

SOMMAIRE

	PAGES
INTRODUCTION.....	01

PREMIERE PARTIE :

GENERALITES SUR L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS MODERNES

1. POPULATION, DEVELOPPEMENT ET SANTE.....	02
1.1. L'Afrique et l'explosion démographique.....	02
1.2. La démographie et le développement.....	03
1.3. La démographie et la santé.....	03
2. UTILISATION DES CONTRACEPTIFS MODERNES.....	04
2.1. Les méthodes contraceptives modernes.....	04
2.1.1. Les méthodes hormonales.....	04
2.1.2. Les méthodes barrières.....	14
2.1.3. Les méthodes chirurgicales.....	16

DEUXIEME PARTIE :

ANALYSE DE L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS MODERNES

1. CADRE D'ETUDE.....	17
1.1. Le lieu d'étude.....	17
1.2. L'ONG santé Sud.....	17
1.3. La délégation locale santé Sud Madagascar.....	17

1.4. Les zones d'action.....	18
1.5. L'organisation de Santé Sud.....	18
1.6. Les services offerts au CMC d'Ambohimananana.....	21
1.7. Le personnel du CMC.....	21
1.8. Le secteur sanitaire.....	21
1.8.1. Les fokontany.....	21
1.8.2. La démographie.....	23
2. METHODOLOGIE.....	23
2.1. Type d'étude.....	23
2.2. Période d'étude.....	23
2.3. Population cible.....	23
2.3.1. Critères d'inclusion.....	23
2.3.2. Critères d'exclusion.....	24
2.4. Echantillonnage et taille de l'échantillon.....	24
2.5. Recueil des données.....	24
2.6. Saisie et traitement.....	24
2.7. Limite et éthique.....	24
2.8. Paramètres d'étude.....	25
3. RESULTATS.....	25
3.1. Le nombre d'utilisatrices.....	25
3.2. La couverture contraceptive.....	25
3.3. Les méthodes utilisées.....	26
3.4. La répartition des utilisatrices.....	26
3.4.1. Selon la méthode utilisée.....	26
3.4.2. Les utilisatrices de Pilplan®.....	27
3.4.3. Les utilisatrices de Confiance®.....	30

3.5. Les causes d'irrégularité.....	34
3.6. Le profil des utilisatrices.....	35

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES.....	37
1.1. Nombre d'utilisatrices et couverture contraceptive.....	37
1.2. Méthode contraceptive.....	37
1.3. Répartition des utilisatrices.....	37
1.3.1. Les utilisatrices de Pilplan®.....	38
1.3.2. Les utilisatrices de Confiance®.....	38
1.4. Causes d'irrégularités.....	39
1.5. Comparaison avec les résultats d'autres études.....	39
2. SUGGESTIONS.....	41
2.1. Renforcement de l'information de la population sur la planification familiale.....	41
2.1.1. Objectif.....	41
2.1.2. Stratégies.....	41
2.2. Elargissement de l'éventail des méthodes disponibles	42
2.2.1. Objectif.....	42
2.2.2. Stratégies.....	42
CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES TABLEAUX

N°D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Tableau 1 :	Mode de suivi de la cliente en Pilplan®.....	07
Tableau 2 :	Suivi de l'utilisatrice de Confiance®.....	10
Tableau 3 :	Répartition de la population du secteur sanitaire d'Ambohimananana selon le fokontany	23
Tableau 4 :	Répartition des utilisatrices selon la régularité d'utilisation.....	25
Tableau 5 :	Les méthodes contraceptives utilisées au CMC d'Ambohimananana.....	26
Tableau 6 :	Répartition des utilisatrices de l'étude selon la méthode contraceptive utilisée.....	26
Tableau 7 :	Répartition des utilisatrices de Pilplan® selon la tranche d'âge.....	27
Tableau 8 :	Répartition des utilisatrices de Pilplan® selon la parité.....	27
Tableau 9 :	Répartition des utilisatrices de Pilplan® selon la situation matrimoniale.....	28
Tableau10 :	Répartition des utilisatrices de Pilplan® selon le niveau d'instruction.....	28
Tableau11 :	Répartition des utilisatrices de Pilplan® selon la profession.....	29
Tableau12 :	Répartition des utilisatrices de Pilplan® selon le domicile.....	29
Tableau13 :	Répartition des utilisatrices de Pilplan® selon la régularité.....	30
Tableau14 :	Répartition des utilisatrices de Confiance® selon la tranche d'âge.....	30
Tableau15 :	Répartition des utilisatrices de Confiance® selon la parité.....	31
Tableau16 :	Répartition des utilisatrices de Confiance® selon la situation matrimoniale.....	31
Tableau17 :	Répartition des utilisatrices de Confiance® selon le niveau d'instruction.....	32
Tableau18 :	Répartition des utilisatrices de Confiance® selon la profession.....	32
Tableau19 :	Répartition des utilisatrices de Confiance® selon le domicile.....	33
Tableau20 :	Répartition des utilisatrices de Confiance® selon la régularité.....	33
Tableau21 :	Les causes d'irrégularité enregistrées.....	34
Tableau22 :	Profil des utilisatrices de Pilplan®.....	35
Tableau23 :	Profil des utilisatrices de Confiance®.....	36

LISTE DES FIGURES

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Figure 1 :	Zones d'action de santé Sud.....	19
Figure 2 :	Organigramme de l'ONG santé Sud à Madagascar.....	20
Figure 3 :	Secteur sanitaire du CMC d'Ambohimananana.....	22
Figure 4 :	Proportion des utilisatrices de Pilplan® domiciliées à 6 km ou moins du CMC.....	35
Figure 5 :	Proportion des utilisatrices de Confiance® domiciliées à plus de 6km du CMC.....	36

LISTE DES ABREVIATIONS, DES SIGLES ET DES SIGNES

CI	: Contraceptifs Injectables
CMC	: Cabinet Médical Communautaire
COC	: Contraceptifs Oraux Combinés
CPN	: Consultation Périnatale
HTA	: Hypertension Artérielle
IEC	: Information, Education et Communication
IM	: Intra-Musculaire
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
P	: Parité
PF	: Planning Familial
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
km	: kilomètre
kg	: kilogramme
mg	: milligramme
mn	: minute
%	: pourcentage
>	: supérieur
<	: inférieur à
≥	: supérieur ou égal à

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le planning familial peut réduire les grossesses non désirées et aider les couples à avoir une famille de la taille désirée. L'accès à un moyen de contraception efficace est essentiel. Le besoin non satisfait de contraception est défini comme le nombre de femmes qui souhaitent éviter la grossesse mais n'utilisent aucun moyen contraceptif.

Un taux particulièrement élevé de besoin non satisfait de contraception est enregistré en Afrique subsaharienne, où environ 19,4% des femmes souhaiteraient éviter de tomber enceintes mais n'utilisent aucun moyen contraceptif (1).

Dans les pays où la demande de contraception est largement satisfaite, tels que le Brésil, la Colombie et le Viêt-Nam, les taux de fécondité sont plus faibles, tout comme ceux de la mortalité maternelle (2).

« Evaluation de l'utilisation des contraceptifs modernes au cabinet médical communautaire d'Ambohimananana » est une étude qui a pour objectif de réunir des éléments de planification pour une meilleure couverture contraceptive.

Le plan de notre étude comprend, outre l'introduction et la conclusion, trois parties principales qui sont les généralités sur l'utilisation des contraceptifs modernes, notre évaluation proprement dite, et les commentaires et suggestions.

A Madagascar, le taux de couverture contraceptive est encore relativement bas. L'accès aux moyens de contraception moderne varie selon les régions et les localités. La planification familiale doit avoir une couverture suffisamment élevée pour que la croissance démographique cède le pas à la croissance économique (3).

PREMIERE PARTIE :
GENERALITES SUR L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS
MODERNES

GENERALITES SUR L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS MODERNES

1. POPULATION, DEVELOPPEMENT ET SANTE

1.1. L'Afrique et l'explosion démographique

Il faut d'abord rappeler quelques données qui inquiètent les planificateurs et ouvrent de nouvelles pistes de réflexion et de recherche. En effet, selon Giri J. « l'Afrique est aujourd'hui un continent qui se remplit, qui se remplit vite, qui se remplit à une vitesse accélérée » (3). « La simple multiplication des chiffres est vertigineuse : 220 millions d'habitants vers 2025 : l'explosion démographique de l'Afrique s'affirme assurément comme l'un des faits les plus marquants de l'histoire contemporaine » (3).

La situation de l'Afrique est unique écrit la banque mondiale. L'humanité n'a jamais connu une croissance démographique aussi rapide. On trouve en Afrique noire, la fécondité la plus élevée du monde dans les pays où les femmes se marient très jeunes et n'arrêtent souvent de procréer qu'en atteignant la ménopause (4). Il n'est pas rare qu'on atteigne des chiffres inquiétants comme on le voit au Kenya où la pression humaine est telle que la population grignote les terres dépeuplées des réserves de faune (5).

Nulle part, le rythme de l'accroissement démographique n'atteint aujourd'hui celui que connaît le continent noir : l'augmentation annuelle y dépasse 3% alors qu'elle est tombée aux environs de 2% dans nombre de pays d'Asie et d'Amérique latine. Si la densité moyenne s'abaisse jusqu'à quatre habitants au kilomètre carré dans certains pays comme le Niger et le Congo, et qu'elle ne dépasse pas dix-huit dans le reste du continent, le rythme de croissance de la population est telle que, si rien ne change, il risque de conduire à des doubléments en une vingtaine d'années.

Ces tendances se dessinent dans un contexte mondial qui doit être pris en considération pour situer le défi de l'explosion démographique de l'Afrique au Sud du Sahara.

1.2. La démographie et le développement (6)(7)

Face aux nouveaux éclairages projetés sur la population mondiale, on peut alors s'interroger sur la pertinence des stratégies et des programmes d'intervention préconisés dans les pays d'Afrique. Compte tenu de la nécessaire articulation des problèmes de population et de développement, au moment où l'on ne cesse d'insister sur la nécessité d'intégrer les variables démographiques dans la planification du développement, le centre de gravité des pratiques demeure, en fin de compte les problèmes de natalité.

Mais « s'il est urgent de mettre un frein à l'explosion démographique de l'Afrique, ce n'est pas parce que la population du continent est trop nombreuse dans l'absolu, mais parce que son taux d'accroissement est trop rapide pour que l'économie puisse suivre ». Les contraintes actuelles obligent les africains à prendre au sérieux les recommandations des grands bailleurs de fonds qui conditionnent l'aide financière à la pratique de la contraception.

Selon M. Barber Conable, le contrôle des naissances doit être « une pratique acceptée par au moins la moitié des couples du Tiers Monde ». Une forte natalité expose à beaucoup de risques notamment dans le domaine de la santé comme la malnutrition et une mortalité infantile élevée.

1.3. La démographie et la santé (8)

En Afrique, au cœur des taudis qui prolifèrent et des villages enclavés où les programmes de soins de santé primaire restent un vœu pieux, il faut s'attendre à une mortalité infantile plus élevée dans la mesure où, en dépit des programmes de vaccination, l'avenir de l'enfant africain est mis en cause par les politiques qui obligent l'Etat à élever le coût de l'alimentation et à réduire ou à supprimer les services voués à l'entretien de la vie.

Les problèmes de population ne se posent pas exclusivement en termes de taux de natalité mais aussi en termes de santé, de mortalité infantile et d'éducation.

2. UTILISATION DES CONTRACEPTIFS MODERNES

2.1. Les méthodes contraceptives modernes

Parmi les méthodes contraceptives modernes, on peut distinguer divers types :

2.1.1. Les méthodes hormonales

2.1.1.1. Les contraceptifs oraux

i) Contraceptifs Oraux Combinés ou COC(9)(10)(11)

Ils sont à base d'œstrogène et de progestatif. Exemple : Lo-Femenal® (normodosé à 50 mg d'œstrogène), Microgynon® (microdosé à 30 mg d'œstrogène).

✓ Le pilplan

Le pilplan est un contraceptif oral combiné.

• Présentation et composition

Le pliplan est présenté en boîte de 28 comprimés sous blister :

- 21 comprimés blancs (œstro-progestatif),
- 7 comprimés bruns (75 mg de Fumarate de fer par comprimé),
- micro-dosé.

• Mode d'action

L'action est réversible sur :

- l'ovaire, en bloquant l'ovulation,
- l'endomètre, en inhibant la prolifération,
- le col utérin en épaississant la glaire cervicale.

• Mode d'emploi

- Première prise : premier jour des règles (au plus tard le 5^e jour).
- Avaler un comprimé blanc par jour presque à la même heure pendant 21 jours consécutifs.
- Continuer par un comprimé brun par jour à la même heure.
- Reprendre une nouvelle plaquette dès le lendemain de la prise du dernier comprimé brun et suivre le même mode d'emploi.

- Indications
 - femme désirant une méthode contraceptive très efficace,
 - dysménorrhée,
 - cycle irrégulier,
 - antécédent de kyste ovarien ou de grossesse extra-utérine,
 - contraception d'urgence,
 - prévention de l'anémie, de l'ostéoporose et des cancers de l'endomètre et de l'ovaire.
- Contre indications absolues
 - grossesse,
 - antécédents cardio-vasculaires : HTA, coronaropathie, angine de poitrine,
 - antécédents cérébro-vasculaires,
 - antécédents thromboemboliques : thrombo-phlébites,
 - affections hépatiques sévères ou récentes : cirrhose, hépatite,
 - ictère,
 - saignements génitaux anormaux non diagnostiqués,
 - nodules mammaires,
 - tumeurs malignes : hypophyse, seins, utérus,
 - ictère,
 - saignements génitaux anormaux non diagnostiqués,
 - nodules mammaires,
 - tumeurs malignes : hypophyse, seins, utérus,
 - tabagisme et âge plus de 35 ans.
- Contre indications relatives
 - migraine chronique,
 - diabète,
 - allaitement d'un bébé de moins de 6 mois,
 - tabagisme et âge de moins de 35 ans,
 - varice,
 - obésité.

- Effets secondaires

Ils sont transitoires et passagers (maximum pendant les 3 premiers mois).

- nausée,
- vertige, céphalées banales,
- prise de poids (ne dépassant pas 2 kg en 1 an),
- irritabilité,
- spotting,
- aménorrhée,
- acné.

- Précautions d'emploi

Interrompre la prise de pilplan 1 mois avant un cas de :

- intervention chirurgicale,
- immobilisation prolongée.

S'il y a vomissements ou diarrhées prolongés : continuer les prises comme d'habitude, utiliser un préservatif ou éviter toute relation sexuelle pendant 7 jours consécutifs après guérison.

- Interactions médicamenteuses

La prise d'autres médicaments peut diminuer l'efficacité de pilplan :

- rifampicine,
- ampicilline,
- tétracycline,
- phénobarbital,
- insuline.

- Informations-clés

- méthode sûre,
- efficacité 97%,
- coût abordable car le prix est subventionné,
- réversible et pratique,
- stabilise le cycle menstruel,
- peut être utilisé par les femmes qui allaitent un enfant de plus de 6 mois,
- effets secondaires transitoires,

- ne doit pas être utilisé par une femme tabagique de plus de 35 ans,
 - nécessite une prise journalière à heure fixe,
 - en cas d'oubli de plus de 12 heures, une méthode d'appoint est recommandée (préservatif),
 - ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles et SIDA.
- Suivi

Tableau 1 : Mode de suivi de la cliente en Pilplan® (11).

Rythme de suivi	• Un mois après la première plaquette • Ensuite tous les 3 mois
Examens à faire	• A chaque consultation : - prendre la tension artérielle - peser (poids) • Par an - Toucher vaginal - Examen au spéculum - Examen des seins
Signes d'alerte	• Douleur abdominale violente • Douleur thoracique violente ou difficulté respiratoire • Maux de tête avec pulsation ou seulement d'un côté de la tête • Vertige • Problèmes de vision (vision trouble, double vision ou cécité) • Problème d'élocution • Douleur importante ou tuméfaction au niveau du mollet ou de la cuisse

ii) *Les pilules progestatives* (12)(13)

On utilise actuellement l'Ovrette® ou le Microlut®.

- Avantages
 - elles n'agissent pas sur l'allaitement,
 - elles ne contiennent pas d'œstrogène.
- Inconvénients
 - moins efficaces que le COC,
 - nécessitent une prise quotidienne de la pilule.
- Indications
 - femmes ayant des contre-indications aux COC,
 - femmes allaitantes inférieures à 6 mois,
 - nullipares.
- Contre-indications absolues
 - grossesse,
 - ictère,
 - cirrhose,
 - cancer du foie,
 - métrorragie d'origine inconnue.
- Contre-indications relatives
 - adolescente (< 18 ans),
 - épilepsie sous barbiturique,
 - tuberculose, lèpre sous rifampicine,
 - maladies cardio-vasculaires.
- Effets secondaires

Ils sont les mêmes que ceux des COC.

2.1.1.2. *Les contraceptifs injectables*

Il s'agit d'un produit progestatif à effet prolongé que l'on injecte par voie intra-musculaire. Trois produits sont souvent utilisés :

- i) L'enantate de noréthistérone (Noristera®)
- ii) L'acétate de médroxyprogestérone (Dépo-provera®)
- iii) Confiance® (acétate de médroxyprogestérone)

- Présentation et composition
 - suspension aqueuse injectable (1 flacon de 1 ml avec une seringue et une aiguille à usage unique par boîte),
 - progestatif de synthèse (acétate de médroxyprogestérone) 150 mg.
- Mode d'action

Action réversible sur :

 - l'ovaire en bloquant l'ovulation,
 - l'endomètre en inhibant la prolifération,
 - le col utérin en épaississant la glaire cervicale.
- Mode d'emploi
 - injection intra-musculaire profonde de 150 mg toutes les 12 semaines,
 - première injection :
 - * au début du cycle entre le 1^{er} et le 5^e jour des règles,
 - * dans les 5 jours du post-abortum,
 - * dans les 5 jours du post-partum si la femme n'allait pas,
 - * dans la 6^e semaine si la femme allaite.
- Techniques d'injection
 - asepsie rigoureuse,
 - homogénéiser le contenu de flacon de Confiance® en le faisant rouler verticalement entre les paumes de la main et non en le secouant,
 - veiller à ne pas perdre le contenu au cours de l'aspiration et en purgeant la seringue,
 - vérifier que l'aiguille n'a pas pénétré un vaisseau sanguin,
 - ne pas masser le point d'injection.
- Indications

Contraception hormonale de longue durée (12 semaines) pour :

 - les femmes en âge de procréer,
 - les femmes qui allaitent,
 - les femmes présentant des contre-indications à l'œstrogène,
 - les femmes qui fument.
- Avantages médicaux

Diminution des risques de :

- tumeurs bénignes du sein,
- cancer de l'endomètre,
- cancer de l'ovaire,
- grossesse extra-utérine.
- Contre indications
 - allergie à la médroxyprogestérone,
 - grossesse,
 - allaitement d'un bébé de moins de 6 semaines,
 - hémorragies génitales non diagnostiquées,
 - affections hépatiques sévères ou récentes,
 - cancer du sein,
 - hypertension artérielle sévère.
- Effets secondaires
 - troubles du cycle menstruel : aménorrhée, spotting, métrorragies, cycles irréguliers,
 - légère prise de poids (ne dépassant pas 2 kg par an).
- Interactions médicamenteuses

Certains médicaments diminuent l'effet de Confiante® :

 - rifampicine,
 - barbituriques,
 - certains anti-convulsivants (hydantoïnes),
 - traitement anticancéreux (amino-glutéthimide).
- Suivi

Tableau 2 : Suivi de l'utilisatrice de Confiante® (13).

Rythme de suivi	• Tous les trois mois, avant l'injection d'une nouvelle dose.
Examens à faire	• Avant la première injection - Tension artérielle (>140/90 mmHg) - Pouls (>100/mn) - Pâleur, cyanose ou dyspnée

	- Ictère - Hépatomégalie - Varices ou signes de thrombophlébite - Présence d'une masse mammaire non diagnostiquée - Grossesse • A chaque consultation - Tension artérielle - Poids • Par an - Toucher vaginal - Examen au spéculum - Seins
-----	-----
Signes d'alerte	• Saignements génitaux importants de durée et de quantité plus importante que la normale • Aménorrhée après un intervalle prolongé de règles régulières (grossesses éventuelles) • Migraine répétée • Vision trouble • Douleur abdominale basse • Sévère (grossesse extra-utérine ?)

- Informations-clés sur Confiante®
 - méthode sûre,
 - efficace à 99,6%,
 - pratique, facile à utiliser,
 - convient aux femmes qui allaitent un enfant âgé de plus de 1 mois et demi (6 semaines),
 - peut être utilisée par toute femme en âge de procréer, mais non conseillée pour les nullipares,
 - injection toutes les 12 semaines,

- réversibles (avec retour de la fécondité dans un délai de 6 à 12 mois en moyenne),
- effets secondaires :
 - * spotting,
 - * aménorrhées,
 - * métrorragies,
 - * légère prise de poids,
- ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles et SIDA.

2.1.1.3. *Les implants sous-cutanés* (14)(15)

Le plus utilisé est le Norplant®.

- Mécanisme d'action

Les implants sous-cutanés bloquent l'ovulation, atrophient l'endomètre et rendent la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes.

- Avantages

- pas d'interférence avec l'allaitement maternel,
- une seule implantation pour 5 ans d'action contraceptive,
- retour précoce de la fertilité après ablation des implants.

- Inconvénients

- irrégularité du cycle menstruel,
- nécessité d'un acte chirurgical pour l'insertion et l'ablation.

- Contre indications absolues

- grossesse,
- métrorragie d'origine inconnue,
- ictère de moins de 6 mois.

- Contre indications s'il y a d'autres méthodes

- adolescente (< 18 ans),
- épilepsie sous barbiturique,
- tuberculose, lèpre sous rifampicine,
- diabète,
- maladies cardio-vasculaires,
- anémie

- cirrhose,
- cancer du foie,
- cancer du sein.

2.1.1.4. *Stérilet ou Dispositif Intra-Utérin (DIU) (16)*

Il s'agit d'une matière plastique imprégnée d'un progestatif et que l'on met en place au niveau du col utérin. Le principal disponible à Madagascar est le TCU380A.

- Mécanisme d'action

Le DIU joue un rôle de corps étranger dans l'utérus et provoque une réaction inflammatoire mais stérile de l'endomètre, empêchant la nidation. Il altère biologiquement l'ovule et les spermatozoïdes et est très toxique pour l'œuf.

- Avantages

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

- Effets secondaires

- douleur et inflammation pelvienne liée au DIU,
- expulsion du DIU,
- possibilité de grossesse malgré la présence du DIU,
- apparition de règles plus abondantes, des hémorragies entre les périodes menstruelles, ou des pertes.

- Indication

- femmes débiles,
- femmes multipares ne supportant pas les contraceptifs oraux ou injectables mais ne voulant pas de la stérilisation chirurgicale,
- femmes allaitantes souhaitant une méthode peu contraignante, ne voulant plus d'enfants et ayant des relations sexuelles stables et fidèles.

- Contre-indications absolues

- malformations utérines,
- grossesse,
- infections génitales,
- métrorragie d'origine inconnue,
- cancer du col.

- Contre-indications s'il y a d'autres méthodes
 - adolescente (< 18 ans),
 - dysménorrhée,
 - nulliparité.
- Période d'insertion
 - insertion pendant le post-partum ou le post abortum,
 - insertion post-coïtale.
- Complications
 - perforation utérine,
 - infections génitales aboutissant à une obstruction tubaire source de grossesse extra-utérine ou de stérilité.

2.1.2. Les méthodes barrières (17)(18)(19)

2.1.2.1. Le préservatif masculin ou condom

Le préservatif masculin empêche le contact des spermatozoïdes dans la filière génitale femelle. Accessoirement, le condom assure une protection contre les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA.

2.1.2.2. Le diaphragme

Il est constitué d'une cupule en latex très souple avec un rebord semi-liquide. Il s'insère avant chaque rapport sexuel au fond du vagin pour empêcher le passage des spermatozoïdes dans le canal cervical. Il est retiré 6 à 8 heures après le rapport sexuel.

- Effets secondaires
 - infections des voies urinaires,
 - irritation locale,
 - compression sur la vessie ou sur le rectum,
 - pertes vaginales fétides si le diaphragme est laissé plus de 24 heures dans le vagin,
 - lésion vaginale causée par le retrait du diaphragme.
- Contre indications
 - allergie au latex,

- antécédents de syndrome de choc toxique,
- infections répétées des voies urinaires,
- anomalie anatomique vaginale ou utérine,
- prolapsus utérin,
- lésion périnéale,
- fibrome postérieur,
- accouchement à terme au cours des 6 à 12 semaines passées.

2.1.2.3. *Les spermicides*

Ce sont des produits chimiques qui inactivent irréversiblement ou détruisent les spermatozoïdes au niveau du vagin, avant qu'ils puissent atteindre les voies génitales hautes.

Ils se présentent sous différentes formes :

- crème,
- gel,
- ovule,
- comprimé,
- ovule moussant,
- éponges vaginales.

On les introduit dans le vagin juste avant le rapport sexuel pour les mousses ainsi que pour les crèmes et les gelées, ou au minimum 10 minutes avant les rapports sexuels pour les ovules et les comprimés.

- Avantages
 - conviennent aux rapports sexuels occasionnels,
 - légère protection contre les IST,
 - haute efficacité si combinés à d'autres méthodes barrières.
- Inconvénients
 - inconfort du partenaire et de l'utilisatrice,
 - retarde les rapports sexuels,
 - irritation locale causée par une sensibilité ou allergie aux spermatozoïdes.
- Efficacité théorique : 87%

2.1.3. Les méthodes chirurgicales (20)(21)(22)

2.1.3.1. Chez l'homme

Chez l'homme, la vasectomie supprime la présence des spermatozoïdes dans le sperme. Le canal déférent de chaque côté est obstrué ou sectionné de façon à arrêter la libération des spermatozoïdes. La méthode se pratique sous anesthésie locale.

2.1.3.2. Chez la femme

On utilise la stérilisation tubaire : elle consiste à interrompre la capacité reproductive de la femme par la pratique de l'occlusion des conduites par lesquelles passent les ovules jusqu'à l'utérus et à empêcher la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovule au niveau de la trompe.

DEUXIEME PARTIE :
ANALYSE DE L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS
MODERNES

ANALYSE DE L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS MODERNES

1. CADRE D'ÉTUDE

1.1. Le lieu d'étude

L'étude a été réalisée au Cabinet Médical Communautaire ou CMC d'Ambohimananana, une formation sanitaire rattachée à l'ONG Santé Sud.

Ambohimananana se trouve dans la commune de Tamponala, district de Soavinandriana, région Itasy.

1.2. L'ONG Santé Sud

Santé Sud est une ONG (Organisation Non Gouvernementale) française dont le siège se trouve à Marseille. Sa philosophie est d'« agir sans remplacer ». Son axe stratégique à Madagascar repose sur le développement de la médecine générale de première ligne.

Santé Sud n'est pas un bailleur de fonds. Elle élabore des projets de développement adaptés aux contextes culturel, social et politique du pays et les soumet aux bailleurs. La mise en œuvre des projets à Madagascar est assurée par une délégation locale de "Santé Sud".

1.3. La délégation locale Santé Sud Madagascar

- Elle a son siège à Ambatomitsangana à Antananarivo.
- Le personnel est composé de 6 personnes salariées dont 2 médecins.
- Ses principales missions sont de :
 - mettre en œuvre et réaliser le « projet Santé Sud » à Madagascar,
 - assurer le bon déroulement du projet,
 - rendre régulièrement des comptes à Marseille,
 - veiller à ce que les objectifs soient correctement atteints.
- Les objectifs du projet sont :
 - installer 10 médecins par an,
 - assurer l'offre de soins médicaux de première ligne de qualité pour les populations défavorisées en zone rurale (soins de santé de base).

1.4. Les zones d'action

Les zones d'action de "Santé Sud" sont (figure 1) :

- la région d'Analamanga,
- la région d'Itasy,
- la région du Vakinankaratra,
- la région du Bongolava,
- la région AtsimoAndrefana.

Ces cinq régions représentent actuellement les zones d'action où Santé Sud évolue en attendant l'identification de nouvelles régions qui bénéficieront des projets de l'ONG.

1.5. L'organisation de Santé Sud

A Madagascar, l'organigramme de "Santé Sud" est présenté à la figure 3.

Le siège local est dirigé par un directeur qui travaille en collaboration avec :

- un coordonnateur administratif,
- un coordonnateur technique,
- un adjoint technique,
- un secrétaire comptable,
- une femme de ménage,
- un gardien.

Au niveau des zones d'action se trouvent les formations sanitaires dénommées « Cabinets Médicaux Communautaires ou CMC ».

Chaque cabinet médical communautaire dispose :

- d'un dispensaire,
- d'une maternité,
- et d'une pharmacie.

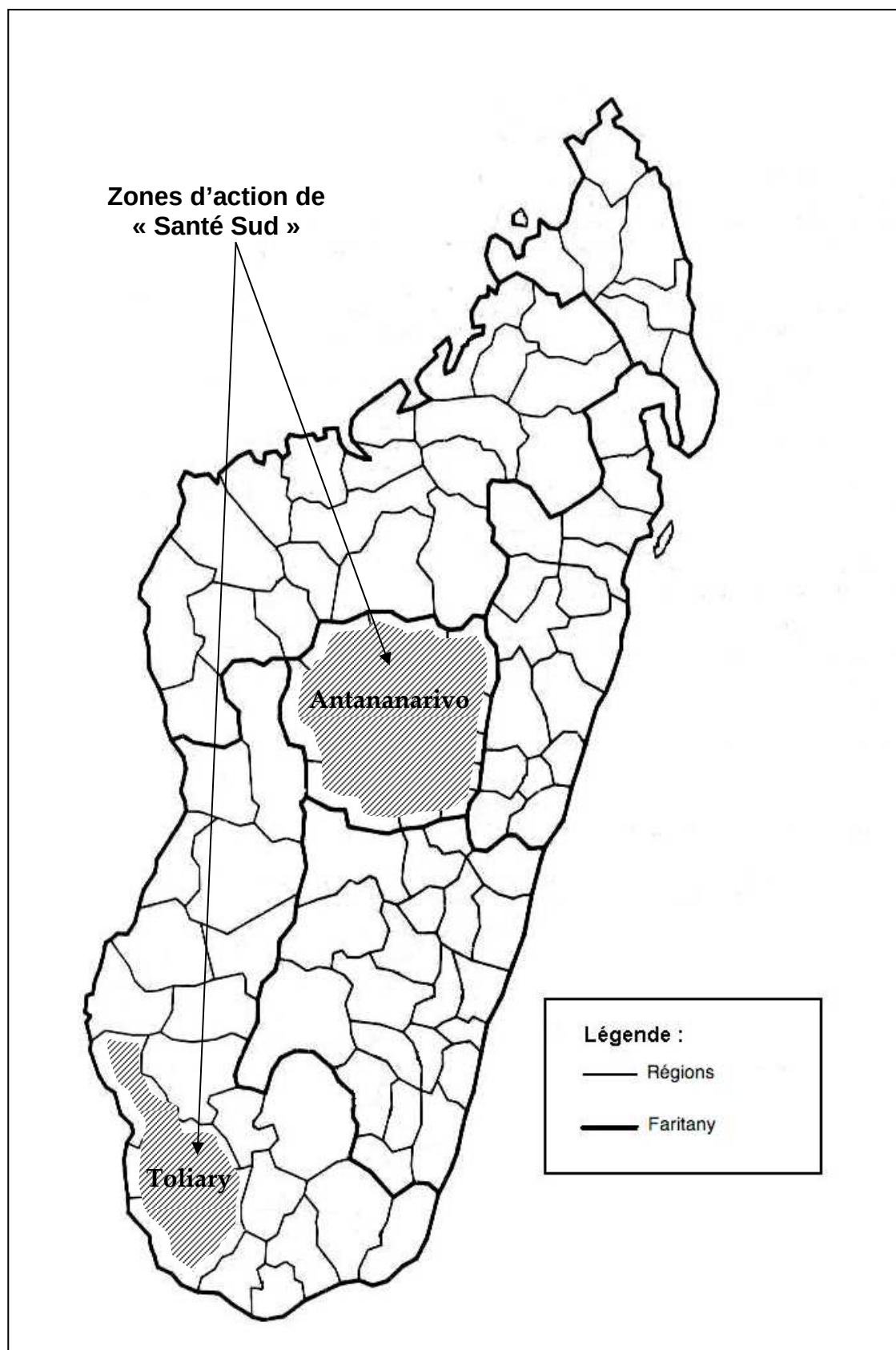


Figure 1 : Zones d'action de santé Sud.

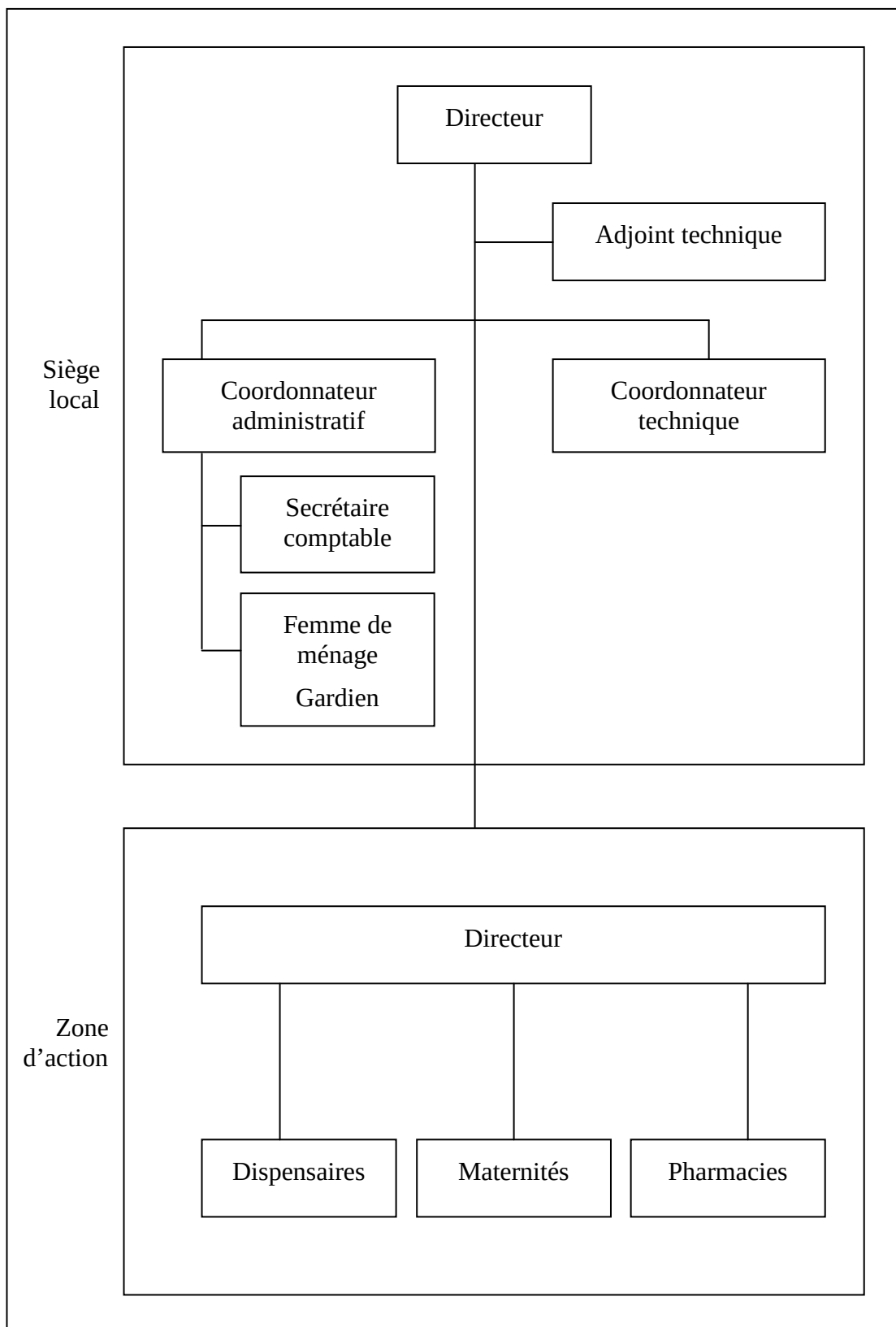


Figure 2 : Organigramme de l'ONG santé Sud à Madagascar.

1.6. Les services offerts au CMC d'Ambohimananana

Le CMC d'Ambohimananana offre :

- Des services préventifs
 - Information, Education et Communication (IEC)
 - Surveillance nutritionnelle
 - Consultations Prénatales (CPN)
 - Vaccination
 - Planification Familiale (PF)
- Des services de maternité : accouchements normaux
- Des services curatifs
 - Consultations externes
 - Soins infirmiers et médicaux d'urgence
- Des services de pharmacie : distribution de médicaments essentiels
- Un service d'extraction dentaire

1.7. Le personnel du CMC

Le CMC d'Ambohimananana est tenu par un médecin installé par Santé Sud avec l'aide non permanente d'un ou plusieurs médecins sortants en quête de poste.

1.8. Le secteur sanitaire

1.8.1. *Les fokontany*

Le secteur desservi par le CMC d'Ambohimananana compte 6 fokontany (figure 3) :

- Ambohimananana
- Ambohimanarivo
- Ambatoasana Sud
- Ambalahavaratra
- Amparihilava
- Anosivola

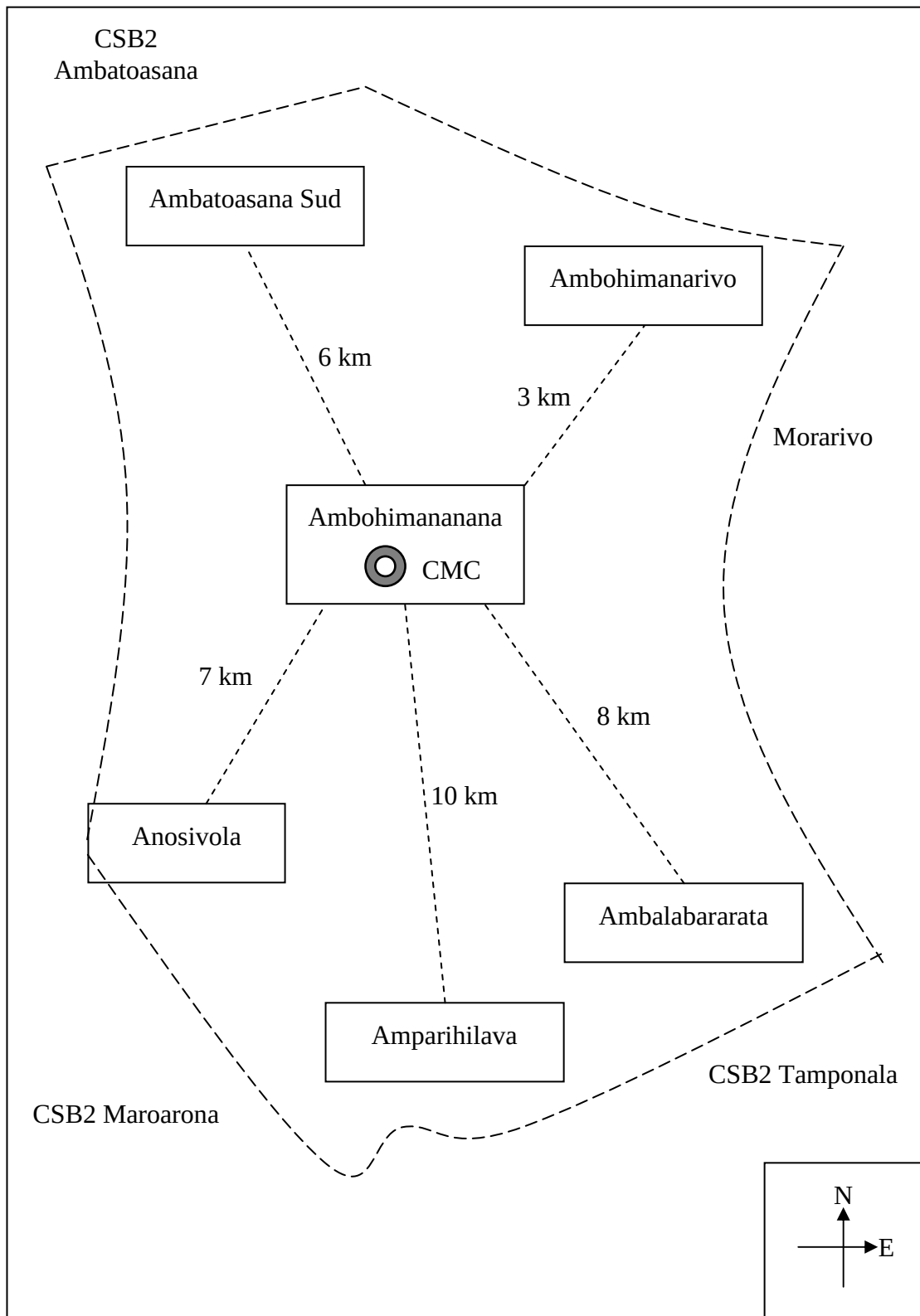


Figure 3 : Secteur sanitaire du CMC d'Ambohimananana.

1.8.2. La démographie

Le secteur sanitaire compte 7.300 habitants dont 1.684 femmes en âge de procréer (tableau 3).

Tableau 3 : Répartition de la population du secteur sanitaire d’Ambohimananana selon le fokontany.

N°	Fokontany	Effectif	Femmes en âge de procréer
1	Ambohimananana	2 125	501
2	Ambohimanarivo	1 236	295
3	Ambatoasana Sud	1 146	263
4	Anosivola	867	194
5	Ambalabararata	910	203
6	Amparihilava	1 016	228
Total		7 300	1 684

2. METHODOLOGIE (23)(24)

Objectifs :

- L’objectif principal est de réunir des éléments de planification pour une meilleure couverture contraceptive.
- Les objectifs spécifiques sont :
 - déterminer la couverture contraceptive,
 - identifier les caractéristiques des utilisatrices,
 - relever les obstacles enregistrés.

2.1. Type d’étude

Il s’agit d’une étude rétrospective transversale.

2.2. Période d’étude

La période d’étude va du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009.

2.3. Population cible

L'étude porte sur les femmes en âge de procréer.

2.3.1. Critères d'inclusion

Sont incluses dans l'étude, les femmes en âge de procréer du secteur sanitaire d'Ambohimananana, inscrites dans le programme de planning familial du CMC en 2009.

2.3.2. Critères d'exclusion

Sont écartées de l'étude, les utilisatrices du programme PF dont les dossiers n'ont pas été retrouvés.

2.4. Echantillonnage et taille de l'échantillon

Il s'agit d'une étude exhaustive des utilisatrices du programme de PF en 2009 ayant leurs dossiers disponibles au CMC. L'étude concerne 256 femmes en âge de procréer.

2.5. Recueil de données

Les données ont été recueillies manuellement à partir du registre et des fiches de planification familiale du CMC d'Ambohimananana.

2.6. Saisie et traitement

Les données sont ensuite saisies à l'ordinateur et traitées selon les logiciels Word et Excel.

2.7. Limite et éthique

- Les données ont été recueillies au CMC avec l'autorisation du médecin responsable du CMS.
- Certaines utilisatrices du programme dont les dossiers n'ont pas été retrouvés ne font pas partie de l'étude.
- L'étude a été réalisée de façon anonyme et dans le respect strict du secret médical.

2.8. Paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

- le nombre d'utilisatrices PF 2009,
- la couverture contraceptive,
- les méthodes contraceptives utilisées,
- la répartition des utilisatrices selon la méthode utilisée,
- la répartition des utilisatrices par méthode selon :
 - la tranche d'âge,
 - la situation matrimoniale,
 - la parité,
 - le niveau d'instruction,
 - la profession,
 - le domicile,
- la répartition des utilisatrices selon leur régularité,
- les problèmes de l'utilisation des contraceptifs selon les utilisatrices déclarantes.

3. RESULTATS

3.1. Le nombre d'utilisatrices

Au cabinet médical communautaire d'Ambohimanana, 256 utilisatrices PF ont été enregistrées en 2009 parmi les lesquelles 244 ont été retenues dans cette étude (dossiers disponibles).

3.2. La couverture contraceptive

Tableau 4 : Répartition des utilisatrices selon la régularité d'utilisation.

Dénomination	Nombre	Pourcentage
Utilisatrices régulières	236	96,7
Utilisatrices irrégulières	8	3,3
Total	244	100%

- Dans 3,3% des cas, les utilisatrices sont irrégulières.
- Couverture contraceptive :
 - population cible : 1 684
 - utilisatrices régulières : 236
 - couverture contraceptive : 14%

3.3. Les méthodes utilisées

Tableau 5 : Les méthodes contraceptives utilisées au CMC d'Ambohimananana.

Dénomination	Type	Nom de spécialité
Contraception orale :		
- Contraceptif Oral Combiné (COC)	Oestro-progestatif	Pilplan®
Contraception injectable :	Acétate de	Confiance®
- Contraceptif Injectable IM	médroxyprogestérone	

3.4. La répartition des utilisatrices

3.4.1. Selon la méthode utilisée

Tableau 6 : Répartition des utilisatrices de l'étude selon la méthode contraceptive utilisée.

Méthode utilisée	Nombre	Pourcentage
COC : Pilplan®	88	36,1
CI : Confiance®	156	63,9
Total	244	100%

- Dans 63,9% des cas, les utilisatrices optent pour la Confiance® (contraceptif injectable).

3.4.2. Les utilisatrices de Pilplan®

i) Les tranches d'âge

Tableau 7 : Répartition des utilisatrices de Pilplan® selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Nombre	Pourcentage
15-19 ans	25	28,4
20-29 ans	43	48,9
30-39 ans	14	15,9
40-49 ans	6	6,8
Total	88	100%

- Dans 48,9% des cas, les utilisatrices de Pilplan® ont 20 à 29 ans.

ii) La parité

Tableau 8 : Répartition des utilisatrices de Pilplan® selon la parité.

Parité (P)	Nombre	Pourcentage
P0	7	8,0
P1	9	10,2
P2	17	19,3
P3	26	29,5
P4	18	20,5
P5 et +	14	12,5
Total	88	100%

- Dans 29,5% des cas, les utilisatrices de Pilplan® ont une parité égale à 3.

iii) Situation matrimoniale

Tableau 9 : Répartition des utilisatrices de Pilplan® selon la situation matrimoniale.

Situation matrimoniale	Nombre	Pourcentage
Mariée	50	56,8
Célibataire	13	14,8
Vie en couple	9	10,2
Séparée ou divorcée	16	18,2
Total	88	100%

- Dans 56,8% des cas, les utilisatrices de Pilplan® sont mariées.

iv) Niveau d'instruction

Tableau 10 : Répartition des utilisatrices de Pilplan® selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Nombre	Pourcentage
Illettrée	43	48,9
Primaire	29	33,0
Secondaire	15	17,0
Universitaire	1	1,1
Total	88	100%

- Dans 48,9% des cas, les utilisatrices de Pilplan® sont illettrées.

v) *Profession*

Tableau 11 : Répartition des utilisatrices de Pilplan® selon la profession.

Profession	Nombre	Pourcentage
Cultivatrices	28	31,8
Commerçantes	10	11,4
Femmes au foyer	25	28,4
Institutrices	3	3,4
Elevages de basse-cour	22	25,0
Total	88	100%

- Dans 31,8% des cas, les utilisatrices de Pilplan® sont cultivatrices.

vi) *Domicile*

Tableau 12 : Répartition des utilisatrices de Pilplan® selon le domicile.

Domicile	Nombre	Pourcentage
Ambohimanana (0km)	23	26,1
Ambohimanarivo (3km)	16	18,2
Ambatoasana Sud (6km)	31	35,2
Anosivola (7km)	15	17,1
Amparihilava (10km)	0	0,0
Ambalahavaratra (8km)	3	3,4
Total	88	100%

- Dans 26,1% des cas, les utilisatrices de Pilplan® viennent d'Ambohimanana.

vii) *Qualité d'utilisation*

Tableau 13 : Répartition des utilisatrices de Pilplan® selon la régularité.

Régularité des utilisatrices	Nombre	Pourcentage
Utilisatrices régulières	81	92,0
Utilisatrices irrégulières	7	8,0
Total	88	100%

- Dans 8% des cas, les utilisatrices de Pilplan® sont irrégulières.

3.4.3. *Les utilisatrices de Confiance®*i) *Les tranches d'âge*

Tableau 14 : Répartition des utilisatrices de Confiance® selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Nombre	Pourcentage
15-19 ans	28	17,9
20-29 ans	43	27,6
30-39 ans	58	37,2
40-49 ans	27	17,3
Total	156	100%

- Dans 37,2% des cas, les utilisatrices de Confiance® ont 30 à 39 ans.

ii) La parité

Tableau 15 : Répartition des utilisatrices de Confiance® selon la parité.

Parité (P)	Nombre	Pourcentage
P1	14	9,0
P2	21	13,5
P3	44	28,2
P4	67	42,9
P5 et +	10	6,4
Total	156	100%

- Dans 42,9% des cas, les utilisatrices de Confiance® ont une parité égale à 4.

iii) Situation matrimoniale

Tableau 16 : Répartition des utilisatrices de Confiance® selon la situation matrimoniale.

Situation matrimoniale	Nombre	Pourcentage
Mariée	93	59,6
Célibataire	23	14,7
Vie en couple	29	18,6
Séparée ou divorcée	11	7,1
Total	156	100%

- Dans 59,6% des cas, les utilisatrices de Confiance® sont mariées.

iv) Niveau d'instruction

Tableau 17 : Répartition des utilisatrices de Confiance® selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Nombre	Pourcentage
Illettrée	36	23,1
Primaire	88	56,4
Secondaire	29	18,6
Universitaire	3	1,9
Total	156	100%

- Dans 56,4% des cas, les utilisatrices de Confiance® sont du niveau primaire.

v) Profession

Tableau 18 : Répartition des utilisatrices de Confiance® selon la profession.

Profession	Nombre	Pourcentage
Cultivatrices	65	41,7
Commerçantes	18	11,5
Femmes au foyer	18	11,5
Institutrices	3	1,9
Elevages de basse-cour	31	19,9
Epicières	13	8,4
Gargotières	8	5,1
Total	156	100%

- Dans 41,7% des cas, les utilisatrices de Confiance® sont cultivatrices.

vi) *Domicile*

Tableau 19 : Répartition des utilisatrices de Confiance® selon le domicile.

Domicile	Nombre	Pourcentage
Ambohimanana (0km)	20	12,8
Ambohimanarivo (3km)	22	14,1
Ambatoasana Sud (6km)	28	17,9
Anosivola (7km)	29	18,6
Amparihilava (10km)	36	23,1
Ambalahavaratra (8km)	21	13,5
Total	156	100%

- Dans 23,1% des cas, les utilisatrices de Confiance® habitent à 10 km du cabinet médical communautaire.

vii) *Qualité d'utilisation*

Tableau 20 : Répartition des utilisatrices de Confiance® selon la régularité.

Régularité des utilisatrices	Nombre	Pourcentage
Utilisatrices régulières	155	99,4
Utilisatrices irrégulières	1	0,6
Total	156	100%

- Dans 8% des cas, les utilisatrices de Confiance® sont régulières.

3.5. Les causes d'irrégularité

Tableau 21 : Les causes d'irrégularité enregistrées.

Causes d'irrégularité	Nombre de cas
Oubli des rendez-vous	3
Rumeurs et inquiétudes sur les thèmes :	
- Contraceptifs causes de maladies hémorragiques et cancéreuses	4
- Contraceptifs causes de stérilité	
Effets secondaires non supportés :	
- Saignement (partenaire non compréhensif)	1
Total	8

3.6. Le profil des utilisatrices

Tableau 22 : Profil des utilisatrices de Pilplan®.

Profil des utilisatrices de Pilplan®	Profil
Tranche d'âge	20-29 ans : 48,9% (43/88)
Parité	Parité 3 : 29,5% (26/88)
Situation matrimoniale	Mariée : 56,8% (50/88)
Niveau d'instruction	Illettrée : 48,9% (43/88)
Profession	Cultivatrices : 31,8% (28/88)
Domicile	≤ 6 km : 79,5% (70/88)
Irrégularité	nombre : 7 : 8% (7/88)

- Dans 79,5% des cas, les utilisatrices sont domiciliées à 6 km ou moins du cabinet médical communautaire.
- > 6 km : 20,5%

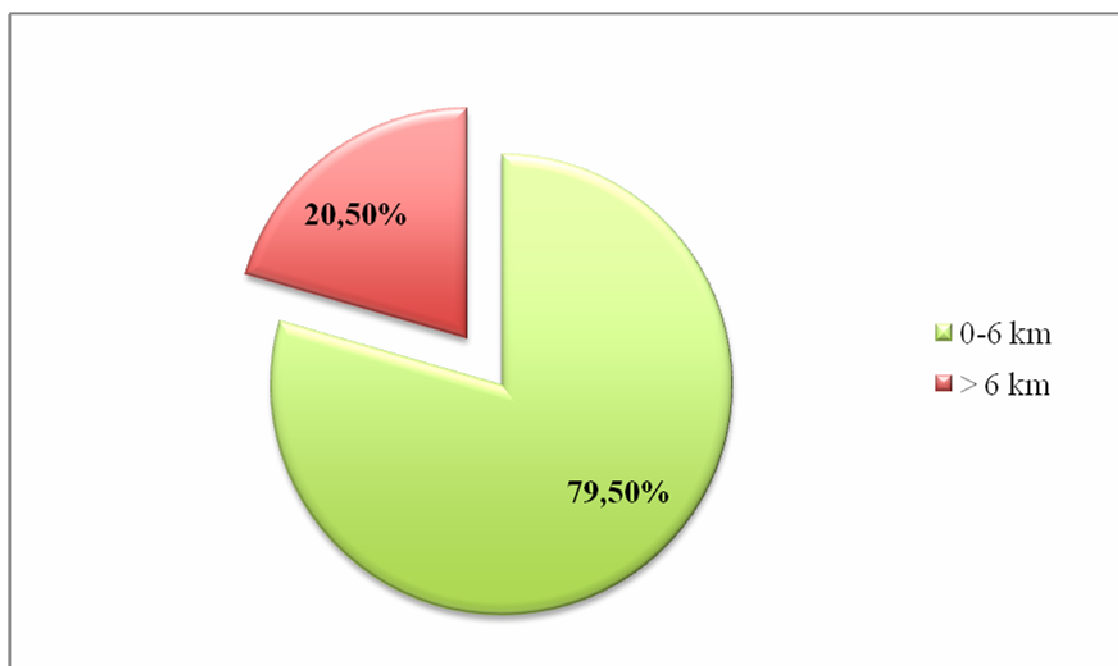


Figure 4 : Proportion des utilisatrices de Pilplan® domiciliées à 6 km ou moins du CMC.

Tableau 23 : Profil des utilisatrices de Confiance®.

Profil des utilisatrices de Confiance®	Profil
Tranche d'âge	30-39 ans : 37,2% (58/156)
Parité	Parité 4 : 42,9% (67/156)
Situation matrimoniale	Mariée : 59,6% (93/156)
Niveau d'instruction	Primaire : 56,4% (88/156)
Profession	Cultivatrices : 41,7% (65/156)
Domicile	> 6 km : 55,1% (86/156)
Irrégularité	nombre : 1 : 0,6% (1/156)

- Dans 55,1% des cas, les utilisatrices de Confiance® sont domiciliées à plus de 6 km du cabinet médical communautaire.

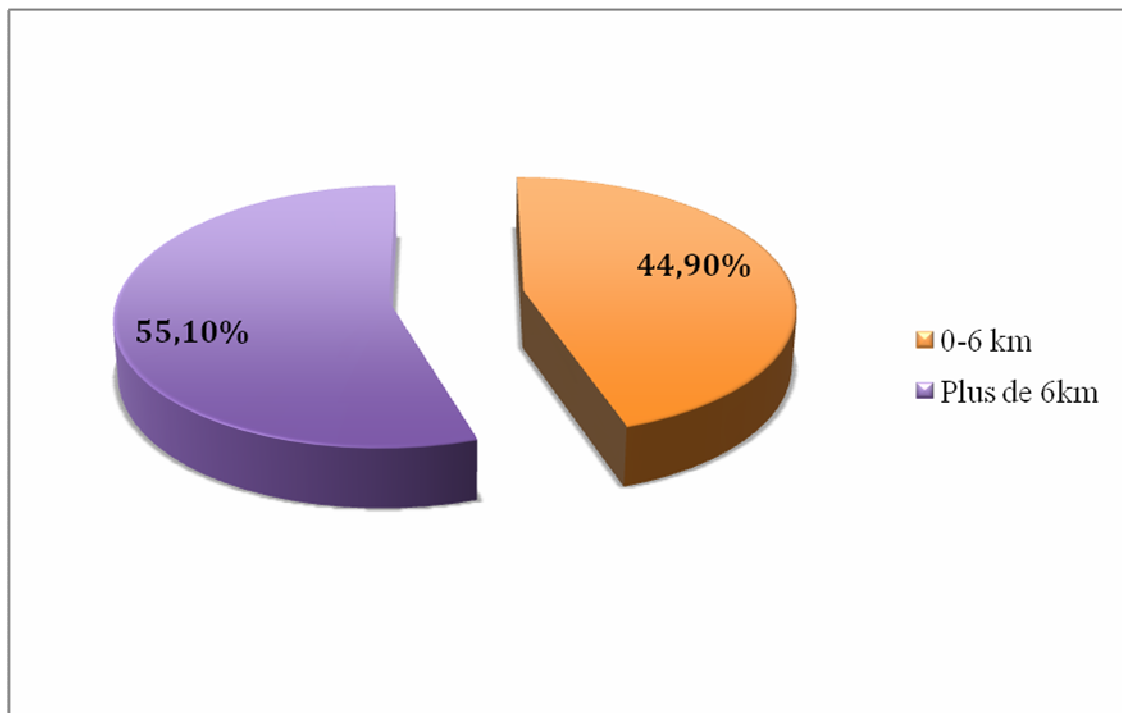


Figure 5 : Proportion des utilisatrices de Confiance® domiciliées à plus de 6 km du CMC.

**TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES
ET SUGGESTIONS**

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES

L'ONG Santé Sud installe ses cabinets médicaux communautaires au niveau de ses zones d'action dans les localités où la couverture sanitaire fait défaut. Le cabinet médical communautaire d'Ambohimananana reflète ces dispositions et offre des soins médicaux de base curatifs, la maternité et des activités préventives dont la planification familiale. Les résultats de notre étude menée sur les données de 2009 montrent la situation en matière de planning familial.

1.1. Nombre d'utilisatrices et couverture contraceptive

Notre étude porte sur 244 utilisatrices de la planification familiale en 2009, dont 236 utilisatrices régulières. Avec une population en âge de procréer de 1 684, la couverture contraceptive est de 14%.

1.2. Méthode contraceptive

Au cabinet médical communautaire d'Ambohimananana, deux méthodes contraceptives sont disponibles toute l'année :

- Une méthode contraceptive orale
Contraceptif oral combiné oestro-progestatif : Pilplan®.
- Une méthode contraceptive injectable
Acétate de médroxyprogestérone : Confiance®

Les produits contraceptifs sont subventionnés par les bailleurs de fonds et sont distribués avec une participation symbolique des utilisatrices.

1.3. Répartition des utilisatrices

En 2009, les utilisatrices de Pilplan® sont au nombre de 88 et les utilisatrices de Confiance® au nombre de 156.

1.3.1. Les utilisatrices de Pilplan®

Les résultats de notre étude montrent un profil des utilisatrices de contraceptif oral dans la localité :

- Selon la tranche d'âge, la majorité des utilisatrices ont 20 à 29 ans avec 43 femmes. Ceci représente 48,9% de l'ensemble.
- Les utilisatrices de ce groupe ont une parité égale à trois dans 29,5% et sont mariées dans 56,8% des cas.
- Dans 48,9% des cas, elles sont illettrées et 31,8% sont des cultivatrices.
- Quant au domicile, la majorité habite à 6 km ou moins du cabinet médical communautaire.
- Les utilisatrices régulières représentent 8% de l'ensemble.

La pratique volontaire du contrôle des naissances passe par une première étape au cours de laquelle la population cible est mise au courant et informée des méthodes contraceptives disponibles, ce qui nécessite un processus de diffusion de l'information et le passage des ménages vers les récepteurs (25). Ici, le niveau d'instruction joue un rôle important.

Les femmes qui habitent à proximité du CMC ont tendance à utiliser les contraceptifs oraux car elles ont beaucoup plus de facilité à fréquenter plus souvent le cabinet.

1.3.2. Les utilisatrices de Confiance®

Les résultats de notre étude montrent que les utilisatrices de Confiance® :

- sont âgées de 30 à 39 ans dans la majorité des cas, alors que pour le pilplan, cette tranche d'âge correspond à 20-29 ans ;
- ont une parité égale à quatre dans 42,9% des cas, alors que pour le pilplan, la parité 3 est plus concernée ;
- sont mariées dans 59,6% des cas, alors que pour le pilplan, 56,8% sont mariées ;
- sont du niveau primaire dans 56,4% des cas, alors que pour le pilplan, les illettrées représentent 31,8%. Il semble que les femmes plus instruites optent pour la contraception injectable ;
- sont cultivatrices dans 41,7% des cas. Etant donné que les cultivatrices sont majoritaires dans la localité étudiée, cette situation est tout à fait logique ;

- habitent à plus de 6 kilomètres du cabinet médical communautaire dans 55,1% des cas. Comme les injections se font toutes les 12 semaines, les clientes qui habitent loin optent logiquement pour la contraception injectable. Ce qui leur permet de venir au CMC tous les trois mois ;

- ont un taux d'irrégularité de 0,6% seulement.

A Madagascar, 46% des utilisatrices de la contraception moderne utilisent les méthodes injectables, 15% choisissent la pilule et seulement 4% le condom (26)(27).

Apparemment, les irrégularités sont moins fréquentes chez les utilisatrices de la méthode injectable que chez les utilisatrices de la méthode orale. En effet, la pilule doit être prise quotidiennement et en cas d'oubli, les clientes qui ne savent pas quel conduite adopter préfèrent arrêter avant la prochaine rencontre avec le médecin. Les utilisatrices de la méthode injectable sont plus fidèles à leur rendez-vous.

L'utilisation de la contraception moderne au niveau nationale vise des objectifs différents : retarder la première naissance, espacer les naissances ou limiter la descendance. Parmi les femmes en union, 21% ont utilisé les méthodes contraceptives pour retarder la première naissance, 56% l'ont fait pour espacement (parité 1 à 3) et 23% l'ont utilisé à des parités élevées (4 et plus) pour limiter les naissances (27)(28).

1.4. Causes d'irrégularités

Les résultats de notre étude montrent que les principales causes d'irrégularités sont : l'oubli des rendez-vous, les effets secondaires et les rumeurs. Les rumeurs font répandre que la contraception moderne serait la cause de beaucoup de maladies dont les maladies cancéreuses mais aussi la stérilité et quand il y a des effets secondaires dont les saignements les maladies débutent déjà.

Dans une localité rurale comme la zone de desserte du cabinet médical communautaire d'Ambohimanana, où la plupart des femmes est de niveau primaire, les rumeurs vont bon train et les gens paniquent facilement.

Cette situation explique en partie la faible couverture contraceptive observée. En effet, au niveau national, en 2009, la couverture contraceptive chez les femmes en union était déjà de 20% (29)(30).

1.5. Comparaison avec les résultats d'autres études

- Une étude réalisée au CSB2 de Belo sur Tsiribihina a montré qu'en 2008, la majorité des utilisatrices ont 15 à 24 ans (49,5%). Les utilisatrices sont largement majoritaires avec 83,1%. Elles pratiquent la planification familiale avec une parité égale à 3 dans 34,8% des cas. Dans 45,9% des cas, elles sont du niveau primaire et dans 32,5% des cas, elles sont cultivatrices. Les contraceptifs oraux sont utilisés par 32,3% des adhérentes et les contraceptifs injectables par 67,8% des adhérentes. La couverture contraceptive réalisée est de 16,5% (31).

- Une autre étude réalisée sur la planification familiale en zone urbaine a été cette fois-ci réalisée au CSB2 d'Ambhipo en 2009 et a rapporté, une couverture contraceptive de 23,7%. Les utilisatrices sont régulières dans 90,5% des cas et irrégulières dans 9,5% des cas. Dans 36,3% des cas, elles utilisent les contraceptifs oraux et les contraceptifs injectables dans 56,2% des cas. Celles qui sont régulières ont 25 à 34 ans dans 44,9% des cas, mariées dans 82,4% des cas. Elles ont dans 44,2% des cas une parité égale à 4. Celles qui sont du niveau secondaire représentent 40,6% des cas ; et 42,1% d'entre elles travaillent dans le secteur informel (32).

Les résultats obtenus dans notre étude se rapprochent beaucoup plus des résultats obtenus à Belo sur Tsiribihina, notamment au niveau des utilisatrices qui sont généralement des cultivatrices et au niveau de la couverture contraceptive : 14% dans notre étude et 16,5% à Belo sur Tsiribihina.

Les résultats obtenus au CSB2 d'Ambhipo sont différents notamment au niveau des utilisatrices qui évoluent dans le secteur informel dans la majorité des cas, et au niveau de la couverture contraceptive qui est de 23,7%. Ceci s'explique par le fait qu'il s'agit là d'une population essentiellement urbaine. Il faut noter dans les trois lieux d'étude, la préférence des utilisatrices pour la méthode injectable, probablement parce que c'est plus commode (il y a moins d'oubli donc plus de régularité et la méthode permet de venir au centre une fois par trimestre).

De manière générale, la proximité des services et leur disponibilité favorisent l'utilisation régulière des méthodes contraceptives. Le taux d'utilisation semble augmenter chez les femmes en âge de procréer plus instruites. Pour être efficaces, les programmes doivent cerner les obstacles locaux au planning familial et concevoir ensuite une réponse appropriée (33).

2. SUGGESTIONS

Afin d'améliorer la planification familiale dans la localité desservie par le cabinet médical communautaire d'Ambohimanana, nos suggestions portent sur :

- le renforcement de l'information de la population sur la planification familiale,
- l'élargissement de l'éventail de méthodes contraceptives disponibles.

2.1. Renforcement de l'information de la population sur la planification familiale

2.1.1. Objectif

L'objectif est d'améliorer la couverture contraceptive.

2.1.2. Stratégies

Les stratégies reposent sur :

i) Des séances d'IEC au CMC

Compte tenu du personnel limité :

- Une séance d'IEC sur la planification familiale peut être menée par le médecin du CMC :

Il s'agit d'une seule séance hebdomadaire mais qui durera au moins deux heures pour les femmes du secteur desservi. Ceci demande :

- une information précise sur le programme : jour, date et heure,
- les thèmes qui vont être abordés.
- Le programme abordera en priorité :
 - les méthodes contraceptives disponibles,
 - le mode d'utilisation et les effets secondaires,
 - des clarifications afin de ne pas donner du terrain aux rumeurs,
 - les intérêts de la pratique des méthodes de planification familiale :
 - * espacement des naissances,
 - * limitation des naissances,
 - * impacts sur la santé des mères et des enfants,
 - * impacts socio-économiques.

ii) Des séances d'IEC au niveau des fokontany

- Ces séances pourraient être menées par des bénévoles par exemple, des femmes de chaque fokontany ayant reçu au CMC une formation minimum sur la planification familiale.
- Ces femmes pourraient augmenter rapidement le nombre d'utilisatrices de la planification familiale en dissipant les inquiétudes et les hésitations provoquées par les rumeurs et l'ignorance sur les méthodes à utiliser.

2.2. Elargissement de l'éventail des méthodes disponibles

2.2.1. Objectif

L'objectif est d'élargir les possibilités des utilisatrices dans le choix des méthodes à adopter.

2.2.2. Stratégies

- Le CMC pourrait compléter les types de méthodes disponibles en ajoutant par exemple dans l'éventail disponible :
 - le DIU (Dispositif Intra-Utérin),
 - le préservatif masculin ou condom,
 - le contraceptif oral simple : Exemple : pilule progestative OVRETTE®,
 - un contraceptif injectable type enantate de noréthistérone ou Noristerat®.
- Le DIU convient aux femmes multipares qui ne supportent pas les contraceptifs oraux et injectables.
- La pilule progestative peut être utilisée pour les femmes qui ont des contre-indications aux COC.
- Le préservatif masculin a l'avantage de protéger contre les infections sexuellement transmissibles et le SIDA.

Avec un choix de méthodes contraceptives plus élargi, la population cible aura plus de motivation et la couverture contraceptive pourrait s'améliorer plus facilement et plus rapidement.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'étude que nous avons réalisée au Cabinet Médical Communautaire (CMC) d'Ambohimanana a permis de montrer l'importance du rôle de l'Organisation Non Gouvernemental (ONG) Santé Sud dans l'appui au système de santé à Madagascar. En effet, au niveau du CMC d'Ambohimanana, les offres de services concernent les activités préventives, les activités curatives et les accouchements normaux.

Dans le domaine de la planification familiale, le CMC d'Ambohimanana a réalisé en 2009, une couverture contraceptive de 14% avec 236 utilisatrices régulières d'un contraceptif oral, le Pilplan® et d'un contraceptif injectable Confiance®. L'utilisation de la méthode injectable est plus importante avec 63,9% des utilisatrices par rapport au recours au contraceptif oral qui ne concerne que 36,1% des clientes de la planification familiale. De plus, nos résultats montrent que les utilisatrices du Pilplan® ont 20 à 29 ans dans la majorité des cas et habitent à 6 kilomètres ou moins du CMC.

En revanche, les utilisatrices de Confiance® ont 30 à 39 ans dans la majorité des cas et habitent à plus de 6 kilomètres du CMC. Afin d'améliorer la planification familiale dans la zone de desserte du CMC d'Ambohimanana, nos suggestions portent sur deux points principaux qui sont le renforcement de l'information de la population sur la planification familiale d'une part, et d'autre part sur l'élargissement de l'éventail des méthodes disponibles de planification familiale.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Jamison DT, Breman JG, Measham AR. Priorités en matière de santé. Washington : Banque Mondiale, 2006 : 90-91.
2. Gérard H. Intégrer population et développement : Face au défi du nombre, quel développement en Afrique Noire. Paris : Academia, L'Harmattan, 1993 : 47-69.
3. Ministère de la Santé et du Planning Familial. Politique nationale de la santé de l'enfant. Antananarivo : MSPF, 2000.
4. Giri J. L'Afrique en panne, 25 ans de développement. Paris : Karthala, 1986 : 86.
5. Saadi R. Nuptialité : Journées d'études sur les déterminants sociaux, culturels et psychologiques de la fécondité. Alger : SNED, 1998.
6. Engelhard P, Seck M, Ben, Abdallah T. Vivre et mourir en Afrique. Popul Santé et Dévelop, Série Etude et Recherche ENDA, 1998 ; 125 : 314.
7. Demeny P. Social science and population Policy. Population and Development Review, 1998 : 450-479.
8. Malonga G, Diafouka F, Silou J et Coll. Facteurs étiologiques de la stérilité conjugale en Afrique Noire. Med Afr Noir 1986 ; 33 : 721-730.
9. Gentilini M. Médecine Tropicale : planification familiale. Paris : Médecine-Sciences, Flammarion, 1988 : 620-621.

10. Locoh T. Les programmes de planification familiale : une demande limitée, une offre inadaptée. *Politique Africaine*, Karthala, 1991 : 82-84.
11. Baudet JH. Méthodes contraceptives hormonales. *Rev Acc Gyn* 1993 : 47-60.
12. OMS. Choix des méthodes contraceptives. Guide pratique et théorique. Genève : OMS, 1992 : 20.
13. OMS. Contraceptifs injectables, leur rôle en PF. Genève : OMS, 1990 ; 21 : 87-89.
14. Rob U, Gernada G. Fertility and Family Planning in Bangladesh. *Journal of Family Planning*, 1992 ; 38 : 53-64.
15. Miller ER, Skane B, Murphy E. L'innocuité des contraceptifs, mythes et réalités. *IPPF*, 1998 ; 7 : 15.
16. Gray RH. Manuel pour l'emploi des DIU. Genève : OMS, 1988 : 104.
17. Chasteland JC. Les politiques de population : objectifs, moyens et définitions. Paris : Instit Nat Etud Dém 1996 : 89-91.
18. Watson WB, Lapham RJ. Les programmes de planning familial dans le monde. *The population Council*, 1976 ; 6 : 21.
19. Courtien C, Maces P. Contraception : méthodes, efficacité, choix, contre-indications, surveillance et risques. *Rev Prat* 1992 ; 98 : 2223-2234.
20. Pomey MP, Poullier JP, Lejeune B. *Santé Publique*. Paris : Ellipses, 2000 : 283

21. Hossain MB, Phillips JF. The impact of outreach on the continuity of contraceptive Use in Rural Bangladesh. *Studies in Family Planning*, 1996 ; 27 : 98-106.
22. Fanomezantsoa N. Programme de planification familiale organisé par les organismes non gouvernementaux à Antananarivo. Antananarivo : Thèse Médecine, 1997 ; N° 2802 : 27-33.
23. Schwartz D. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes. Paris : Flammarion, Médecine-Sciences, 1988 : 25.
24. Dabis F, Drucker J, Moren A. Epidémiologie d'intervention. Paris : Arnette, 1992 : 241-273.
25. PNUD. Rapport mondial sur le développement humain 1990. Paris : Economica, 1991 : 203.
26. Razafimiarantsoa TT. Etat matrimonial et exposition au risque de grossesse. Madagascar : EDS, 2004 : 97-98.
27. Medlin CA, Jamison DT, Measham AR. Améliorer la santé des populations : leçons tirées de l'expérience. Washington : Banque Mondiale, 2006 : 30-33.
28. Ramakavelo MP et Coll. A propos de la planification familiale à Madagascar. MYE, 1993 : 11.
29. Randriambololomanana ML. L'utilisation des méthodes contraceptives modernes au CSB2 cité des assureurs Itaosy. Antananarivo : Thèse Médecine, 2003 ; N° 4523 : 25-34.
30. Rambeloson V. Planification familiale. Madagascar : EDS, 2004 : 71-72.

31. Saoly Roger KT. Couverture de la planification familiale et prévalence des effets secondaires au CSB2 de Belo sur Tsiribihina. Antananarivo : Thèse Médecine, 2010 ; N° 6008 : 22-27.
32. Rakotovao A. Evaluation des activités de planning familial au niveau d'un centre de santé urbain. Antananarivo : Thèse Médecine, 2011 ; N° 6083 : 27-31.
33. Jamison DT, Breman JG, Measham AR. Priorités en matière de santé. Washington : Banque mondiale, 2006 : 93.

VELIRANO

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

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

Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara 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 aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamoràna famitàn-keloka.

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

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

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

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

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

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur **RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : **Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa**

Name and first names : RASOAMANONINA Lisy Laurence Zoly Manitra Saholy

Title of the thesis : "EVALUATION OF THE USE OF MODERN CONTRACEPTIVES IN MEDICAL OFFICE OF COMMUNITY AMBOHIMANANA"

Heading : Public Health

Number of figures : 05 Number of pages : 43

Number of tables : 23 Number of bibliographical references : 33

SUMMARY

"Evaluation of the use of modern contraceptives in Medical Office of Community Ambohimanana" is a study that aims to bring together elements of planning for better contraceptive coverage.

The results of our study show that in 2009, at the Medical Office Community (COC), was 236 registered users of two contraceptive available, and Confidence Pilplan®. The first oral contraceptive, has been able to collect 36.1% of regular users, while the second, injectable contraceptive, in 63.9% of regular customers. Users of Pilplan® have 20-29 years in most cases and mainly live to 6 kilometers of the COC. However, users of Confidence® have 30-39 years for most residents and are more than 6 kilometers from the COC Ambohimanana.

To improve the situation, we suggested the strengthening of public information on family planning on the one hand, and expanding the range of available contraceptive methods other.

Key-words : Contraception - Information - Family Planning - Regularity - Usage.

Director of the thesis : Professor RAFARAMINO RAZAKANDRAINANA Florine

Reporter of the thesis : Doctor RAMIHANTANIARIVO Herlyne

Address of author : Bloc 67 Porte 6 Ankatso II B Antananarivo

Nom et Prénoms : RASOAMANONINA Lisy Laurence Zoly Manitra Saholy

Titre de la thèse : « EVALUATION DE L'UTILISATION DES
CONTRACEPTIFS MODERNES AU CABINET MEDICAL
COMMUNAUTAIRE D'AMBOHIMANANA »

Rubrique : Santé Publique

Nombre de figures : 05

Nombre de pages : 43

Nombre de tableaux : 23

Nombre de références bibliographiques : 33

RESUME

« Evaluation de l'utilisation des contraceptifs modernes au Cabinet Médical Communautaire d'Ambohimanana » est une étude qui a pour objectif de réunir des éléments de planification pour une meilleure couverture contraceptive.

Les résultats de notre étude montrent qu'en 2009, au Cabinet Médical Communautaire (CMC), il a été enregistré 236 utilisatrices des 2 contraceptifs disponibles, le Pilplan® et Confiance®. Le premier, contraceptif oral, a pu réunir 36,1% des utilisatrices régulières, tandis que le second, contraceptif injectable, compte 63,9% des clientes régulières. Les utilisatrices du Pilplan® ont 20-29 ans dans la majorité des cas et habitent essentiellement à 6 kilomètres ou moins du CMC. En revanche, les utilisatrices de Confiance® ont 30-39 ans pour la plupart et sont domiciliées à plus de 6 kilomètres du CMC d'Ambohimanana.

Afin d'améliorer la situation, nous avons suggéré le renforcement de l'information de la population sur la planification familiale d'une part, et l'élargissement de l'éventail des méthodes contraceptives disponibles d'autre part.

Mots-clés : Contraceptif - Information - Planification familiale - Régularité - Utilisation.

Directeur de thèse : Professeur RAFARAMINO RAZAKANDRAINANA Florine

Rapporteur de thèse : Docteur RAMIHANTANIARIVO Herlyne

Adresse de l'auteur : Bloc 67 Porte 6 Ankatso II B Antananarivo