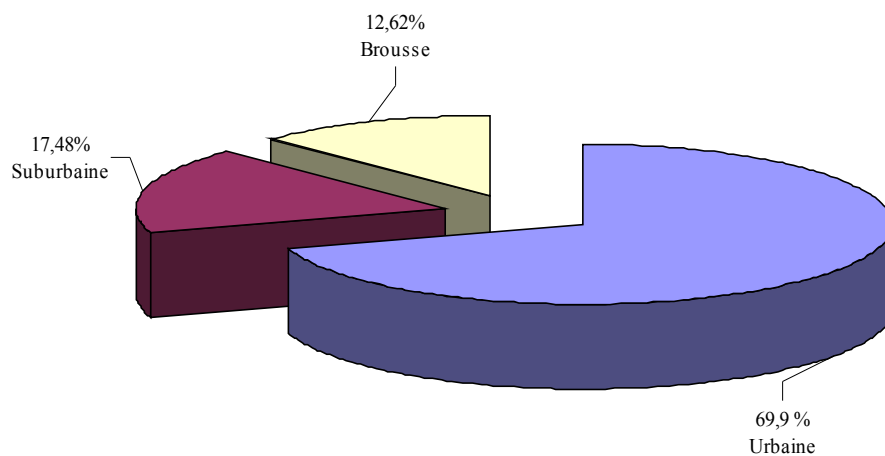


Figure n°9 : Résidence des utilisatrices

g) Motifs d'adhésions

Tableau n°16 : Répartition selon les motifs d'adhésion

Motifs d'adhésion	Nombre	Pourcentage
Espacement des naissances	74	71,84
Limitation des naissances	29	29,16
TOTAL	103	100

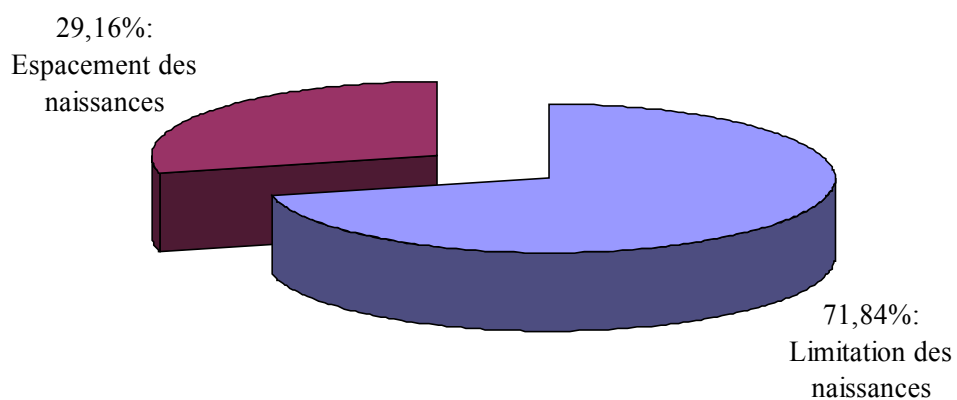


Figure n°10 : Motifs d'adhésion des acceptante

h) Source d'information

Tableau n°17 : Répartition selon les sources d'information

Sources d'information	Nombre	Pourcentage
Famille/amis	20	19,47
Personnel de santé	50	48,54

Brochures/ affichages	24	23,25
Agent communautaire	02	01,94
Radio/télé/journal	07	06,80
TOTAL	103	100

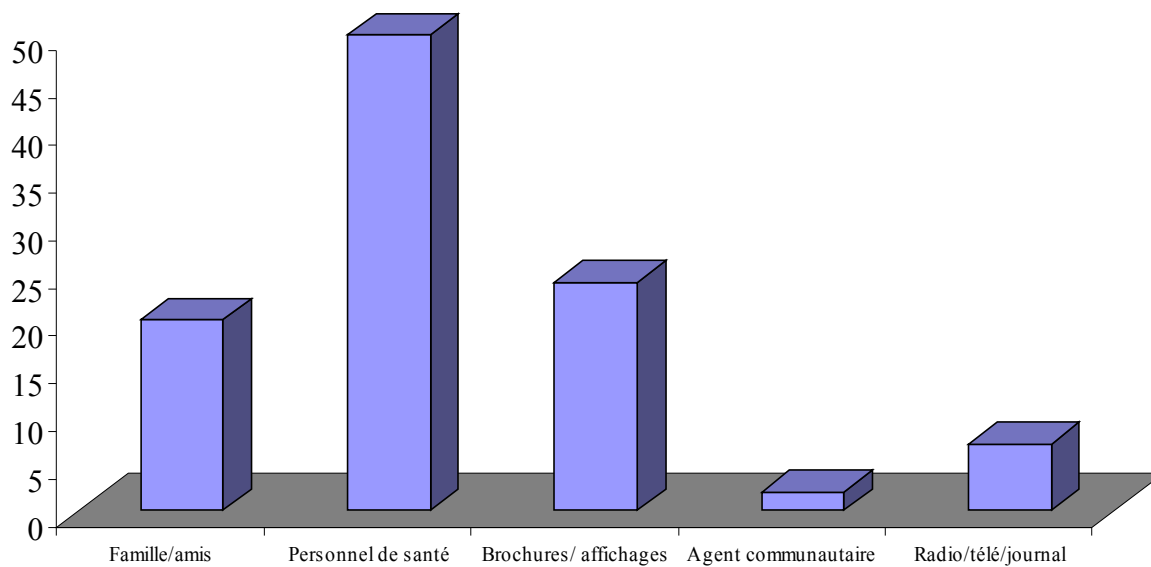


Figure n°11 : Source d'Information des clientes

i) Régularité des visites

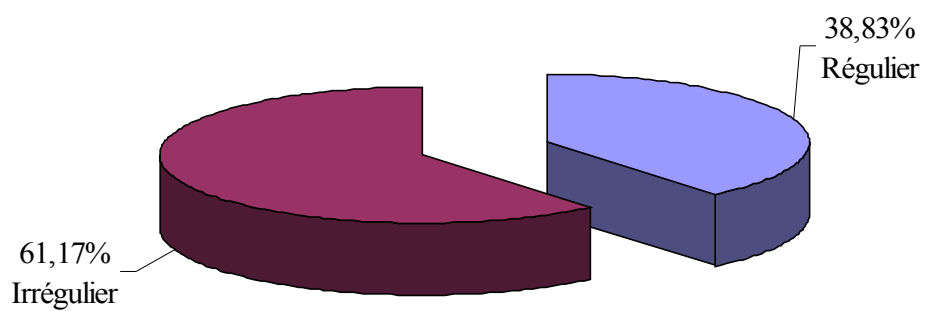


Figure n°12 : Régularité des visites acceptantes

j) Suivi et contrôle

Tableau n° 19 : Répartition des acceptantes selon le suivi

Suivi et contrôle	Effectif	Pourcentage
Tolérance	84	81,57
Changement	11	7,75
Abandon	8	10,68
TOTAL	103	100

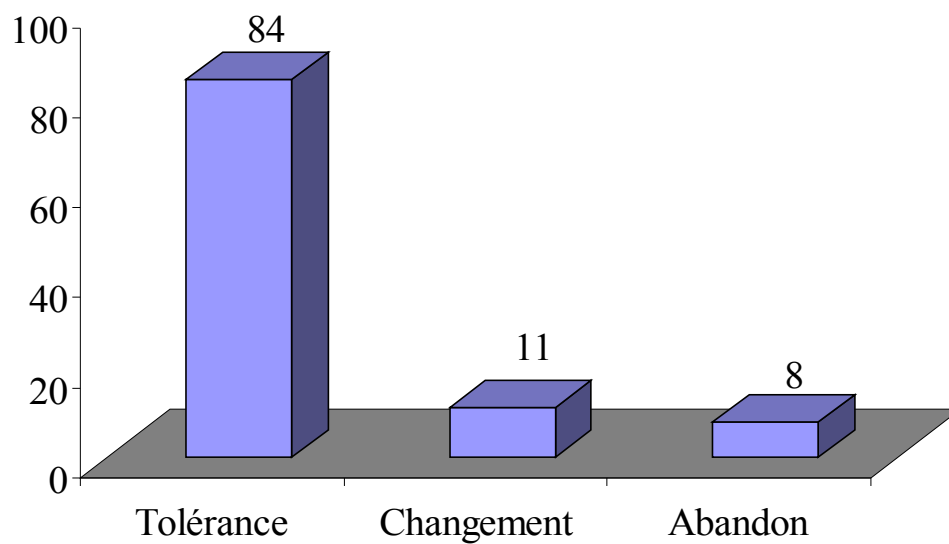


Figure n°13 : Suivi des clientes

k) Motifs de changement et d'abandon

Tableau n°20 : Répartition des causes de changement et d'abandon

Causes	Effectif
Effets secondaires	14
Accidents	
. perforation utérine	0
. expulsion des DIU	2
Incident - fil non	1
Désir de grossesse	2
TOTAL	19

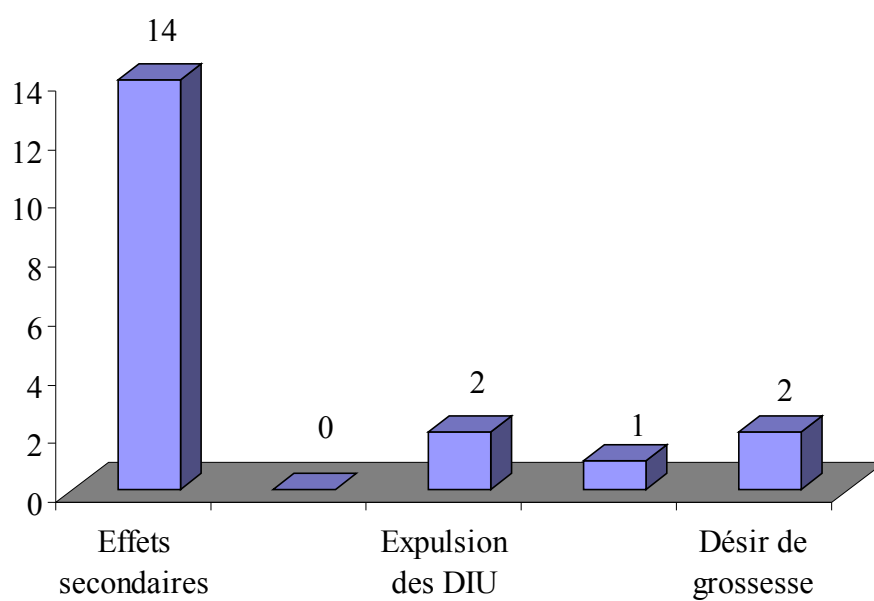


Figure n°14 : Effets secondaires rencontrés par les clientes

l) Les effets secondaires rencontrés

Tableau n°21 : Répartition des utilisatrices selon les effets secondaires rencontrés

Effets secondaires	Effectif
Douleurs	2
Infections génitale	4
Saignement	5
Fièvre	2
Prurit	1
Total	14

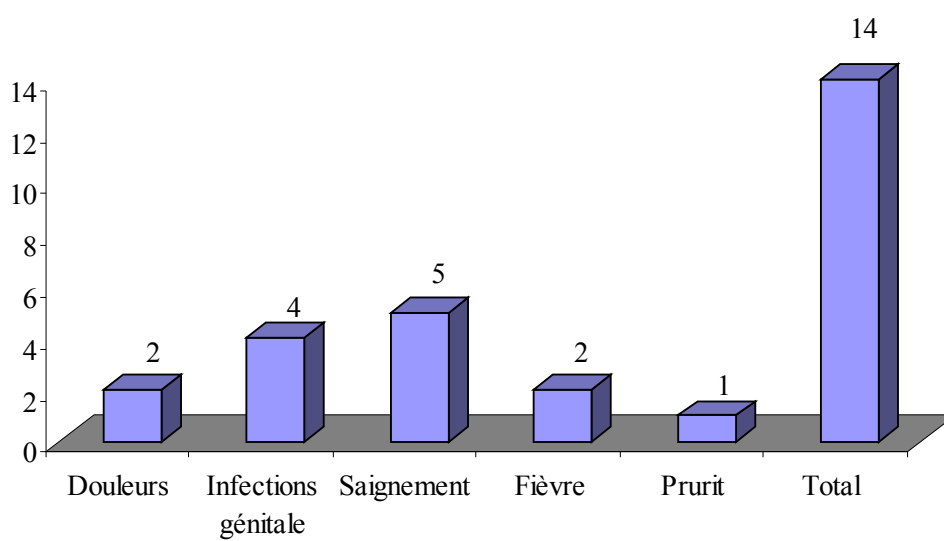


Figure n°15 : Effets secondaires rencontrés par les clients

m) Retrait

Tableau n°22 : Répartition des clientes selon le retrait

Retrait	Effectif
Retrait simple	10
Retrait sous AG	3
Total	13

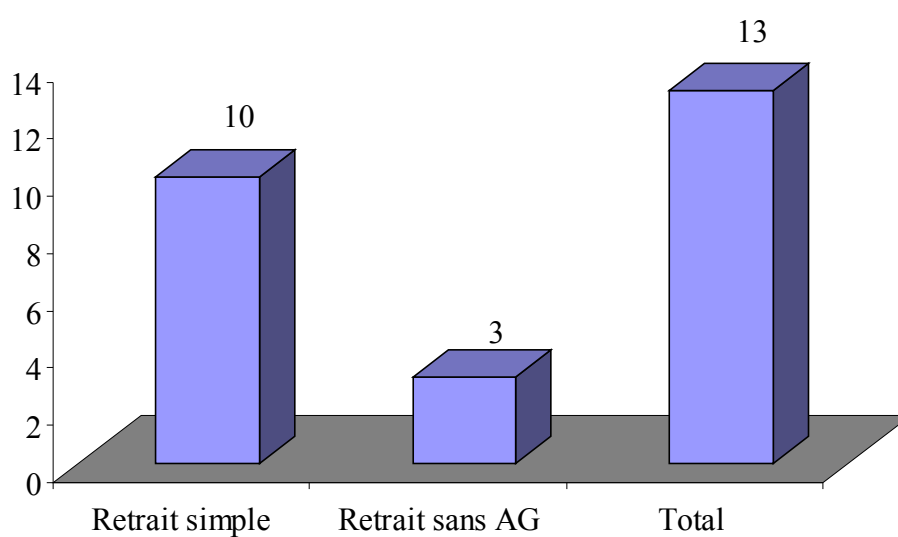


Figure n°16 : Retrait du stérilet des acceptants

I- COMMENTAIRES

I.1- Habitudes du service

Les étapes suivantes sont franchies lors des consultations des femmes ayant choisi le stérilet dans le Service de Santé de la Reproduction CHUA Maternité de Befelatanana :

a) Interrogatoire

Il porte sur les caractères du cycle menstruel, les antécédents d'infection génitale, d'avortements et sur le nombre de grossesses antérieures.

b) Information

La sage-femme responsable discute avec le couple en exposant clairement les avantages et inconvénients du stérilet, les modalités à la pose, du retrait et de la surveillance.

Le DIU est montré à la femme et à son mari. Il est manipulé par les consultants et le Médecin du service montre par un schéma la place que le stérilet occupe dans l'utérus.

c) Examen gynécologique

Pratiqué par la sage-femme ou le Médecin, il apprécie l'état de l'utérus (col, dimension, position, consistance et mobilité du corps) et des annexes.

Le frottis cervico-vaginal de dépistage n'est pas pratiqué.

d) Mise en place

Le DIU est inséré juste après les règles pour être certain de l'absence de grossesse et pour bénéficier d'une meilleure ouverture du col. Il est posé 3 mois après un accouchement ou 2 mois après un avortement.

L'insertion post-coïtale n'a pas encore été pratiquée dans le service.

Le jour de la pose, les femmes se trouvent dans un état d'esprit assez caractéristique. Elles se sentent plus ou moins émues et ne cachent pas leur appréhension. Aussi, le Médecin les rassure au maximum en renforçant les explications sur les modalités de l'insertion. Il leur explique les 3 sensations de la pose :

-première sensation :

Lorsque le Médecin commence par poser le spéculum qui élargit le vagin et lui permet d'arrimer une pince sur le col, organe peu sensible, la femme ou la cliente peut éprouver une sorte de "petite crampe" (comme l'approche des règles) qui ne dure que quelques secondes.

-deuxième sensation :

Lorsque le Médecin introduit dans l'utérus par l'orifice du col une sonde molle ou gomme d'un très petit calibre (hyperomètre) il obtient des précisions sur la cavité utérine (distance entre le fond de l'utérus et l'orifice du col).

Ce "sondage" qui ne demande que 2 à 3 secondes entraîne la 2^{ème} sensation : un réveil doux de l'impression de crampe doublée d'un picotement.

-troisième sensation :

Le Médecin fait ensuite pénétrer d'une manière stérile le DIU dans le petit tuyau de plastique et introduit cet ensemble au travers du col.

Lorsqu'il appuie sur le piston, le stérilet se déploie dans l'utérus.

A cet instant précis intervient la 3^{ème} sensation : une impression de "ressaut" comme une petite chiquenaude à l'intérieur du petit ventre.

Le retrait de la pince et du spéculum passe inaperçu.

Après la pose du DIU, un ovule antiseptique (Bétadine ovule) est prescrit pendant 10 jours.

e) Surveillance

Une fois le DIU inséré, le Médecin ou la sage-femme explique à la femme ou au couple l'utilité du fil.

Attaché à l'une des extrémités du stérilet, après la pose il sort de l'orifice du col et mesure une fois coupé, 1 à 2 cm environ.

On l'appelle le "fil-test".

Il suffit à la femme de le sentir pour s'assurer que le DIU se trouve toujours bien en place dans son utérus. Il s'agit donc d'un moyen de contrôle facile et efficace.

Il permet aussi au Médecin le retrait immédiat du stérilet dans n'importe quelle circonstance : désir de grossesse, intolérance, changement de méthode contraceptive.

La sage-femme conseille à la cliente de contrôler sa température pendant 3 à 5 jours et d'éviter 5 à 6 jours tout rapport sexuel.

Il le fait connaître au couple la nécessité de vérifier après la fin des règles la présence des fils et de se protéger plus qu'une autre des IST par l'usage des préservatifs en cas de rapport avec des partenaires multiples.

La cliente est informée de la possibilité de règles plus longues et plus abondantes surtout lors des premiers cycles suivant la pose.

Elle doit connaître parfaitement les symptômes anormaux qui doivent l'amener à consulter : retour des règles, métrorragies, douleurs abdominales, dyspareunie, leucorrhées purulentes, fièvre non expliquée, fils non perçus.

Elle doit savoir qu'en cas de grossesse survenant avec le stérilet, celui-ci doit être enlevé.

I.2- Profil épidémiologique

a) Choix de la méthode

Les DIU occupent la 2^{ème} place parmi les méthodes contraceptives de longue durée derrière le Norplant et la 4^{ème} place en général parmi les méthodes utilisées au CHU Maternité de Befelatanana.

Le nombre d'utilisatrices diminue d'année en année. La raison en est triple :

- les femmes sont mal informées sur cette méthode mécanique
- les rumeurs mal fondées freinent l'utilisation des DIU
- il existe d'autres centres s'occupant aussi de la planification familiale.

b) Age

La tranche d'âge de 20 à 34 ans représente les 81,56 % des utilisatrices.

Pour les femmes, la population active et la période de fécondité normale coïncident avec cette tranche d'âge.

Cette donnée est conforme aux résultats de la littérature.

c) Nombre d'enfants vivants

52,42 % des acceptantes ayant 2 enfants ont recours au DIU et 37,87 % des clientes ont 3 enfants.

Les couples commencent à prendre conscience des difficultés vécues par une famille nombreuse.

d) Situation matrimoniale

Les utilisatrices vivant en couple sont majoritaires avec un taux de 93,20 % contre 6,80 % vivant seules.

Le DIU est une méthode contraceptive idéale pour les couples stables d'après les données de la littérature. En effet, les femmes célibataires ont souvent des partenaires multiples et sont exposées aux infections sexuellement transmissibles. Elles sont des mauvaises candidates au DIU.

e) Profession

Les ménagères et cultivatrices sont les plus attirées par le dispositif intrautérin. Celui-ci représente pour elles un bon choix car leur permet de ne pas se soucier des contraintes imposées par d'autres méthodes.

f) Niveau d'instruction

Les clientes ayant suivi le niveau secondaire sont prédominantes avec un taux de 54,38 % suivies de près par celles du niveau primaire (28,15 %). Les femmes instruites sont plus réceptives aux informations sur les méthodes contraceptives.

g) Motifs d'adhésion

Les utilisatrices ayant opté pour le dispositif intrautérin sont jeunes et n'ont pas encore atteint le nombre d'enfants voulus. Aussi préfèrent-elles espacer que limiter les naissances.

h) Sources d'information

Elles sont assurées dans la majorité des cas par le personnel de santé.

La famille et/ou amis et les brochures/affichage ne sont pas en reste car elles apportent les 42,72 % des informations.

Le DIU fait beaucoup de rumeurs propagées par des gens mal intentionnés et les matrones. Les médias ne couvrent que 6,8 % des informations.

Aussi une information claire sur les stérilets doit-elle être préconisée.

i) Régularité des visites

Les clientes irrégulières aux visites de contrôle prédominent.

Pourtant le respect de la date de contrôle pour un suivi minutieux est indispensable pour détecter les complications du DIU.

Plusieurs raisons peuvent être évoquées :

- l'information sur l'intérêt de la visite de contrôle n'est pas bien passée
- insouciance des clientes vis à vis de leur santé
- augmentation du nombre de sites de planification dans la capitale.

j) Suivi et contrôle

84 utilisatrices sur 103 ont bien toléré la contraception intrautérine. Le stérilet est une méthode sûre, très efficace de longue durée, réversible malgré les contraceptifs connus. Aussi occupe-t-il la seconde place au Monde après la contraception orale pour sa commodité d'emploi. il suffit de l'enlever dès l'apparition d'une intolérance ou d'une complication.

Le changement et les abandons sont surtout motivés par le désir de grossesse.

Malgré tout, 2 facteurs limitent le recours à l'emploi de DIU chez les femmes :

- la crainte des infections sexuellement transmissibles pouvant être source de stérilité définitive,
- la peur des saignements.

II- SUGGESTIONS

La diminution progressive du nombre d'acceptantes du DIU et le manque d'assiduité aux visites de contrôle sont les 2 problèmes rencontrés au Centre de Santé de Reproduction du CHUA Maternité de Befelatanana dénotant une insuffisance des informations prodiguées aux clientes du planning familial.

Aussi les propositions suivantes sont-elles avancées.

II.1- Communication sur le changement de comportement des Utilisatrices

Elle porte sur l'utilisation des stérilets.

La femme accueillant favorablement l'idée de la pose d'un DIU doit être bien conseillée avant et après avoir choisi la méthode.

L'emploi du stérilet constitue une surveillance sûre chez les femmes vivant une relation sexuelle monogame réciproque étant donné la faible probabilité chez celles-ci de développer une maladie inflammatoire du pelvis liée à l'utilisation du stérilet.

Le rôle du prestataire est primordial pour lutter contre les rumeurs malveillantes sur le DIU et la planification familiale en général.

Le prestataire doit employer un langage clair tenant compte du milieu socio-culturel des utilisatrices.

Il fournit obligatoirement les renseignements sur :

-les bénéfices, les risques, les avantages et les inconvénients du DIU y compris le taux d'échecs et la possibilité de règles plus abondantes que par le passé

-les autres méthodes contraceptives

-le modèle de DIU qui va être posé : un exemplaire est à montrer

-l'importance des visites de contrôle

Les visites de contrôle permettent de :

- renforcer la décision prise par les clientes,
- cerner les changements survenus au niveau de la santé ou sur le plan personnel pouvant justifier un changement de méthode contraceptive ou l'arrêt de la contraception.

Il faut aussi informer les hommes en vue de leur implication dans la planification familiale, la prévention des IST/SIDA et de leur co-responsabilisation pour l'amélioration du rôle et du statut de la femme.

II.2- Formation et recyclage périodique du personnel de santé

Les Médecins, les sages-femmes, les infirmières, les infirmiers et autres agents de santé peuvent insérer les stérilets à condition qu'ils aient été formés convenablement à cette continue.

La formation continue et recyclage sur le stérilet permet de renforcer leur capacité technique et constitue une sorte de motivation pour eux. Une mise à jour des connaissances est toujours indispensable pour tout personnel de santé.

La formation permet à un prestataire de planification familiale de devenir un conseiller efficace qui a :

- une compréhension et un respect des droits des clients,
- une façon de gagner la confiance du client,
- une compréhension de la culture et des facteurs psychologiques qui ont un impact sur la décision de la femme à utiliser une méthode de planning familial comme le DIU.

CONCLUSION

Le Dispositif Intrautérin (DIU) ou stérilet constitue une méthode de contraception efficace, réversible et sûre. C'est un petit appareil plastique flexible de diverses formes dont les modèles sont étudiés pour essayer de permettre à tous les types d'utérus de garder en place un corps étranger. Les stérilets ont tous un fil qui reste vaginal à travers le col pour pouvoir contrôler leur présence ou les retirer si besoin est ou si la femme le désire. On a maintenant la preuve que la capacité des DIU d'éviter une grossesse est due à l'association des mécanismes suivants : inhibition de la migration du sperme dans les voies génitales hautes, inhibition du transport de l'ovule, inhibition de la fécondité.

Une étude rétrospective sur la contraception intrautérine par l'emploi des stérilets a été effectuée au CHU A Maternité de Befelatanana en l'an 2001.

Les résultats de l'étude font saillir les faits suivants :

- 103 femmes ont opté pour le stérilet
- le DIU utilisé est le TCU 380
- les utilisatrices dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans sont majoritaires avec un taux de 81,56 %
- les femmes mariées représentent les 93,28 % des clientes
- les ménagères prédominent (36,89 %) suivies par les cultivatrices (34,95 %)
- les clientes de niveau primaire et secondaire sont les plus nombreuses
- la grande majorité des acceptantes habitent dans les zones urbaine et suburbaine
- l'espacement des naissances est le principal motif d'adhésion
- le personnel de santé représente la première source d'information des clientes
- les clientes irrégulières aux visites de contrôle sont à un taux de 61,17 %
- la méthode est bien tolérée par de nombreuses utilisatrices : 84 sur 103 acceptantes soit un taux de 81,57 %
- la douleur, l'infection génitale, le saignement sont les effets secondaires les plus fréquemment rencontrés
- 13 retraits du stérilet ont été effectués dont 10 retraits simples et 3 sous anesthésie génitale.

Comme suggestions, nous avons proposé :

- un renforcement de la communication pour le changement de comportement des clientes vis à vis du stérilet,

- une formation continue et recyclage périodique du personnel de santé pour une amélioration de la capacité technique et une mise à jour des connaissances,
- la compétence d'encourager les clientes à poser des questions,
- la compétence d'écouter attentivement les préoccupations des clientes.

BIBLIOGRAPHIE

1. **OMS.** Guide théorique et pratique. Choix des méthodes contraceptives. Genève, 1996 : 46 – 50
2. **Deboeuf.** Une contraception mécanique. La Revue du Praticien. Paris, 1986 : 44
3. **Lanssac J, Leconte P.** Gynécologie pour le Praticien. Edition Simep, 1997 : 496
4. **De Clerck M.** Soins et technologies en Gynécologie. Médias Paul ; Limete / Kinshasa. 1999 : 4 – 5
5. **Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Edition Maloine SA. Edition, 1994 : 333
6. **Baillie AJ, Ferguson MM. et Hart D Mek.** The ovary in developments in steroid histochemistry. Academic Press, London and New York. 1976 : 72 – 102
7. **Winkler G.** Manuel d'Anatomie topographique et fonctionnelle. Masson et Cie Edition. 1964 : 366
8. **Rouvière H., Delmas A.** Anatomie humaine descriptive topographique et fonctionnelle. Masson 1984 : 621
9. **Kiss F. and Szentagothal.** Atlas of human anatomy. Pergamon Press. London, 1964 : 37
10. **USAID.** Le cycle menstruel et sa relation avec les méthodes contraceptives xxx. 1998 : 35 – 37
11. **Gillet JY, Koritke JG. et Muller P.** Influence du cycle ovarien sur la micro-vascularisation des muqueuses génitales (trompe, utérus et vagin) chez la femme. Bull. Ed.Soc. Gyn. Et obst. 1970 : 393 – 395
12. **Meyer L.** La planification familiale. Objectif Moyen Réglementation. La Revue du praticien 1951 : 17 – 21
13. **Intram.** Concepts et questions relatifs à la planification familiale. Guide pour infirmière, Sage Femme et autre personnel de Santé, 1985 : 17
14. **UNICEF.** Programme. Maternité sans risque et planification familiale. Conseil d'Administration de l'UNICEF. Rapport annuel, 1995 : 57
15. **OMS.** Les méthodes naturelles de PF. Guide pour la prestation de service Genève, 1989 : 15 – 17
16. **USAID.** Family planning methods and pratic AFRICA, 1992 : 141 – 143

17. **Rozenbaum H.** Dictionnaire de gynécologie. Masson Paris, New York, 1981 ; 1; 50 ; 59 : 213
18. **Baudet JH.** Méthode contraceptive hormonale. Révision accélérée en Gynécologie Paris : 2è Edition, 1986 : 47 – 60
19. **Rarivoson R.** Tolérance du DIU chez la femme en post partum. Thèse de médecine Antananarivo, 1994 ; 3517 : 14 – 15
20. **OMS.** La contraception intra-utérine. Guide à l'intention des techniciens et des gestionnaires de service, Genève, 1998 : 2 – 3
21. **OMS.** DIU considération de sécurité. Information Genève, 1988 ; 2 ; 4 : 224
22. **Blanc.** Considération par DIU Revue du Praticien, 1988 ; XXXIV ; 23 : 208 – 209
23. **Pascal.** Milestones in intrauterine device development, 1992 : 141 – 142
24. **Population reports.** Nouveau regard sur le DIU, 1998 ; 5B : 23
25. **Rasamivololona TO.** Les déterminants influant l'utilisation du DIU. Thèse Médecine Antananarivo, 1995 ; 4503 : 4 – 5
26. **Henri R.** Pourquoi le stérilet est un facteur plus hautement à risque d'abandon. 100 questions sur les stérilets ELPE Production Paris, 1975 : 3
27. **Legrain G, Ranjalahy R.** La santé de reproduction pratique et opérationnelle, 2001 : 140
28. **Legrain G, Delvoye P.** La planification familiale pratique et opérationnelle FNUA Ed. Hatier, 1994 : 92
29. **Puech F, Laffargue F, Prasia L.** Gynécologie Contraception Edit. La couleuvre d'Esculape Paris, 1984 : 175 – 176
30. **Elia D.** La contraception. Le meilleur choix pour le moindre risque. Edition Minerva, 1998 : 83
31. **WHO.** Mechanism of action. Safety and efficacy of intrauterine device technical. World Health. Organisation Genève, 1987 ; 753 : 89
32. **USAID.** Eléments de technologie de contraception Manuel à l'intention du personnel clinique, 2000 : 12 – 13
33. **Forder JV.** Intrauterine device prostaglandins and copper. LANCET, 1974 ; 4 – 3 – 1009 : 187
34. **USAID.** Planification familiale. Méthodes et pratiques pour l'Afrique, 1985 : 190 – 191
35. **Kleinman MB.** La contraception intra – utérine 4è ed. rédigé par le comité médical central de l'IPPF, 1992 : 75

36. **Guilleband J.** Pelvic inflammatory disease and IUCD'S British Journal of Family, 1988 ; 4 ; 25 : 119
37. **Guittard P, Aubert F.** L'essentiel médical de poche. Edition Marketing/Ellipses, 1990 : 380 – 381
38. **Serfaty.** Aspect et thérapeutique du stérilet à la progestérone. Contraception Fertilité Sexualité, 1984 ; 12 ; 1 : 127 – 132
39. **Janaud A.** Les mécanismes d'action du stérilet contraception. Fertilité Sexualité, 1982 ; 10 ; 5 : 343 – 344
40. **Walsh T.** Randomised controlled trial of prophylactic antibiotic before insertion of intrauterine device IUD. Lancet, 1998 ; 351 : 1005
41. **Reports Population.** La contraception post coïtale. Une évaluation, 1998 ; 9 : 4 – 5
42. **Audebert A, Bouchard.** Contraception post coïtale. Références en gynécologie obstétrique, 1993 : 1 – 7

VELIRANO

« Eto anatrehan'ny ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy sy ireo mpiaramianatra 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 hitandroana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panantontosana ny raharham-pitsaboana.

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

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

Tsy ekeko ho efitra hanelanelanana ny adidiko amin'ny olona hotsaboiko ny antonjavatra ara-pinoana sy ara-pirenena, na ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

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

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

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

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

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de thèse

Signé : Professeur RATOVO Fortunat Cadet

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

First and last name : NEHIMA

**Title : DIU CONTRACEPTION AT CHUA, MATERNITY HOSPITAL
OF BEFELATANANA**

Topic : Public Health Number of pages : 58 Number of tables : 22

Number of figures : 16 Number of diagrams : 06

Number of bibliographical references: 31

SUMMARY

Our work is a retrospective study on the intra-uterin contraception at CHUA Maternity Hospital of Befelatanana.

The objective is to value the DIU users epidemiological profile. The sterilized model available in the Center is the TCU 380. The number of accepters is 103 since the creation of the Health Reproduction Center in 1998 until December 31st 2001.

The numbers of accepters are getting down year after year. Procreating women dominate in a level of 81,56%, they are married in most of cases and have been following primary and secondary schooling level, are living in urban and suburban areas, motivated indeed by the birth spacing.

Health personnel is the first source of information. DIU is usually tolerated by accepters. 13 withdrawals have been done.

Propositions consist in a recess of the communication for behaviour alteration of accepters, improving technical capacities of health personnel through a continuous formation and retraining.

Key words : Sterilet – Insertion – Withdrawal – TCU 380 – Control visits.

Thesis director : Professor RATOVO Fortunat

Reporter : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Author's address: Logt 4/1 Cité Tanambao 67 Ha Sud – ANTANANARIVO (101)

RESUME

Nom et Prénom : NEHIMA

Titre de la Thèse : LA CONTRACEPTION PAR DIU AU CHUA
MATERNITE DE BEFELATANANA

Rubrique : Santé Publique

Nombre de pages : 58 **Nombre de tableaux** : 22 **Nombre de figures** : 16

Nombre de schémas : 06 **Nombre de références bibliographiques** : 42

Notre travail est une étude rétrospective sur la contraception intrautérine au CHUA Maternité de Befelatanana.

L'objectif est d'évaluer le profil épidémiologique des utilisatrices du DIU. Le modèle de stérilet disponible au Centre est le TCU 380. Le nombre d'acceptante est de 103 depuis la création du Centre de Santé de Reproduction en 1998 jusqu'au 31 Décembre 2001. L'effectif des clientes a tendance à diminuer d'année en année. Les femmes en âge de procréer dominant avec un taux de 81,56%, sont mariées dans la majorité des cas, ayant suivi un niveau scolaire primaire et secondaire, habitant dans les zones urbaine et suburbaine, motivées surtout par l'espacement des naissances. Le personnel de santé tient la première place dans la source d'information. Le DIU est en général bien toléré par les acceptantes. 13 retraits ont été effectués.

Les propositions avancées consistent en un renforcement de la communication pour le changement de comportement des acceptantes, une amélioration de la capacité technique du personnel de santé par un recyclage et formation continue.

Mots clés : Stérilet – Insertion – retrait – TCU 380 – Visite de contrôle

Directeur de Thèse : Professeur RATOVO Fortunat Cadet

Rapporteur de Thèse : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

Adresse de l'auteur : Lot III X 231 Ter Anatihazo I Andavamamba Antananarivo 101