

SOMMAIRE

	PAGES
INTRODUCTION.....	01

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ET L'EVALUATION DES RISQUES

1. La planification familiale.....	03
1.1. Population et développement, deux entités complémentaires.....	03
1.2. Population et développement, deux entités contradictoires.....	05
1.3. Que faire ?.....	05
1.4. Les méthodes contraceptives.....	06
1.4.1. Les contraceptifs hormonaux.....	06
1.4.2. Les Dispositifs Intra-Utérins ou DIU.....	08
1.4.3. Les préservatifs.....	09
1.4.4. Les méthodes chirurgicales.....	09
1.4.5. Autres méthodes.....	09
2. Evaluation des risques et associations.....	10
2.1. Les variables intermédiaires de la fécondité.....	10
2.2. Mesures d'association et d'impact.....	12
2.2.1. Mesure de la cote.....	12
2.2.2. Mesure d'un risque et d'un taux.....	16

DEUXIEME PARTIE : EVALUATION DE L'INFLUENCE DU NOMBRE D'ENFANTS DANS LA PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

1. Méthodologie.....	18
1.1. Le cadre d'étude.....	18

1.2. Méthode d'étude.....	21
1.2.1. Objectif méthodologique.....	21
1.2.2. Stratégies.....	21
1.2.3. Technique d'étude.....	21
1.2.4. Paramètres d'étude.....	25
2. Résultats.....	25
2.1. Nombre d'utilisatrices régulières.....	25
2.2. Couverture contraceptive.....	27
2.3. Répartition des utilisatrices.....	28
2.4. Mesure de la cote.....	31
2.4.1. Dans le groupe des sujets exposés.....	33
2.4.2. Dans le groupe des sujets non exposé.....	33
2.5. Différence de Risque (DR).....	34
2.6. Risque Relatif (RR).....	34
2.7. Récapitulation.....	35

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1. Commentaires et discussions.....	36
1.1. Méthodologie.....	36
1.1.1. Le nombre d'enfants.....	36
1.1.2. L'objectif de contraception.....	36
1.2. Les résultats de l'étude.....	37
1.2.1. Les utilisatrices régulières et la couverture contraceptive.....	37
1.2.2. Le nombre d'enfants des utilisatrices.....	37
1.2.3. Le choix des objectifs.....	38
2. Suggestions.....	39
2.1. Un programme d'IEC renforcé.....	39
2.1.1. Objectif.....	39
2.1.2. Stratégies.....	40

2.1.3. Activités.....	42
2.2. Une offre de services élargie.....	42
2.3. Un suivi ciblé utilisatrices.....	45
2.3.1. Base du système de suivi.....	45
2.3.2. Système de ciblage et type d'intervention.....	46
2.3.3. Mesure d'accompagnement.....	46
CONCLUSION.....	49

BIBLIOGRAPHIE



LISTE DES TABLEAUX

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Tableau n° 01 :	Classement des variables intermédiaires selon leur sensibilité à la fécondité et leur variabilité au sein d'une population.....	11
Tableau n° 02 :	Tableau de contingence – Enquête de cohorte.....	13
Tableau n° 03 :	Tableau de contingence - Enquête cas/témoins.....	14
Tableau n° 04 :	Résultats d'un pari sportif.....	15
Tableau n° 05 :	Tableau de contingence des utilisatrices régulières du programme PF.....	22
Tableau n° 06 :	Nombre d'utilisatrices régulières de la planification familiale en 2005.....	25
Tableau n° 07 :	Répartition des utilisatrices régulières selon le nombre d'enfants.....	28
Tableau n° 08 :	Répartition des utilisatrices selon le motif de la contraception.....	29
Tableau n° 09 :	Répartition des sujets exposés et non exposés selon le motif de contraception.....	30
Tableau n° 10 :	Tableau de contingence pour la mesure de la cote.....	31
Tableau n° 11 :	Tableau récapitulatif des principaux résultats.....	35

LISTE DES FIGURES

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Figure n° 01 :	Interrelations entre la population, le système des ressources naturelles et les activités économiques.....	04
Figure n° 02 :	Eventail des méthodes contraceptives généralement disponibles	07
Figure n° 03 :	Situation géographique de la ville d'Ambatondrazaka.....	19
Figure n° 04 :	Le CSB2 d'Ambatondrazaka.....	20
Figure n° 05 :	Répartition des utilisatrices selon leur type.....	26
Figure n° 06 :	Représentation de la couverture contraceptive réalisée au CSB2 d'Ambatondrazaka.....	27
Figure n° 07 :	Diagramme de la répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants.....	28
Figure n° 08 :	Diagramme de la répartition des utilisatrices selon le motif de la contraception.....	29
Figure n° 09 :	Proportion des cas de limitation de naissances chez les sujets exposés et non exposés.....	30
Figure n° 10 :	Proportion des cas d'espacement des naissances chez les sujets exposés et non exposés.....	31
Figure n° 11 :	Représentation de la répartition des choix des utilisatrices dans les objectifs de contraception.....	32
Figure n° 12 :	Représentation schématique de la stratégie mobile d'IEC ciblant les quartiers populeux.....	41
Figure n° 13 :	Représentation schématique de l'organisation des services pour chaque jour ouvrable.....	44
Figure n° 14 :	Proposition d'une fiche de suivi.....	45
Figure n° 15 :	Schéma de fonctionnement du système de ciblage et d'intervention.....	47
Figure n° 16 :	Stratégie d'action de suivi à partir du CSB2, exemple proposé...	48

LISTE DES ABREVIATIONS

CO	: Contraceptif Oral
COC	: Contraceptifs Oraux Combinés
CHD2	: Centre Hospitalier de District du niveau 2
CSB2	: Centre de Santé de Base du niveau 2
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
DR	: Différence de Risque
FAP	: Femme en Age de Procréer
IEC	: Information – Education – Communication
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PF	: Planification Familiale
RR	: Risque Relatif
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TCC	: Taux de Couverture Contraceptive
UR	: Utilisatrice Régulière
VAD	: Visite A Domicile

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Si certaines femmes qui ont un enfant dans le dos, un second dans le ventre, en ont encore un troisième dans la tête parce qu'elles l'ont déjà programmé, beaucoup d'autres, écrasées par la pauvreté et par les tâches d'une division inégalitaire du travail, déclarent de plus en plus ne plus vouloir d'enfants.

La proportion de celles-là a doublé ou triplé depuis dix ans, atteignant 50 p. 100 au Kenya. La planification familiale gagne progressivement du terrain en Afrique (1).

Mais si la nécessité des naissances peut être une exigence objective dans le cas de la colonie européenne du Québec, elle peut aussi être idéologique comme dans l'Italie fasciste. C'est ainsi qu'un surpeuplement objectif par rapport aux ressources peut être regardé comme un sous-peuplement relatif par l'approche culturelle. La mentalité évolue moins vite que les facteurs matériels qui pourtant, jouent un rôle décisif. La mortalité peut chuter brutalement du fait de l'introduction d'un vaccin, mais la natalité, même avec l'offre de gadgets très performants, est loin d'évoluer de façon synchrone et abrupte.

Pour que la planification familiale devienne une réalité universelle, il faut qu'elle induise la planification individuelle. Or, dans le pays en développement, il n'y a pas encore beaucoup d'individus au sens du droit et de la culture occidentale quand on parle des femmes en âge de procréer (2) : une femme décide rarement toute seule le nombre de ses enfants.

Dans les pays en développement généralement, la forte fécondité qui amène chaque femme à avoir cinq ou six enfants dans sa vie pèse lourdement sur les moyens de survie de chaque famille concernée d'abord et sur les possibilités de développement de la population ensuite. Dès lors, la maîtrise démographique s'avère indispensable pour favoriser une croissance socioéconomique efficace. Face au problème démographique, les stratégies d'action diffèrent. A Madagascar par exemple, le choix de l'Etat s'oriente vers l'utilisation volontaire des méthodes contraceptives modernes.

« Etude de l'influence du nombre d'enfants dans la pratique de la planification familiale » est un travail qui a pour objectif d'évaluer le poids du nombre d'enfants dans la famille dans la décision de faire appel à la pratique des méthodes contraceptives modernes.

Outre l'introduction, l'étude présentera d'abord dans sa première partie, les généralités sur la planification familiale et l'évaluation des risques. Ensuite, la deuxième partie abordera l'étude proprement dite de l'influence du nombre d'enfants dans la pratique de la planification familiale. La troisième partie sera réservée aux discussions et suggestions. Une conclusion générale terminera le travail.

PREMIERE PARTIE :
GENERALITES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ET
L'EVALUATION DES RISQUES

GENERALITES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ET L'EVALUATION DES RISQUES

1. LA PLANIFICATION FAMILIALE

1.1. Population et développement, deux entités complémentaires (3)(4)

Quand on parle de population et développement, on présuppose souvent qu'il y a là deux réalités distinctes, alors que le développement populationnel est le premier des développements. Ki-zerbo (3) affirme qu'il n'y a pas de développement sans base populationnelle, à tous les niveaux. Et même si l'on précise que la population relève plutôt du côté « naturel » de l'homme alors que science, technique, économie représenteraient l'aspect culturel, « ajouté à la nature », cela n'est pas satisfaisant car la science et la technologie sont justement spécifiques de la « nature » humaine dans son aptitude à accumuler les acquis.

Cette agrégation intime entre population et développement apparaît nettement dès les origines de la tradition judéo-chrétienne. Au premier chapitre de la Genèse, Dieu bénit Adam et Eve et leur dit : « Soyez féconds et prolifiques, remplissez la terre et dominez-la ». Ce mot d'ordre primordial montre bien le lieu organique entre les deux réalités : remplir la terre et la dominer. Et si « dominer » est compris dans le sens de « développer », la logique divine établit une relation de complémentarité entre démographie et développement.

La figure n° 01 d'Allen et Balaro (4) illustre cette façon de voir.

Les ressources utilisées par les messages (population) et les firmes (économie), proviennent du système des ressources naturelles. La dynamique interactive représentée dans le modèle permet de saisir la manière dont les firmes et les messages interagissent spatialement.

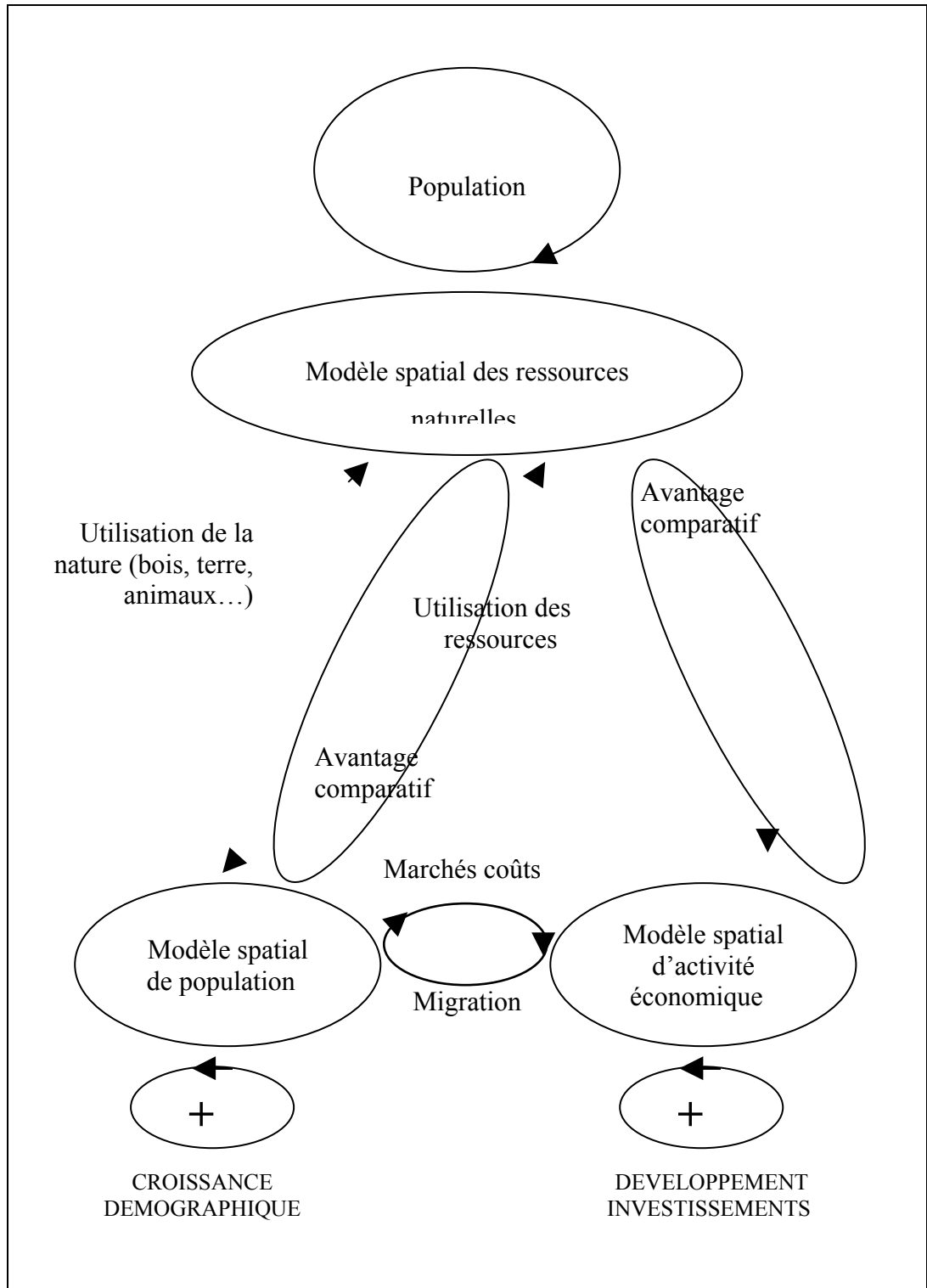


Figure n° 01 : Interrelations entre la population, le système des ressources naturelles et les activités économiques (4).

1.2. Population et développement, deux entités contradictoires (5)(6)(7)

Au fur et à mesure que les années se succèdent, l'homme commence peu à peu à prendre « peur de son nombre » (5).

Dans les pays riches, on imagine, face à la croissance élevée de la population mondiale, « une irruption de millions d'affamés qui éveille les plus graves inquiétudes dans un contexte où les déséquilibres démographiques créent une situation génératrice de tensions et de conflits potentiels ».

Dans les pays pauvres, beaucoup pensent que la pression démographique empêche tout développement et pèse sur les équilibres politiques, économiques, écologiques et sociaux. On ne peut continuer à laisser faire : il faut agir. « S'il est urgent de mettre un frein à l'explosion démographique notamment en 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 ». Désormais, le monde entier semble croire qu'une lourde démographie ou une population nombreuse entrave le développement.

1.3. Que faire ? (8)(9)(10)

Si naguère on avait cru que « le meilleur contraceptif, c'est le développement », de nos jours, il semble que le vrai développement à promouvoir, c'est celui du contraceptif. Dans un continent qui, en réalité, reste sous-peuplé, le problème est représenté par le taux d'augmentation de la population qu'il s'agit de réduire.

- La planification familiale est actuellement mise en œuvre dans beaucoup de pays pauvres sous forme de programmes soutenus par les grandes organisations internationales. Dans les pays d'Afrique, face à une faible situation économique qui n'est pas près de s'améliorer, la réduction de la taille de la famille est une « opération de survie ».
- Les interventions se concentrent sur les problèmes de fécondité. Il semble qu'actuellement l'urgence concerne la réduction de la sexualité précoce, notamment quand elle n'est pas protégée, et la diminution de la contribution des adolescentes à l'accroissement de la population.

- Pour les couples mariés ou vivant ensemble, il est recommandé de pratiquer la contraception dès que la famille dispose de deux ou trois enfants.

1.4. Les méthodes contraceptives

Les méthodes contraceptives modernes sont actuellement nombreuses et les programmes de planification familiale offrent souvent un éventail de méthodes permettant aux utilisatrices d'avoir une contraception adaptée (figure n° 02). Parmi les méthodes utilisées, on peut citer les méthodes généralement disponibles.

1.4.1. *Les contraceptifs hormonaux (11)(12)(13)*

Les méthodes contraceptives modernes se présentent le plus souvent sous forme de contraceptifs hormonaux.

i). Les contraceptifs administrés par voie orale

On peut distinguer :

- les Contraceptifs Oraux Combinés (COC) ou oestroprogestatifs,
- les contraceptifs oraux à base de progestatifs seuls.

ii). Les contraceptifs injectables

On peut distinguer :

- l'acétate de médroxiprogesterone ou Dépo-provera®,
- l'enantate de noréthistérone ou Noristerat®.

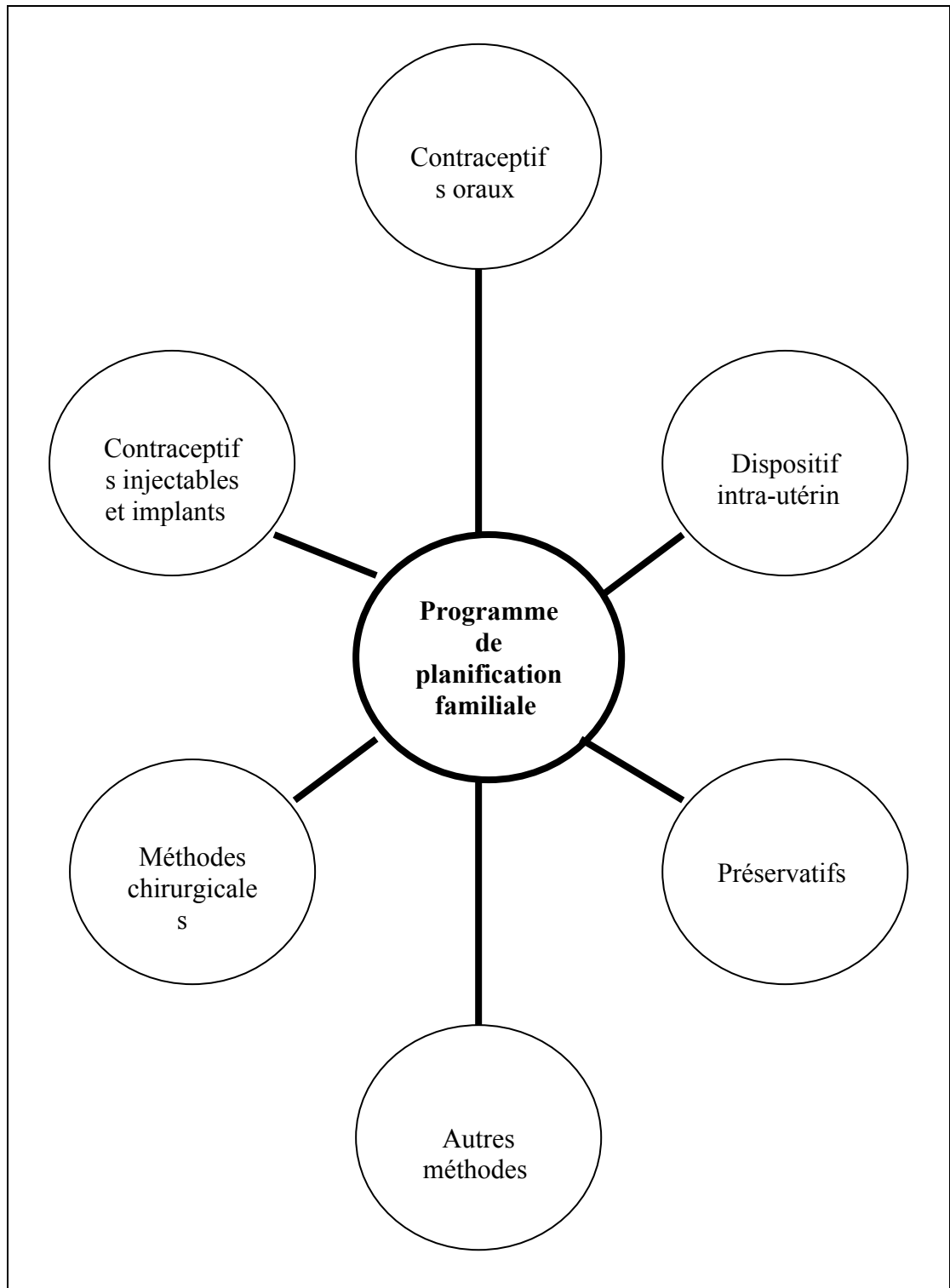


Figure n° 02 : Eventail des méthodes contraceptives généralement disponibles. (13)

iii). Les implants qui ont l'avantage d'éviter les visites fréquentes et d'être efficaces pendant 3 à 5 ans

Ces contraceptifs hormonaux sont théoriquement efficaces à 100 p. 100 si les instructions sont bien suivies. Toutefois, ils ont des inconvénients à type de :

- contre-indications (14)(15)
 - grossesse,
 - hypertension artérielle,
 - diabète,
 - hyperlipidémie,
 - coronarite,
 - tumeur du sein ou de l'utérus,
 - antécédents thromboemboliques.
- Effets secondaires :
 - céphalées et vertiges,
 - nausées,
 - sensibilité mammaire,
 - règles irrégulières,
 - aménorrhée,
 - parfois métrorragie,
 - amaigrissement,
 - prise de poids,
 - hypertension artérielle,
 - modification du lipidogramme et de la glycémie sans traduction clinique,
 - toxicité hépatique constatée dans certains pays,
 - maladies thromboemboliques.

1.4.2. Les Dispositifs Intra-Utérins ou DIU (16)(17)(18)

- La mise en place des DIU nécessite l'intervention d'un personnel compétent en milieu hospitalier ou au niveau d'un centre de santé.

- Le DIU a un taux d'efficacité élevé mais moins que les contraceptifs hormonaux.

1.4.3. *Les préservatifs*

- Les préservatifs sont très efficaces s'ils sont utilisés correctement. Ils ont en plus l'avantage de protéger contre les infections sexuellement transmissibles et le SIDA.
- Les plus utilisés sont les préservatifs masculins ou condom.

1.4.4. *Les méthodes chirurgicales*

Les méthodes chirurgicales ont l'inconvénient de ne pas être réversibles. Elles sont représentées par :

- la ligature/section tubaire chez la femme,
- la vasectomie chez l'homme.

1.4.5. *Autres méthodes*

D'autres méthodes contraceptives existent. On peut citer par exemple :

- les contraceptifs cliniques :
 - mousses,
 - crèmes,
 - gelées,
 - ovules gynécologiques,
- l'injection vaginale,
- le coït interrompu,
- la méthode de température,
- la continence périodique,
- l'allaitement maternel exclusif.

2. EVALUATION DES RISQUES ET ASSOCIATIONS

2.1. Les variables intermédiaires de la fécondité (19)(20)

- Au niveau des formations sanitaires, l'objectif de la planification familiale qu'on connaît est généralement de deux sortes : la limitation des naissances et/ou l'espacement des naissances. La lutte contre la stérilité n'est cependant pas à négliger.

En fait, au niveau des pays en développement, il s'agit essentiellement de réduire le taux de fécondité. Selon le modèle de reproduction de John Bongaarts, le modèle de reproduction comporte 7 variables intermédiaires :

- la proportion de femmes mariées,
- l'utilisation et l'efficacité de la contraception,
- la prévalence de l'avortement provoqué,
- la durée de la période d'infécondabilité post-partum,
- la fécondabilité ou fréquence des relations sexuelles,
- la mortalité intra-utérine spontanée,
- la prévalence de la stérilité permanente.

Chacune de ces sept variables intermédiaires influence directement la fécondité.

Deux critères peuvent être utilisés pour la sélection des variables intermédiaires les plus significatives :

- Le premier est la sensibilité de la fécondité aux variations de différentes variables intermédiaires. Une variable n'offre que peu d'intérêt si des variations importantes de sa valeur n'affectent la fécondité que de façon négligeable.
- Le deuxième critère est constitué par le champ de la variabilité d'un facteur au sein de populations ou au cours du temps. Une variable intermédiaire relativement stable ne peut fournir qu'une explication très limitée sur l'origine des différences de fécondité, et s'avère donc de moindre importance.

Dans le tableau n° 01, les sept variables intermédiaires ont été classés en fonction de ces deux critères.

Tableau n° 01 : Classement des variables intermédiaires selon leur sensibilité à la fécondité et leur variabilité au sein d'une population (20).

Variables intermédiaires de la fécondité	Sensibilité	Variabilité	Classement général
Proportion des mariages	+++	+++	+++
Contraception	+++	+++	+++
Avortements	++	+++	+++
Infécondabilité	++	+++	+++
Fécondabilité	++	++	++
Mortalité intra-utérine	+	+	+
Stérilité définitive	++	+	+

Note : +++ = élevée

++ = moyenne

+ = basse ou nulle

En fait, les mariages et la contraception jouent les rôles les plus importants dans le programme de réduction de la fécondité selon le tableau précédent. Comme

les femmes mariées ou vivant en couple ne font généralement appel à la contraception qu'à partir d'un certain nombre d'enfants en charge, pour les familles avisées, c'est ce nombre d'enfants « seuil » qui est important à déterminer.

Ce « nombre seuil » d'enfants qui oriente vers la contraception peut varier selon la famille, selon l'ethnie, la région ou le pays en fonction de facteurs qui peuvent être variables.

Le « nombre seuil » d'enfants peut dépendre :

- D'un système de valeur

Dans les pays en développement, en Afrique notamment, où le taux de mortalité infantile est souvent élevé, la famille nombreuse représente une garantie de la descendance : « ce n'est pas parce que nous sommes trop nombreux que nous mourons, c'est parce que nous mourons beaucoup qu'il faut être plus nombreux » (21). La mortalité est un concept abstrait ; ce que les gens vivent, c'est la mort. Sa présence en permanence crée un état d'esprit qui incite à multiplier la vie.

- D'un besoin de sécurité

En Afrique, la sécurité sociale n'est pas étatique. Il s'agit d'une auto-assurance connectée avec l'élargissement de la famille. C'est la famille qui prend en charge les personnes âgées. C'est la famille qui soigne les malades et assure la nourriture.

- Du revenu familial

Pour les citadins surtout, et pour ceux qui ont suffisamment d'éducation et d'informations, la limitation des naissances est envisagée quand la famille commence à avoir des problèmes pour subvenir aux besoins essentiels.

Il y a donc une liaison incontestable entre le nombre d'enfants et la décision de pratiquer une méthode de planification familiale.

2.2. Mesures d'association et d'impact

2.2.1. *Mesure de la cote (22)(23)*

La cote d'un événement est un concept différent de celui de taux ou de risque de survenue de cet événement.

La cote est le rapport entre la probabilité de survenue d'un événement et celle de la survenue d'un autre événement, en général opposé au premier. C'est donc le rapport entre le nombre de « succès » ou d'objectifs atteints (par exemple sortir le chiffre 1 en faisant rouler un dé), et le nombre « d'échecs » ou d'objectifs ratés (sortir un autre chiffre que le chiffre 1).

Le premier événement a une probabilité de survenue de $1/6 = 0,17$ si le dé n'est pas pipé, et le deuxième événement a une probabilité de survenue de $5/6$.

La cote (c) de tirer le chiffre 1 se calcule donc comme suit :

$$C_1 = \frac{1/6}{5/6}$$

$$C_1 = \frac{1}{6} \times \frac{6}{5} = \frac{6}{30}$$

$$C_1 = 0,20$$

- La cote de développer un comportement (A) peut se calculer de la façon suivante :

$$C = \text{taux} / (1 - \text{taux})$$

Le calcul ne peut se faire que sur la base d'un tableau de contingence dans une enquête de cohorte (tableau n° 02).

Tableau n° 02 : Tableau de contingence – Enquête de cohorte.

	<i>Comportement (A)</i>	<i>Comportement⁻ (A)</i>	<i>Total</i>
<i>Exposés</i>	a	b	L ₁

<i>Non exposés</i>	c	d	L_0
			T

- Effectifs : $a + b = L_1$

$$c + d = L_0$$

Dans une enquête cas/témoins, ce sont les effectifs C_1 et C_0 de sujets malades ou « cas » et non malades ou « non cas » qui sont considérés (tableau n° 03).

Tableau n° 03 : Tableau de contingence - Enquête cas/témoins.

	<i>Cas</i>	<i>Témoins</i>	<i>Total</i>
<i>Exposés</i>	a	b	
<i>Non exposés</i>	c	d	
	C_1	C_0	T

- Effectifs : $C_1 = a + c$

$$C_0 = b + d$$

$$T = \text{Total}$$

- Dans le groupe E des sujets exposés au comportement étudié, la cote vaut :

$$CE_A = \frac{a/L_1}{1 - (a/L_1)}$$

$$= \frac{a/L_1}{(L_1 - a) / L_1}$$

$$= \frac{a/L_1}{b/L_1}$$

$CE_A = \frac{a}{b}$

-
- Dans le groupe NE des sujets non exposés au comportement étudié, la cote vaut :

$$\begin{aligned}
 CNE_A &= \frac{C/L_0}{1 - (C/L_0)} \\
 &= \frac{C/L_0}{(L_0 - C) / L_0} \\
 &= \frac{C/L_0}{d / L_0}
 \end{aligned}$$

$CNE_A = \frac{c}{d}$

Dans les milieux du jeu, la cote d'un certain évènement est souvent exprimée contre celle d'un autre évènement.

Exemple :

Dans un pari sportif, les résultats suivants ont été obtenus : (tableau n° 04).

Tableau n° 04 : Résultats d'un pari sportif.

	<i>Gagne</i>	<i>Perd</i>	<i>Total</i>
<i>Equipe X</i>	2 884	97 116	100.000

- Le risque ou chance de gagner pour l'équipe X est de : R_G

$$R_G = 2\,884 / 100.000$$

$$R_G = 0,0288$$

- Le risque de ne pas gagner pour l'équipe X est de : $R\bar{G}$

$$R\bar{G} = 1 - 0,0288$$

$$R\bar{G} = 0,971$$

- La cote de gagner pour l'équipe X est de :

$$C_G = 2\,884 / 97\,116$$

$$C_G = 0,0296$$

- La cote de ne pas gagner pour l'équipe X est de :

$$C\bar{G} = 97\,116 / 2\,884$$

$$C\bar{G} = 33,7$$

D'où l'expression : « équipe X cotée 33 contre 1 ».

2.2.2. Mesure d'un risque et d'un taux (24)

D'une façon générale, le risque est la probabilité pour un individu de développer une maladie ou un comportement, tandis que le taux fait référence au même mais pour un groupe d'individus.

En épidémiologie, on utilise couramment deux taux qui sont en fait des proportions :

i). Le taux d'incidence

Le taux d'incidence (Ic) est obtenu par la formule suivante :

$$Ic = \frac{\text{Nombre de nouveaux cas de maladie ou de comportement développés dans une population au cours d'une période de temps}}{\text{Nombre de personnes exposées au risque de développer la maladie ou le comportement, durant cette période de temps}}$$

Le taux d'incidence ne mesure en fait que la probabilité moyenne qu'ont les individus d'une population donnée de développer une maladie ou un comportement au cours d'une certaine période de temps.

ii). La prévalence

La prévalence (P) est obtenue par la formule suivante :

$$P = \frac{\text{Nombre de cas de maladie ou de comportement présents dans une population à un moment donné}}{\text{Nombre de personnes dans la population à ce même moment}}$$

On peut démontrer que pour une maladie ou pour un comportement donné, il existe une relation entre la prévalence P, le taux d'incidence Ic et la durée moyenne de la maladie ou du comportement MC.

- Si la prévalence est faible : $P < 10\%$, alors : $P = Ic \times D$
D = Durée de la maladie ou du comportement.
- Si la prévalence est élevée :

$$Ic \times D$$

$$P = \frac{\quad}{1 + (I_c \times D)}$$

DEUXIEME PARTIE :
EVALUATION DE L'INFLUENCE DU NOMBRE D'ENFANTS DANS LA
PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

EVALUATION DE L'INFLUENCE DU NOMBRE D'ENFANTS DANS LA PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

1. METHODOLOGIE

1.1. Le cadre d'étude

La ville d'Ambatondrazaka, chef lieu de la région d'Alaotra Mangoro abrite le CSB2 où notre étude a été effectuée (figure n° 03).

Située sur la partie Ouest de la province de Toamasina et au centre Est de Madagascar, Alaotra Mangoro est délimitée :

- Au Nord par le district de Mandritsara,
- Au Nord-Ouest par le district de Tsaratanàna,
- A l'Ouest par les districts d'Anjozorobe et de Manjakandriana,
- Au Sud par le district de Marolambo,
- Au Sud-Ouest par la région de Vakinankaratra,
- A l'Est par les régions d'Analanjiroro et d'Atsinanana.

La ville d'Ambatondrazaka compte 49.310 habitants en 2004, dont 10.034 femmes en âge de procréer.

Le CSB2 d'Ambatondrazaka est un dispensaire urbain qui offre à la population de la ville le paquet minimum d'activités de soins de santé primaires :

- Des soins curatifs :
 - consultations externes,
 - soins infirmiers,
 - distribution de médicaments essentiels.
- Des soins préventifs :
 - vaccination,
 - surveillance nutritionnelle,
 - IEC,
 - soins de santé maternelle et infantile en général (consultations pré et post-natales),
 - planification familiale (figure n° 04).

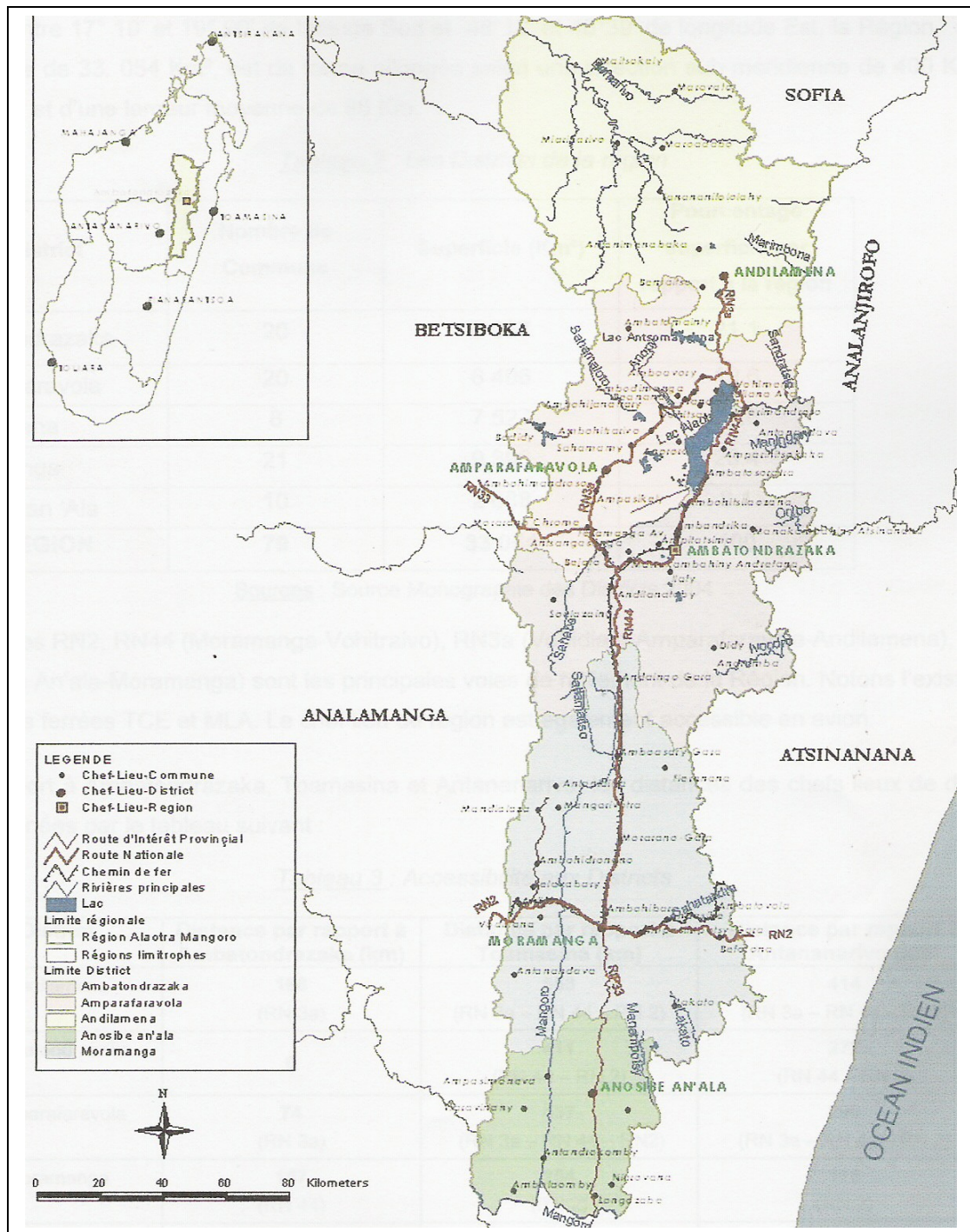


Figure n° 03 : Situation géographique de la ville d'Ambatondrazaka.

Source : CSB2 Ambatondrazaka.



4A



4B

4A : Le CSB2

4B : Un bureau du service de PF.

Figure n° 04 : Le CSB2 d'Ambatondrazaka.

1.2. Méthode d'étude (25)(26)(27)

1.2.1. Objectif méthodologique

L'étude se propose de montrer comment le nombre d'enfants influence le nombre d'utilisatrices régulières de la planification familiale au CSB2 d'Ambatondrazaka.

1.2.2. Stratégies

Afin d'atteindre l'objectif méthodologique, notre étude s'appuie sur une enquête épidémiologique rétrospective qui se rapporte aux utilisatrices régulières de la planification familiale enregistrées en 2005.

1.2.3. Technique d'étude

i). Population cible

La population cible est représentée par les femmes utilisatrices régulières de la planification familiale au CSB2 d'Ambatondrazaka en 2005, selon les critères suivants :

- Critères d'inclusion

Sont incluses dans l'étude :

- les utilisatrices régulières du programme de planification familiale du CSB2, domiciliées dans le secteur sanitaire du CSB2.

- Critères d'exclusion

Sont exclues de l'étude :

- les utilisatrices régulières du programme de planification familiale du CSB2, venant des secteurs sanitaires autres que celui du CSB2 d'Ambatondrazaka urbain.

ii). Principes

Les données de l'étude se basent sur le contenu du tableau de contingence.

Tableau n° 05 : Tableau de contingence des utilisatrices régulières du programme PF.

	Limitation des naissances LN	Espacement ou non limitation $\overline{\text{LN}}$	Total
Exposés (≥ 4 enfants)	a	b	L_1
Non exposés (< 4 enfants)	c	d	L_0
			T

LN = Limitation des Naissances

$\overline{\text{LN}}$ = Non Limitation des Naissances (ou dans la présente étude : espacement des naissances).

- Exposés

Sont considérés comme sujets exposés à la limitation des naissances, les utilisatrices régulières de la planification familiale qui ont 4 enfants et plus.

- Non exposés

Sont considérés comme sujets non exposés à la limitation des naissances, les utilisatrices régulières de la planification familiale qui ont moins de 4 enfants.

a = nombre des utilisatrices qui ont opté pour la limitation des naissances chez les sujets exposés ;

b = nombre des utilisatrices qui ont opté pour l'espacement des naissances chez les sujets exposés ;

c = nombre des utilisatrices qui ont opté pour la limitation des naissances chez les sujets non exposés ;

d = nombre des utilisatrices qui ont opté pour l'espacement des naissances chez les sujets non exposés ;

L_1 = nombre total des utilisatrices « exposées » ou qui ont 4 enfants et plus ;

L_0 = nombre total des utilisatrices « non exposées » ou qui ont moins de 4 enfants ;

T = nombre total des utilisatrices régulières ayant fait l'objet de l'étude ($T = L_1 + L_0$).

- Comme il s'agit d'une enquête de cohorte, les effectifs L_1 et L_0 de sujets exposés et non exposés au facteur de risque sont fixés par l'investigateur, c'est-à-dire, par nos soins.
- L'étude consiste essentiellement à déterminer la cote des limitations des naissances, c'est-à-dire, le rapport entre la probabilité de survenue d'un choix pour la limitation des naissances et celle de la survenue d'un choix pour l'espacement des naissances.

$$C = \frac{\text{Probabilité des choix pour la limitation des naissances}}{\text{Probabilité des choix pour l'espacement des naissances}}$$

$C = \text{cote}$

- Dans le groupe E des sujets exposés, la cote CE vaut :

$$CE = \frac{a/L_1}{1 - (a/L_1)}$$

$$= \frac{a/L_1}{b/L_1}$$

$$CE = \frac{a}{b}$$

$$CE = \frac{a}{b}$$

- Dans le groupe NE des sujets non exposés, la coté CNE vaut :

$$\text{CNE} = \frac{c/L_0}{1 - (d/L_0)}$$

$$= \frac{c/L_0}{d/L_0}$$

$$\text{CNE} = \frac{c}{d}$$

$$\boxed{\text{CNE} = \frac{c}{d}}$$

iii). Mesure de l'association entre le nombre d'enfants et le choix des utilisatrices pour la limitation des naissances.

- Différence de risque (DR)

$$\boxed{\text{DR} = \frac{a}{L_1} + \frac{C}{L_0}}$$

La différence de risque s'exprime dans la même unité que les taux à partir desquels elle est calculée.

- Risque Relatif (RR)

$$\boxed{\text{RR} = \frac{(a/L_1)}{(c/L_0)}}$$

1.2.4. Paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

- le nombre total des utilisatrices enregistrées en 2005 ;
- la couverture contraceptive ;
- la répartition des utilisatrices régulières selon le nombre d'enfants ;
- la répartition des utilisatrices régulières selon le motif de contraception ;
- le nombre de sujets « exposés » ;
- le nombre de sujets « non exposés » ;
- la cote des limitations des naissances chez les sujets exposés ;
- la cote des limitations des naissances chez des sujets non exposés ;
- la différence de risque ;
- le risque relatif.

2. RESULTATS

2.1. Nombre d'utilisatrices régulières

Tableau n° 06 : Nombre d'utilisatrices régulières de la planification familiale en 2005.

Dénomination	Utilisatrices régulières	Irrégulières et perdues de vue	TOTAL
Nombre	795	53	848
Pourcentage	93,8	6,2	100%

- 93,8% des utilisatrices inscrites en 2005 sont des utilisatrices régulières.

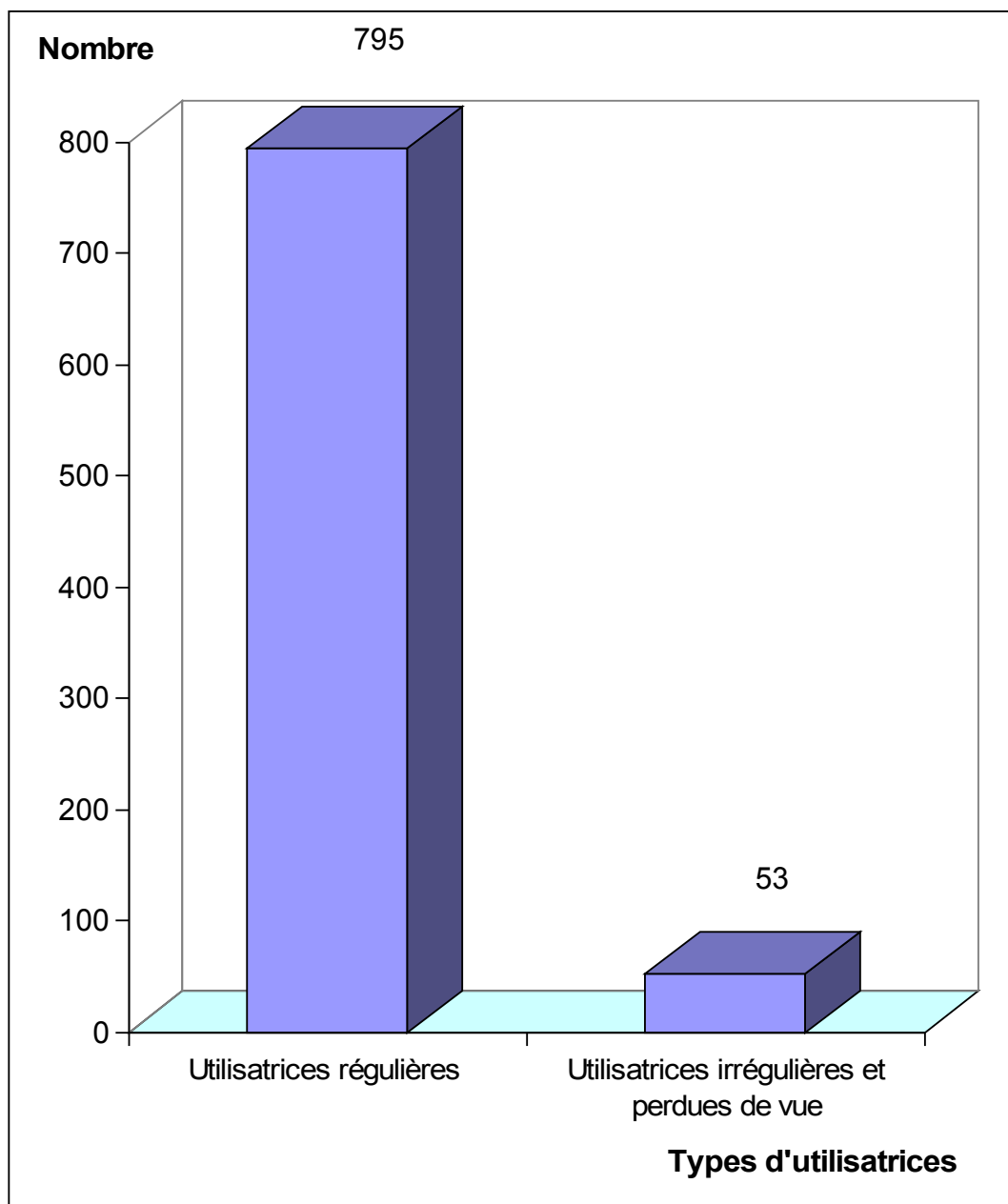


Figure n° 05 : Répartition des utilisatrices selon leur type.

- Le nombre total des utilisatrices régulières est de : 795 utilisatrices.

2.2. Couverture contraceptive

- Le nombre de Femmes en Age de Procréer de la ville d'Ambatondrazaka (FAP) étant de, 10.034 femmes.
- Le Taux de Couverture Contraceptive est de (TCC).

$$\text{TCC} = \frac{795}{10.034} \times 100$$

$$\text{TCC} = 7,9\%$$

Il faut remarquer que ce taux de couverture ne concerne que les utilisatrices du CSB2 d'Ambatondrazaka. Les utilisatrices des autres formations sanitaires de la ville ne sont pas prises en compte (CHD2 et formations sanitaires privées).

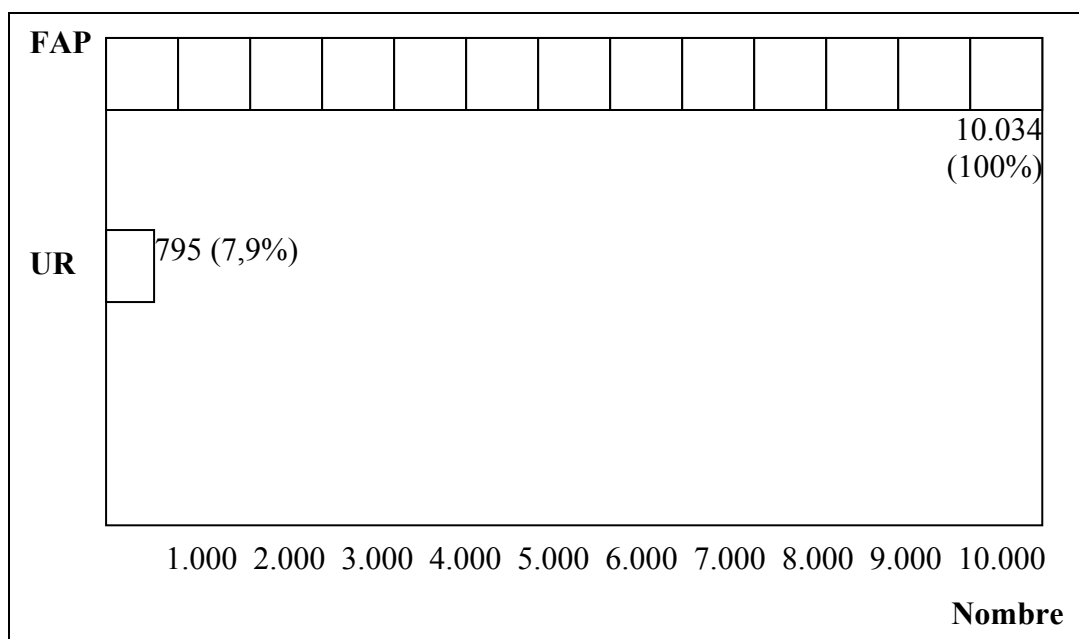


Figure n° 06 : Représentation de la couverture contraceptive réalisée au CSB2 d'Ambatondrazaka.

FAP : Femmes en Age de Procréer

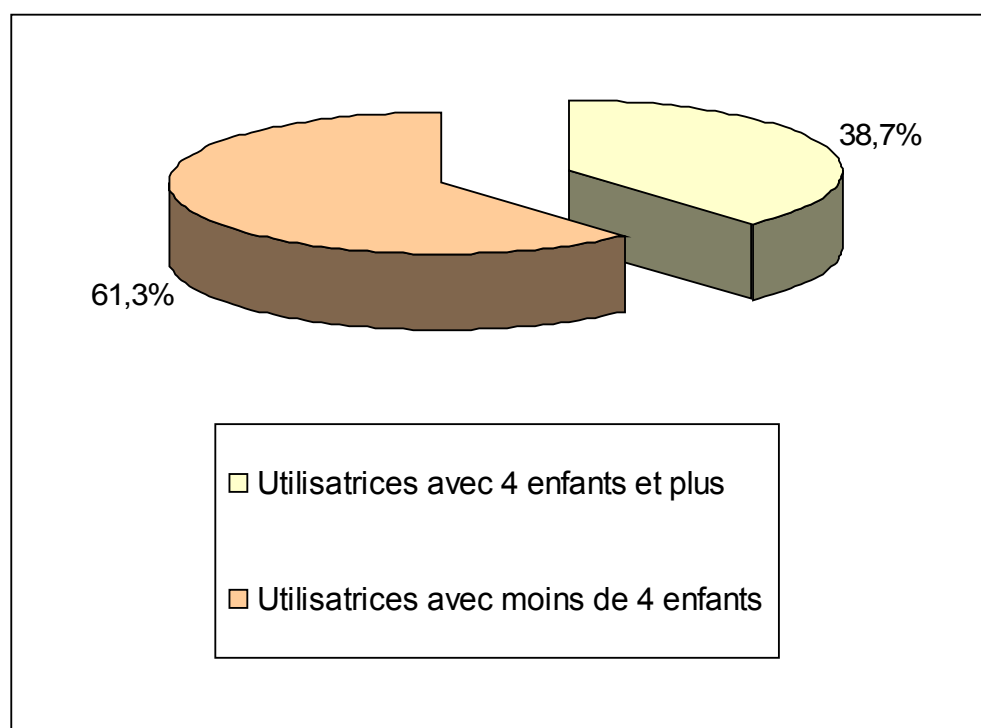
UR : Utilisatrices Régulières

2.3. Répartition des utilisatrices

Tableau n° 07 : Répartition des utilisatrices régulières selon le nombre d'enfants.

Dénomination	Utilisatrices avec 4 enfants ou plus (exposés)	Utilisatrices avec moins de 4 enfants (non exposés)	TOTAL
Nombre	308	487	795
Pourcentage	38,7	61,3	100%

- 61,3% des utilisatrices régulières ont moins de 4 enfants.

**Figure n° 07 :** Diagramme de la répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants.**Tableau n° 08 :** Répartition des utilisatrices selon le motif de la contraception.

Dénomination	Limitation des naissances (LN)	Espacement des naissances (\overline{LN})	TOTAL
Nombre	392	403	795
Pourcentage	49,3	50,7	100%

- 49,3% des utilisatrices régulières ont pour motif la limitation des naissances.

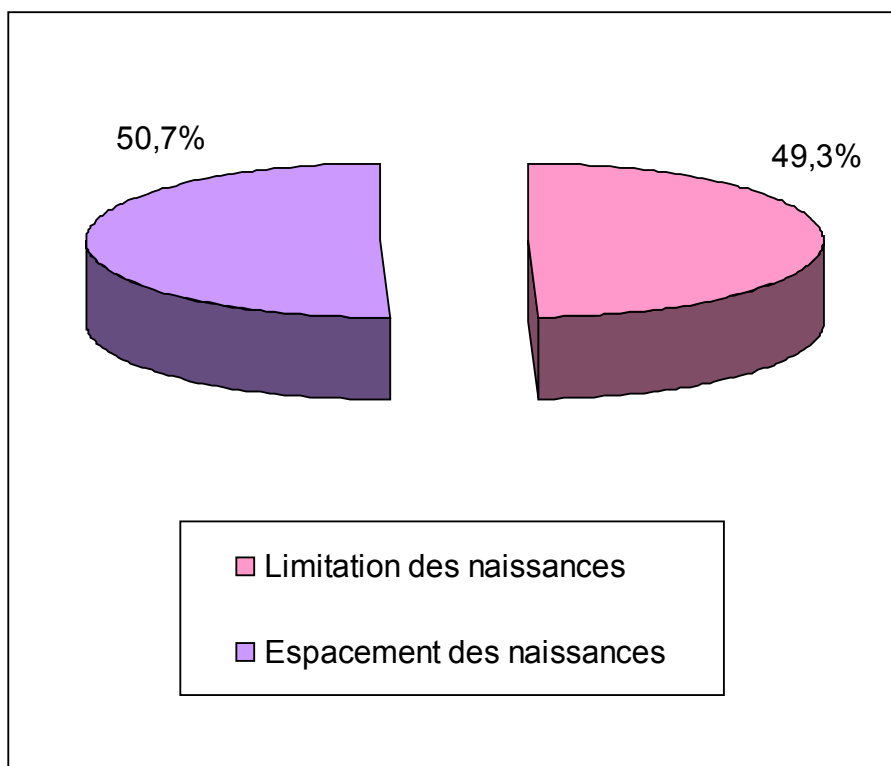


Figure n° 08 : Diagramme de la répartition des utilisatrices selon le motif de la contraception.

Tableau n° 09 : Répartition des sujets exposés et non exposés selon le motif de contraception.

Dénomination	Limitation des naissances	Espacement des naissances	Total
Exposés (4 enfants et plus)	203 (51,8%)	105 (26,1%)	308
Non exposés (moins de 4 enfants)	189 (48,2%)	298 (73,9%)	487
TOTAL	LN : 392	IN : 403 (100%)	795

- Sur 392 utilisatrices qui ont opté pour la limitation des naissances, 51,8% sont des sujets exposés et 48,2% des sujets non exposés.

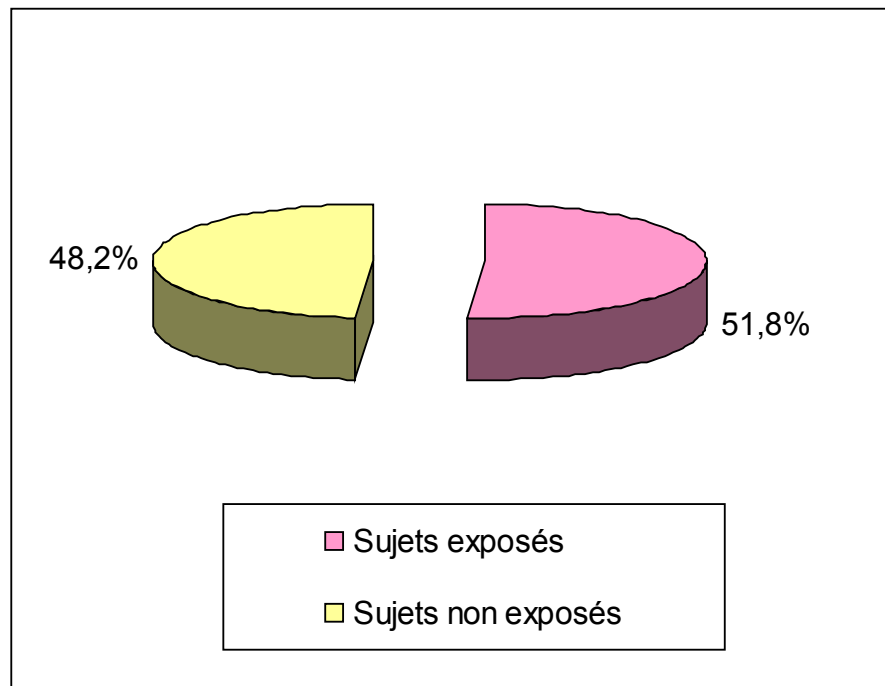
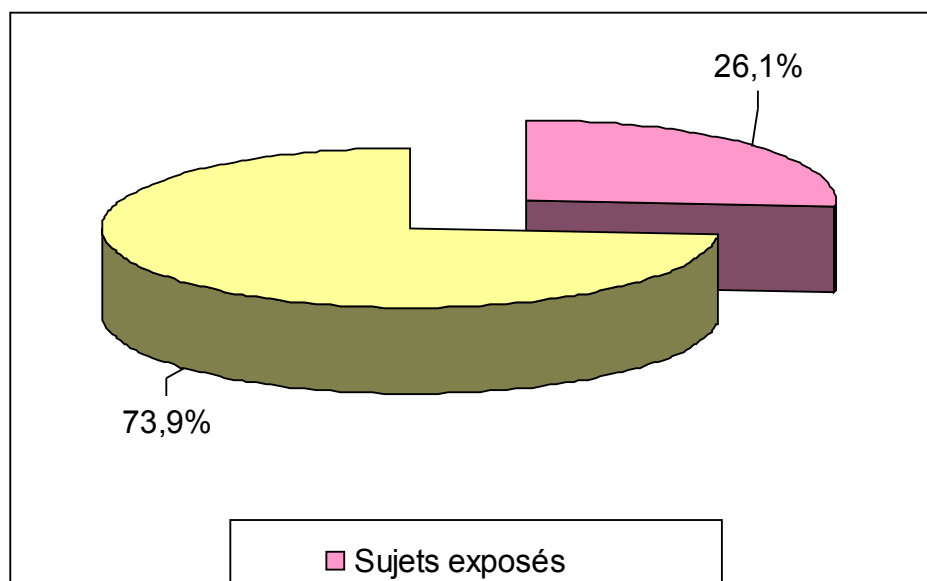


Figure n° 09 : Proportion des cas de limitation de naissances chez les sujets exposés et non exposés.



Utilisatrices

**Sujets
exposés**

**Sujets
non exposés**

0

100

200

300

400

500

Nombre

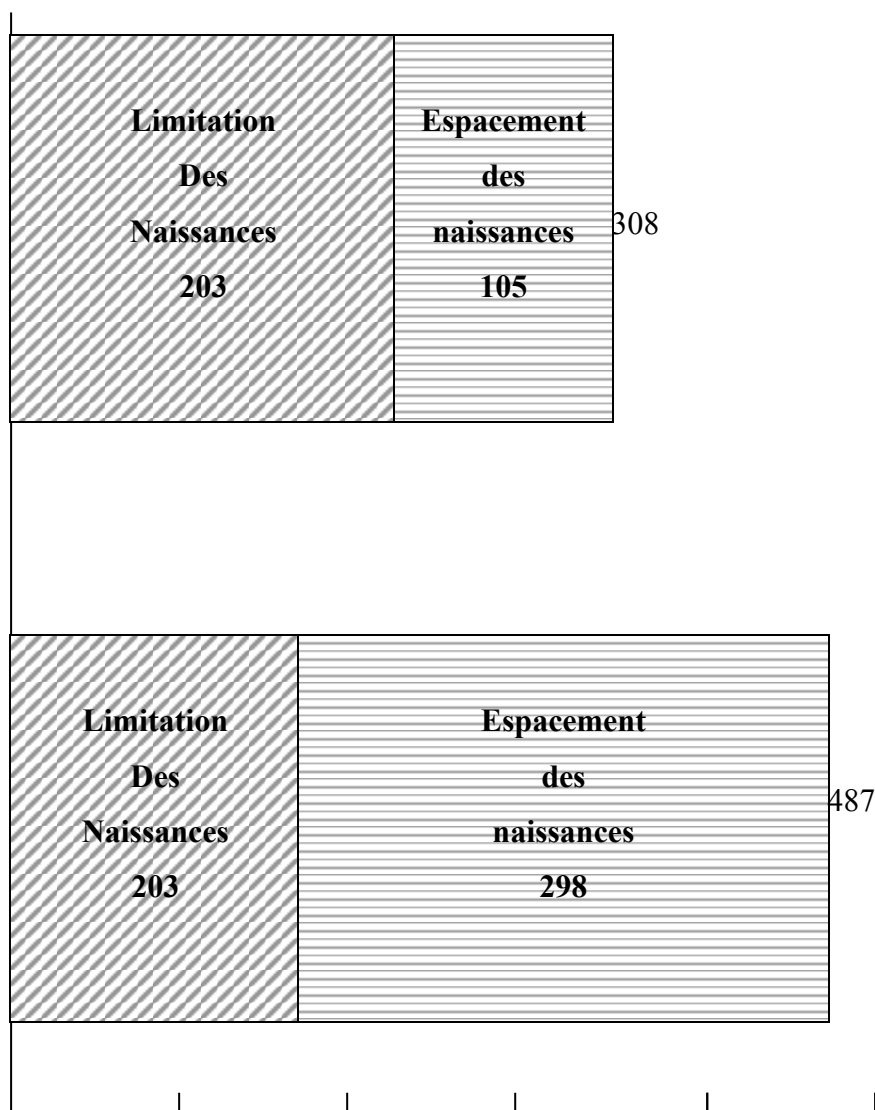


Figure n° 11 : Représentation de la répartition des choix des utilisatrices dans les objectifs de contraception.

2.4.1. Dans le groupe des sujets exposés

La cote d'avoir comme objectif de planification familiale, la limitation des naissances vaut :

$$CE_{LN} = \frac{a}{b}$$

$$= \frac{203}{105}$$

$$CE_{LN} = 1,93$$

$CE_{LN} = 1,93$

2.4.2. Dans le groupe des sujets non exposés

La cote d'avoir comme objectif de planification familiale, la limitation des naissances vaut :

$$CNE_{LN} = \frac{c}{d}$$

$$= \frac{189}{298}$$

$$CNE_{LN} = 0,63$$

$CNE_{LN} = 0,63$

2.5. Différence de Risque (DR)

$$\begin{aligned}
 DR &= \frac{a}{L_1} - \frac{c}{L_0} \\
 &= \frac{203}{308} - \frac{189}{487} \\
 &= 0,659 - 0,388 \\
 &= 0,271
 \end{aligned}$$

DR = 0,271

2.6. Risque Relatif (RR)

$$\begin{aligned}
 RR &= \frac{(a/L_1)}{(C/L_0)} \\
 &= \frac{\frac{203}{308}}{\frac{189}{489}} \\
 &= \frac{0,659}{0,388} \\
 &= 1,698
 \end{aligned}$$

RR = 1,7

2.7. Récapitulation

Tableau n° 11 : Tableau récapitulatif des principaux résultats.

Dénomination	Valeur
Nombre d'utilisatrices inscrites en 2005	848
Nombre d'utilisatrices régulières	795
Taux de couverture contraceptive au CSB2	7,9%
Sujets exposés : utilisatrices avec 4 enfants ou plus	308
Sujets non exposés : utilisatrices avec moins de 4 enfants	487
Nombre de cas de limitation de naissances chez les sujets exposés	203
Nombre de cas d'espacement des naissances chez les sujets exposés	105
Nombre de cas de limitation de naissances chez les sujets non exposés	189
Nombre de cas d'espacements des naissances chez les sujets non exposés	298
Dans le groupe des sujets exposés, cote d'avoir des cas de limitation des naissances	1,93
Dans le groupe des sujets non exposés, cote d'avoir des cas de limitation des naissances	0,63
Différence de risque de limitation de naissances entre les sujets exposés et non exposés	0,271
Risque relatif	1,7

**TROISIEME PARTIE :
COMMENTAIRES, DISCUSSIONS
ET SUGGESTIONS**

COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1.1. Méthodologie

Lorsqu'une population passe d'un régime de fécondité naturelle à un régime de fécondité contrôlée, il y a par définition une plus grande maîtrise de la fécondité. Cette maîtrise se traduit principalement par une augmentation du recours à la contraception, bien que dans un certain nombre de populations, l'avortement provoqué joue également un rôle important.

En considérant comme constantes, les valeurs des autres facteurs influençant de façon peu importante sur la fécondité, la contraception domine la réduction de la fécondité.

1.1.1. *Le nombre d'enfants*

La présente étude essaie d'analyser l'utilisation des méthodes contraceptives en fonction du nombre d'enfants dans chaque famille.

1.1.2. *L'objectif de contraception*

- L'influence de la contraception sur la fécondité peut varier selon que l'objectif contraceptif s'oriente vers la limitation des naissances ou l'espacement des naissances.
- En effet, les utilisatrices des méthodes contraceptives qui ne visent que l'espacement des naissances peuvent arrêter la contraception après un temps d'utilisation plus ou moins long, difficile à déterminer ou à évaluer. Le désir d'avoir un enfant constitue d'ailleurs l'une des principales causes de l'abandon de la méthode contraceptive.

1.2. Les résultats de l'étude

1.2.1. *Les utilisatrices régulières et la couverture contraceptive*

- L'étude que nous avons réalisée au CSB2 d'Ambatondrazaka a pu dénombrer 795 utilisatrices régulières de la planification familiale. Il faut dire que ce nombre ne tient pas compte des utilisatrices irrégulières et des perdues de vue.
- Ce nombre total des utilisatrices régulières ne tient pas compte en plus de femmes qui suivent le programme de planification familiale au niveau des autres formations sanitaires de la ville d'Ambatondrazaka, notamment le centre hospitalier de district du niveau 2 et les formations sanitaires privées.
- Ceci explique le taux assez bas de couverture contraceptive réalisé qui est de 7,9%, le taux réalisé au niveau national étant de 18% environ actuellement.

Le nombre de cas irréguliers et de perdues de vue atteint 53 utilisatrices, c'est-à-dire, 6,2% de l'ensemble des femmes utilisatrices.

1.2.2. *Le nombre d'enfants des utilisatrices*

Dans notre étude, nous avons considéré comme sujets exposés à la limitation des naissances, les utilisatrices qui ont déjà 4 enfants ou plus.

Sont considérés comme sujets non exposés, les utilisatrices qui ont moins de 4 enfants (28).

Il faut noter que ces utilisatrices reçoivent périodiquement des séances d'Information, Education et Communication ou IEC, en plus des conseils individuels qu'on leur donne en fonction de leur situation personnelle et familiale.

Sur 795 utilisatrices régulières, 308 ou 38,7% ont 4 enfants ou plus, et 487 ou 61,3% ont moins de 4 enfants. Ces chiffres semblent montrer que dans la ville

d'Ambatondrazaka, parmi celles qui utilisent le CSB2, les femmes des familles nombreuses représentent un pourcentage inférieur par rapport à celles qui ont moins d'enfants.

On peut expliquer ceci par un retard d'information pour les familles qui ont eu déjà le temps d'avoir plus d'enfants qu'elles n'ont désiré, et des informations reçues à temps pour les femmes qui ont moins de 4 enfants.

Une autre explication peut également être donnée : les femmes plus âgées ou qui vivent au sein des familles qui sont attachées à leurs traditions et valeurs basées sur l'importance vitale des familles nombreuses ont moins d'accès aux méthodes contraceptives modernes.

Le nombre d'utilisatrices optant pour la limitation des naissances qui est inférieur au nombre d'utilisatrices ayant choisi d'espacer les naissances, semble montrer encore que les partisans des familles assez nombreuses ne sont pas près de diminuer d'effectif rapidement. Dans notre étude, on note 392 cas de limitation des naissances et 403 cas d'espacement des naissances.

1.2.3. *Le choix des objectifs*

- Sur 308 femmes ayant 4 enfants ou plus, on observe :
 - 203 cas de limitation des naissances,
 - 105 cas d'espacement des naissances.
- Sur 487 femmes ayant moins de 4 enfants, on observe :
 - 189 cas de limitation des naissances,
 - 298 cas d'espacement des naissances.
- Une analyse plus approfondie des choix des objectifs de contraception permet de mieux comprendre le comportement des utilisatrices du CSB2.

i). La mesure des cotes

- Chez les utilisatrices ayant 4 enfants ou plus, considérées comme exposées à la limitation de naissances, la cote d'adopter un

comportement contraceptif en faveur de la limitation des naissances est de $CE_{LN} = 1,93$. Ceci veut dire que parmi les sujets exposés, s'il y en a un qui choisit l'espacement des naissances, 1,93 choisit la limitation des naissances.

- Chez les utilisatrices ayant moins de 4 enfants considérées comme non exposées à la limitation des naissances, la cote d'adopter un comportement contraceptif en faveur de la limitation des naissances est de $CNE_{LN} = 0,63$. Ceci veut dire que parmi les sujets non exposés, s'il y en a un qui choisit l'espacement des naissances, 0,63 choisit la limitation des naissances.

ii). Le risque relatif

Le risque relatif de limitation des naissances est de 1,7 pour l'ensemble des utilisatrices régulières « exposées » par rapport à l'ensemble des utilisatrices régulières « non exposées ». Autrement dit, les femmes utilisatrices ayant quatre enfants ou plus ont 1,7 fois plus de risque d'opter pour la limitation de naissances que les autres.

En résumé, il faut constater que chez les femmes utilisatrices régulières de la planification familiale au CSB2 d'Ambatondrazaka, le grand nombre d'enfants dans la famille (quatre enfants et plus) n'oriente pas de façon satisfaisante vers la limitation des naissances, comportement plus conforme à la réduction du taux de fécondité.

2. SUGGESTIONS

Afin de favoriser l'atteinte de l'objectif national qui se propose d'atteindre en 2010, un taux de couverture contraceptive de 37% et un Indice Synthétique de Fécondité ou ISF égal à 4,0 (28), nos suggestions concernent trois points principaux :

- un programme d'IEC renforcé,
- une offre de services de planification familiale plus élargie,
- un suivi ciblé des utilisatrices.

2.1. Un programme d'IEC renforcé

2.1.1. Objectif

L'objectif du programme devrait donner la priorité :

- à l'influence négative d'un grand nombre d'enfants dans une famille nécessiteuse ou ne disposant pas des moyens requis pour élever correctement les enfants à charge ;
- à faire mieux connaître les méthodes de contraception disponibles y compris les avantages et les inconvénients.

2.1.2. Stratégies

Les principales stratégies qui pourraient être favorables à l'objectif sont :

- La mise en œuvre d'une stratégie mobile pour offrir des séances d'IEC périodiques au niveau des quartiers populeux de la ville d'Ambatondrazaka (Figure n° 12). Ces quartiers concernent en priorité :
 - Ambohimasina,
 - Andabatoara,
 - Ampasambazimba,
 - Antanifotsy,
 - Anosindrafo.

Les visites au niveau des quartiers pourraient avoir lieu une fois tous les deux mois.

- L'utilisation de prospectus qui aideront les femmes cibles (en âge de procréer) de mieux se souvenir, comprendre et se familiariser avec les dénominations de différentes méthodes contraceptives.
- La vulgarisation de slogan à l'aide de grandes affiches, exemple : « Famille heureuse avec la pilule contraceptive ».
 - « 4 enfants ;
 - bonne santé ;
 - bonne éducation ;

- à l'abri des besoins ».

Autres exemples : « *Fimailo - Miaro amin'ny aretina SIDA,*

- *Manabe aizana,*
- *Mora ampiasaina,*
- *Mora vidy. »*

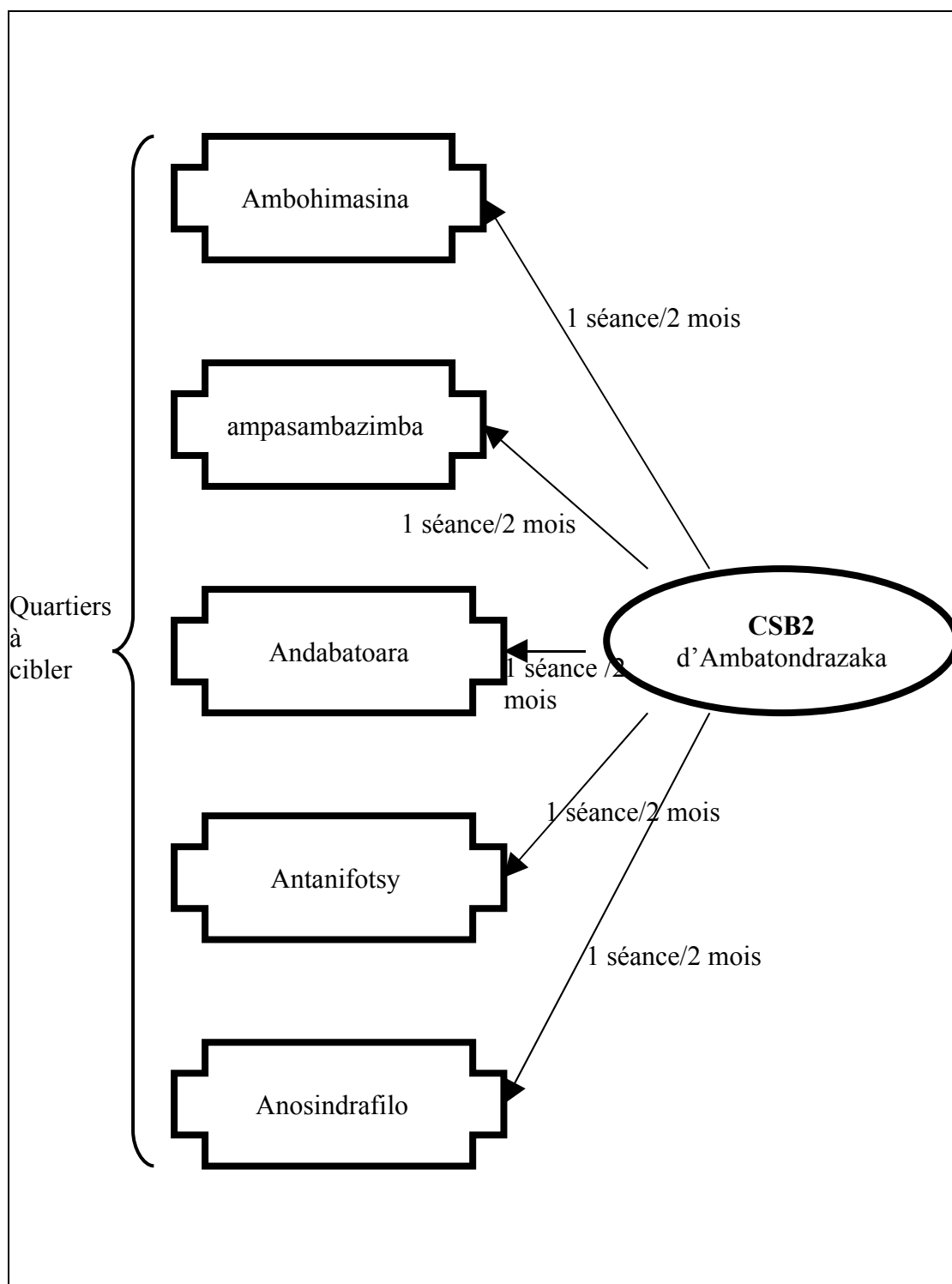


Figure n° 12 : Représentation schématique de la stratégie mobile d'IEC ciblant les quartiers populaires.

2.1.3. Activités

Les principales activités consistent à :

- Informer la population sur :
 - la date et le lieu des séances d'IEC,
 - le thème prévu d'IEC.
- Préparer soigneusement le contenu de chaque séance en prenant le soin de limiter les exposés à 30 mm, par exemple en permettant au moins de discuter pendant 1 heure.
- Donner les séances d'IEC conformément au plan d'action.
- Montrer les préservatifs et expliquer l'utilisation autant que possible.
- Informer la population sur les différentes méthodes contraceptives, sur la nécessité d'aller périodiquement au CSB2 pour l'approvisionnement en contraceptif, ou pour les injections ou pour l'installation des DIU (Dispositifs Intra-Utérin).
- Discuter sur les thèmes :
 - limitation des naissances,
 - espacement des naissances et les conduites à tenir.

2.2. Une offre de services élargie

Ceci concerne :

- Les méthodes contraceptives disponibles qui devraient comporter un éventail permettant aux utilisatrices de disposer des méthodes qui leur conviennent :

- les contraceptifs oraux :
 - * contraceptifs oraux combinés,
 - * contraceptifs oraux avec progestatif seul,
- des contraceptifs injectables,
- des DIU (Dispositifs Intra-Utérins),
- des préservatifs,
- des implants dans la mesure du possible.

- L'emploi du temps

Les services de planification familiale doivent être ouverts tous les jours durant les 5 jours ouvrables de chaque semaine.

En effet, la non permanence des services limite l'accessibilité des utilisatrices aux services requis.

- La disponibilité d'une salle d'attente confortable.

Les utilisatrices de la planification familiale sont souvent obligées d'attendre longtemps pour avoir ce qu'elles désirent.

- Une attente dans la cour du CSB2 les expose :
 - au soleil,
 - à la pluie,
 - à la poussière,
 - à des conditions d'attente difficilement supportables.

- L'organisation des services

Une organisation précise des services améliore la qualité des prestations et abrège les longues minutes d'attente (Figure n° 13).

Exemples :

- distribution des contraceptifs tous les matins de 8 à 10h ;
- mise en place de DIU et injections de contraceptifs tous les matins de 10h à 12h ;
- distribution de préservatifs en permanence, chaque jour ouvrable ;
- nouvelles utilisatrices : tous les après-midi ;
- conseils individuels et IEC : tous les après midi ;

- consultations pour effets secondaires chez le médecin consultant chaque jour ouvrable.

ORGANISATION POUR CHAQUE JOUR OUVRABLE

H : heure

- Distribution de contraceptifs

- Distribution de préservatifs

- Mise en place de DIU

- Injection

- Dépo-provéra

- Noristerat

- Consultations pour effets secondaires

- Réception des nouvelles utilisatrices

- Conseils individuels et IEC

- Distribution de préservatifs

- Consultation pour effets secondaires

					8H
					9H
					10H
					11H
					12H
PAUSE					13H
PAUSE					14H
					15H
					16H



Figure n° 13 : Représentation schématique de l'organisation des services pour chaque jour ouvrable.

2.3. Un suivi ciblé des utilisatrices

2.3.1. Base du système de suivi

Un bon système de suivi doit être basé sur une bonne tenue de la fiche de planification familiale (Figure n° 14).

FICHE DE SUIVI					
Numéro d'identification / ____ / ____ / ____ /					
<ul style="list-style-type: none"> • Noms et prénoms : • Age : Situation Matrimoniale : • Nombre d'enfants : • Adresse : 					
Date de consultation	Méthode utilisée	Plaquette pour 30J	Rendez-vous	Effets secondaires	Observations
18/03/06	CO Ovrette	1	15/04/06 à 9h		
15/04/06	Ovrette	2	13/06/06	Céphalées	Conseils individuels
13/06/06	Ovrette	1	10/07/06		Absente VAD 11/07/06

CO : Contraceptif Oral – **VAD** : Visite A Domicile.

Figure n° 14 : Proposition d'une fiche de suivi.

La fiche de suivi indique :

- les informations permettant d'identifier l'utilisatrice et d'avoir son adresse,
- les dates de consultation,
- la méthode utilisée,
- les dates des rendez-vous,
- les quantités de produits contraceptifs distribuées à chaque visite,
- les injections effectuées ou implants, ou DIU installés,
- le nombre de préservatifs distribués,
- les effets secondaires,
- les observations,
- la présence ou l'absence au rendez-vous,
- les actions effectuées ou à faire en cas de problèmes.

2.3.2. *Système de ciblage et type d'intervention*

A chaque problème identifié doit correspondre une intervention adéquate (Figure n° 15).

2.3.3. *Mesure d'accompagnement*

La bonne application du système de suivi proposé doit être accompagné :

- d'une formation et d'un recyclage adéquats du personnel responsable,
- de la participation communautaire,
- d'une collaboration avec des partenaires :

- Organisations Non Gouvernementales ou ONG oeuvrant dans le domaine de la planification familiale ;
- les quartiers, les fokontany et la commune ;
- les responsables locaux :
 - * religieux,
 - * enseignants.

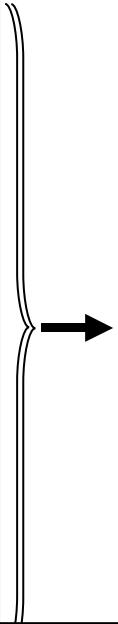
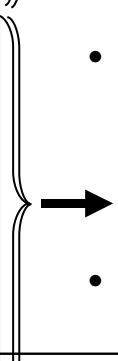
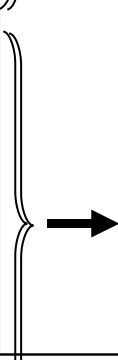
Problèmes	Actions	Responsables
Effets secondaires mineurs	 Consultations et conseils	Personnel qualifié : <ul style="list-style-type: none"> • Sage-femme • Infirmières et assistante de santé
Problèmes d'accessibilité <ul style="list-style-type: none"> • Géographique • Financière • A cause de la famille 		
Effets secondaires majeurs	 <ul style="list-style-type: none"> • Consultations et traitement et/ou changement de méthodes • Informations 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins consultants
<ul style="list-style-type: none"> • Absence au rendez-vous • Irrégularités • Perdue de vue • Cas d'abandon 	 Visites à domicile Informations complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Sage-femme • Infirmières • Assistantes de santé

Figure n° 15 : Schéma de fonctionnement du système de ciblage et d'intervention.

Afin que les actions de suivi puissent être menées correctement, et par une équipe composée d'agents communautaires dirigée par un personnel responsable du CSB2, le schéma que nous proposons à la figure n° 14 permet de réaliser les objectifs prévus. Il s'agit en définitive de ramener dans le programme de planification familiale les utilisatrices qui s'en éloignaient pour des raisons autres que le désir d'avoir un enfant de plus.

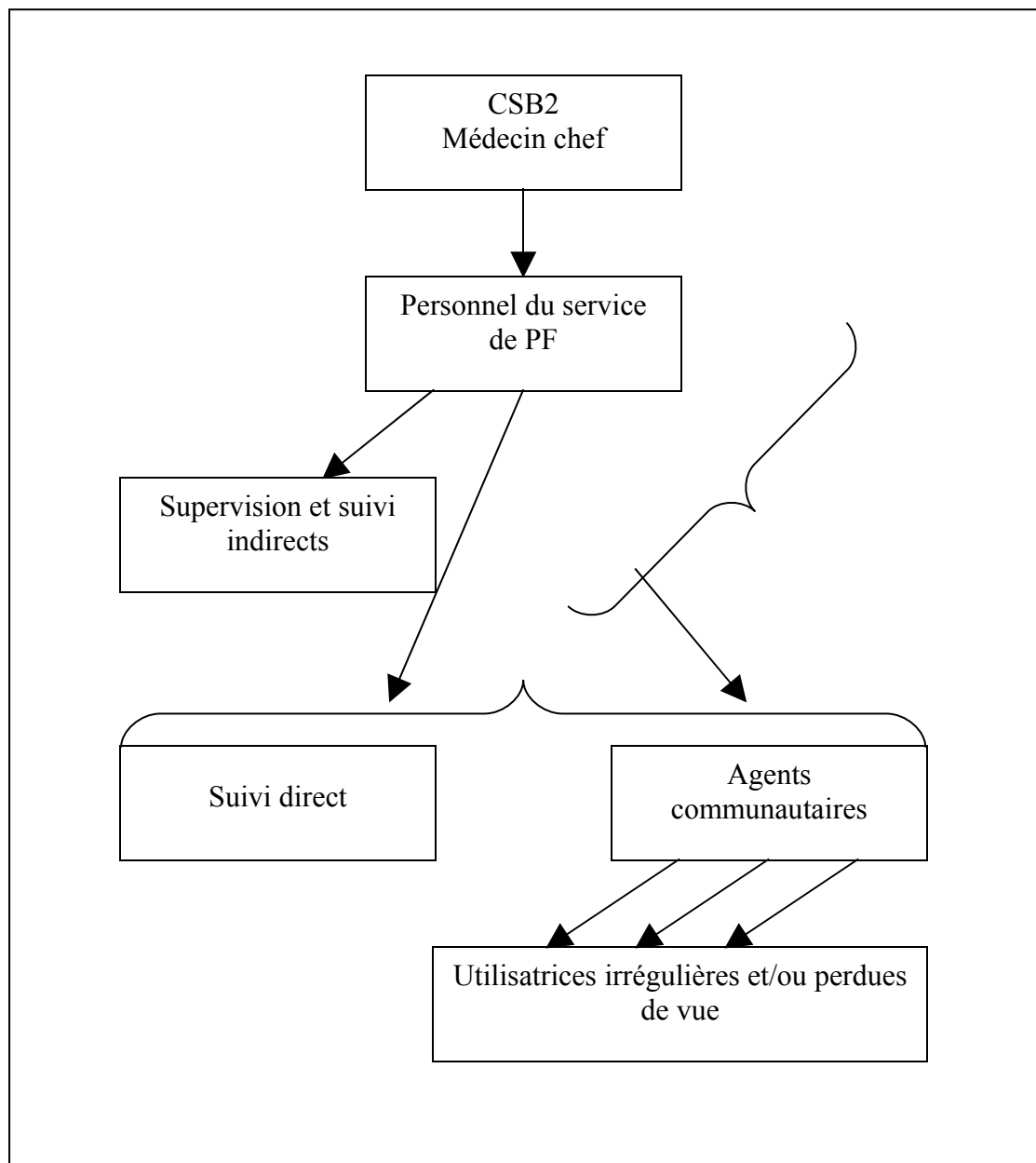


Figure n° 16 : Stratégie d'action de suivi à partir du CSB2, exemple proposé.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les variations de la fécondité sont dues essentiellement aux variations de quatre facteurs principaux : la proportion des femmes mariées, l'avortement provoqué, la durée de la période d'infécondabilité post-partum, et la prévalence et l'efficacité de l'usage de la contraception. Ce dernier facteur occupe toutefois une importance particulière dans la réduction de la fécondité, et donc dans la maîtrise démographique à condition que la contraception soit suivie correctement par un grand nombre de femmes en âge de procréer et pendant longtemps.

L'étude que nous avons entreprise au CSB2 d'Ambatondrazaka essaie d'analyser l'influence du nombre d'enfants sur la décision des femmes dans la pratique de la planification familiale.

Les résultats obtenus montrent, en ce qui concerne les utilisatrices du CSB2, une couverture contraceptive assez basse puisqu'elle se chiffre à 7,9%. L'analyse du comportement des utilisatrices régulières a permis de constater que chez les sujets qui ont quatre enfants et plus, la cote de choisir l'objectif de limitation des naissances est de 1,93, tandis que chez les sujets qui ont moins de quatre enfants, la valeur de cette cote est de 0,63. Une contraception temporaire n'a pas d'effet significatif dans la maîtrise démographique quand le plan d'action porte par exemple sur plus de 5 ans. Il serait donc nécessaire d'augmenter le taux de couverture contraceptive d'une part, et de persuader la majorité des familles qui ont quatre enfants et plus de pratiquer la limitation des naissances.

Les suggestions que nous avons formulées renforcent d'ailleurs cette idée en informant mieux la population sur la différence qu'il y a entre limitation et espacement des naissances, et en montrant l'avantage d'un nombre d'enfants supportable par le budget familial. Pour permettre à chaque famille de s'épanouir, la taille familiale doit être compatible avec les exigences des besoins essentiels et les moyens de faire face à l'éducation des enfants, à la prise en charge de leur état de santé.

Le revenu familial devrait constituer une référence de base sur le choix de la taille de la famille. La pratique des méthodes contraceptives modernes aide les familles à espacer les naissances ou à limiter le nombre d'enfants en fonction des

moyens disponibles pour vivre aisément. C'est dans cette optique que les programmes de lutte contre la pauvreté doivent être adaptés à la situation socioéconomique de chaque pays. En effet, la mise en œuvre de ces programmes et leur efficacité sont étroitement liés au système de valeur des communautés, à leurs habitudes et à leur capacité de changement.

Ces conditions impliquent la nécessité de développer parallèlement des programmes d'information, d'éducation et de communication à grande échelle, afin que toute la population comprenne les avantages d'une taille familiale adaptée aux besoins de développement.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Tabutin D. L'Afrique au Sud du Sahara : une véritable bombe démographique. Paris : Vivant Univers, 1989 : 17-20.
2. Singleton M, Vandeschrick C. L'explosion démographique : mythe ou réalité ? Paris : Vivant Univers, 1989 : 3.
3. Vallin J. La population mondiale. Paris : La découverte, 1989.
4. Alleu P, Balaro G. Nouvelles perspectives dans la modélisation, intégrer population et développement. Paris : Academia, L'Harmattan, 1993 : 313-334.
5. Ela JM. Face au défi du nombre quel développement en Afrique Noire ? Paris : Academia, L'Harmattan, 1993 : 47-69.
6. Demeny P. Science sociale et politique de population. Paris : Institut d'études démographiques, Academia, 1993 ; 2 : 5-6.
7. Laing J. Demographic evaluation of family planning programs. Studies Center. The Australian National University, 1982 ; 29 : 345-365.
8. Ki-Zerbo J. Quel développement pour quelle coopération ? Paris : Prélude, 1988.
9. Carfantan JY, Condamines C. Qui a peur du Tiers Monde ? Paris : Seuil, 1980.
10. Engelhard P, Seck M, Ben Abdallah T. Vivre et mourir en Afrique. Population, santé et développement. Dakar : Série, Etude et Recherche Enda, 1988 ; 125 : 314.
11. King T. Population, Policies and Economic Development : A world Bank Staff. London : Johns Hopkins University Press, 1974 ; 13 : 230.
12. Lamthanh L. La planification familiale au Viet-Nam. Population, 1987 ; 2 : 321-336.

13. Cataria B, Razafimandimby C, Sidibe H. Synthèse des enquêtes démographiques au Cameroun : Résultats, étude de cas. Yaoundé : les annales de l'Ifo, 1979 ; 148 : 23.
14. Simmons OG. Perspectives on development and population Growth in the third world. New-York : Plenum Press, 1988 ; 190 : 202.
15. OMS. Choix des méthodes contraceptives. Guide pratique et théorique. Genève : OMS, 1992 : 20.
16. Bandet JH, Segny B. Méthodes contraceptives hormonales. Rev Gynec, 1983 ; 134 : 47-49.
17. OMS. Contraceptifs injectables : leur rôle en planification familiale. Genève : OMS, 1990 ; 2 : 87-89.
18. Simon P. Le contrôle des naissances. Paris : Payot, 1966 : 294.
19. Bongaarts J. Les effets inhibiteurs des variables intermédiaires de la fécondité. Paris : Academia, 1993 : 61-66.
20. Bongaarts J, Menken JA. The supply of children, in determinants of fertility in Developing Countries. Washington : National Academy of Science, 1982 : 67.
21. Caldwell JC. The theory of fertility decline. New-York : Univers Press, 1982 ; 127 : 386.
22. PNUD. Rapport mondial sur le développement humain. Paris : Economica, 1990 : 203.
23. Bonyer J. La régression logistique en épidémiologie. Rev Epidémiol Santé publique, 1991 ; 39 : 78-87, 183-196.
24. Greenland S. Modeling and variables selection in epidemiologic analysis. Am J Public Health, 1989 ; 79 : 340-349.

25. Rothman KJ. Modern epidemiology : multivariate analysis. Boston : Little Brown, 1986 ; 14 : 285-310.
26. Schwartz D. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et biologistes. Paris : Flammarion, 1979 : 31-87.
27. Salamon R. Statistique médicale. Paris : Masson, 1987 : 18-31.
28. Ministère de la santé et de planning familial. Politique nationale de santé de l'enfant. Madagascar : Min San PF, 2005.

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 raharaham-pitsaboana.

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

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

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny antonjavatra 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 RAKOTOMANGA Samuel**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : **Professeur RAJAONARIVELO Paul**

Name and first name : HARILANTOSOA Yvette Joséa

**Title of the thesis : “SURVEY OF THE INFLUENCE OF CHILDREN NUMBER
IN THE PRACTICE OF DOMESTIC SCHEDULING”**

Heading : Public Health

Number of figures : 16 Number of pages : 50

Number of tables : 11 Number of bibliographical references : 28

SUMMARY

"Survey of the influence of children number in the practice of domestic scheduling" is a research that has been led to the HBC2 of Ambatondrazaka. Data relate the year 2005. They have been exploited with techniques of epidemiology carrying on the measure of association and impact.

The results show that in 2005, 795 regular users frequent the HBC2, either a contraceptive cover of 7,9%. The regular users who have four children and more have a births limitation rate of 1,93. On the other hand, the regular users who have less than four children have a births limitation rate of only of 0,63.

In order to increase the rate of contraceptive cover and to decrease the rate of fertility, our suggestions are about the strengthening of the IEC program, a largest domestic scheduling service offer and the follow up of the targeted users.

**Key-words : Domestic scheduling - Contraception - Number of
children - Fertility - IEC.**

Director of the thesis : Professor RAKOTOMANGA Samuel

Reporter of the thesis : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Address of author : BLP Porte 5 Ankatso I

Nom et Prénoms : HARILANTOSOA Yvette Joséa

**Titre de la thèse : « ETUDE DE L'INFLUENCE DU NOMBRE D'ENFANTS
DANS LA PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE »**

Rubrique : Santé publique

Nombre de figures : 16

Nombre de pages : 50

Nombre de tableaux : 11

Nombre de références bibliographiques : 28

RESUME

« Etude de l'influence du nombre d'enfants dans la pratique de la planification familiale » est un travail de recherche qui a été menée au CSB2 d'Ambatondrazaka. Les données se rapportent à celles de l'année 2005. Elles ont été exploitées à l'aide des techniques d'épidémiologie portant sur la mesure d'association et d'impact.

Les résultats obtenus montrent qu'en 2005, 795 utilisatrices régulières fréquentent le CSB2, soit une couverture contraceptive de 7,9%. Les utilisatrices régulières qui ont quatre enfants et plus ont une cote de limitation des naissances de 1,93. En revanche, les utilisatrices régulières qui ont moins de quatre enfants ne présentent qu'une cote de limitation des naissances de 0,63.

Afin d'augmenter le taux de couverture contraceptive et diminuer le taux de fécondité, nos suggestions portent sur un programme d'IEC (Information, Education et Communication) renforcée, une offre de service plus élargie de planification familiale et un suivi ciblé des utilisatrices.

**Mots-clés : Planification familiale – Contraception – Nombre
d'enfants – Fécondité – IEC.**

Directeur de thèse : Professeur RAKOTOMANGA Samuel

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Adresse de l'auteur : BLP Porte 5 Ankatso I