

ANDRIATIANA Rivoson Délphin

**« LA CONTRACEPTION HORMONALE ORALE AU
CSB II D'IVATO AEROPORT
EN L'AN 2003 »**

Thèse de Doctorat en Médecine

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE

Année 2004

N° 7188

**" LA CONTRACEPTION HORMONALE ORALE AU
CSB II D'IVATO AEROPORT
EN L'AN 2003"**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 12 Novembre 2004
à Antananarivo

Par

Monsieur ANDRIATIANA Rivoson Délphin
Né le 08 Janvier 1974 à Ambatofotsy – Ambohimalaza

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Membres du Jury :

Président	: Professeur RATOVO Fortunat
Juges	: Professeur RAKOTOMANGA Samuel Professeur ANDRIANASOLO Roger
Rapporteur	: Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO

FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2003-2004

I. DIRECTION

A. DOYEN

M. RAJAONARIVELO Paul

B. VICE-DOYENS

- | | |
|---|--|
| - Relations avec les Institutions et Partenariat | M. RASAMINDRAKOTROKA Andry |
| - Troisième Cycle Long et Formation Continue | M. RAJAONA Hyacinthe |
| - Scolarité (1 ^{er} et 2 nd cycles) | M. RANAIVOZANANY Andrianady
M. RAKOTOARIMANANA Denis Roland |
| - Ressources Humaines et Patrimoine | M. RAMAKAVELO Maurice Philippe |
| - Relations Internationales | M. RAKOTOBÉ Pascal |
| - Thèses, Mémoires, Recherche, Agrégation,
Titularisation | M. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa |
| - Appui à la Pédagogie et Stages Hospitaliers | M. RANJALAHY RASOLOFOMANANA
Justin |
| - Troisième Cycle Court (Stage interne et
Examens de Clinique) | M. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa |
| - Technologies de l'Information, de la
Communication et de la Télémédecine | M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa |

C. SECRETAIRE PRINCIPAL

Mme RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

II. PRESIDENT DU CONSEIL D'ETABLISSEMENT

M. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

III. CHEFS DE DEPARTEMENT

- | | |
|------------------------------------|---|
| - Biologie | M. RASAMINDRAKOTROKA Andry |
| - Chirurgie | M. RANAIVOZANANY Andrianady |
| - Médecine | M. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa |
| - Mère et Enfant | Mme. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO
Noëline |
| - Santé Publique | M. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin |
| - Sciences Fondamentales et Mixtes | Mme. RAMIALIHARISOA Angeline |

- Tête et cou

Mme. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO
Violette

IV. PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

M. RAJAONARIVELO Paul

V. COLLEGE DES ENSEIGNANTS

A- PRESIDENT

Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

B- ENSEIGNANTS PERMANENTS

1) PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie

Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Endocrinologie et métabolisme

Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

- Médecine Légale

Pr. SOAVELO Pascal

- Néphrologie

Pr. RAJAONARIVELO Paul
Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa

- Pneumologie-Phtisiologie

Pr. ANDRIANARISOA Ange

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie néonatale

Pr. RANDRIANASOLO Olivier

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Administration et Gestion Sanitaire

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA
RAHANTALALAO Henriette

- Education pour la Santé

Pr. ANDRIAMANALINA Nirina

- Médecine du Travail

Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie

- Santé Communautaire

Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné

- Santé Familiale

Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA
Justin

- Santé Publique et Recherche

Pr. ANDRIAMAHEFAZAFY Barrysson

- Statistiques et Epidémiologie

Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anatomie Pathologique

Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel
Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA

Nantenaina Soa

- Anesthésie-Réanimation

Pr. FIDISON Augustin
Pr. RANDRIAMIARANA Joël
Pr. RAMIALIHARISOA Angeline

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Ophtalmologie

Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette
Pr. BERNARDIN Prisca

- ORL et Chirurgie Cervico-faciale
- Stomatologie

Pr. RABENANTOANDRO Casimir
Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

- Stomatologie et Chirurgie
Maxillo-faciale

Pr. RAKOTOBÉ Pascal

2) PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Biochimie

Pr. RANAIVO HARISOA Lala

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Dermatologie

Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

- Radiothérapie-Oncologie Médicale

Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINA
Florine

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie

Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO
Noëline
Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Nutrition et Alimentation

Pr. ANDRIANASOLO Roger

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Neuro-Chirurgie

Pr. ANDRIAMAMONJY Clément

- Ophtalmologie

Pr. RASIKINDRAHONA Erline

3) MAITRES DE CONFÉRENCES

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Obstétrique

M. RAZAKAMANIRAKA Joseph

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique

M. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

VI. ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

PROFESSEURS EMERITES

Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
Pr. ANDRIAMBAO Damasy
Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand
Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur
Pr. ANDRIANJATOVO Joseph
Pr. AUBRY Pierre
Pr. KAPISY Jules Flaubert

Pr. RABARIOELINA Lala
Pr. RABETALIANA Désiré
Pr. RADESA François de Sales
Pr. RAHAROLAHY Dhels
Pr. RAJAONA Hyacinthe
Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
Pr. RAKOTOMANGA Robert

Pr. RAKOTOMANGA Samuel
Pr. ZAFY Albert

Pr. RAKOTOZAFY Georges
Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe
Pr. RAMONJA Jean Marie
Pr. RANAIVOZANANY Andrianady
Pr. ANDRIAMAMPANDRY
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Aimée
Pr. RANDRIANARIVO
Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery Honoré
Blaise

Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé
Pr. RATOVO Fortunat
Pr. RATSIVALAKA Razafy
Pr. RAZAKASOA Armand Emile
Pr. RAZANAMPARANY Marcel
Pr. SCHAFFNER RAZAFINDRAHABA Marthe

Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Suzanne U.

VII. IN MEMORIAM

Pr. RAJAONERA Richard
Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson
Pr. RAJAONERA Frédéric
Pr. ANDRIAMASOMANANA Velson
Pr. RAKOTOSON Lucette
Pr. ANDRIANJATOVO RARISOA Jeannette
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa
Pr. RAKOTOBÉ Alfred
Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide

Dr. RAKOTONANAHARY
Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin
Pr. RAMANANIRINA Clarisse
Pierre

Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder
Pr. RANIVOALISON Denys

Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana
Pr. RAVELOJAONA Hubert
Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel
Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme
Pr. RAKOTONIAINA Patrice
Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Albert
Pr. RANDRIANARISOLO Raymond
Dr. RABEDASY Henri
Pr. MAHAZOASY Ernest

Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard
Pr. RAZAFINTSALAMA Charles
Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme
Pr. RASOLONJATOVO Andriananja

Pr. MANAMBELONA Justin

VIII. ADMINISTRATION

CHEFS DE SERVICES

ADMINISTRATION ET FINANCES

M. RANDRIARIMANGA Henri

APPUI A LA RECHERCHE ET
FORMATION CONTINUE

M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin

RELATIONS AVEC
LES INSTITUTIONS

M. RAMARISON Elysée

RESSOURCES HUMAINES

Mme RAKOTOARIVELO Harimalala F.

SCOLARITE ET APPUI
A LA PEDAGOGIE

Mme SOLOFOSAONA Sahondranirina

TROISIEME CYCLE LONG

M. RANDRIANJAFIARIMANANA
Charles Bruno

DEDICACES

A DIEU CREATEUR qui m'a promis

« Et invoque-moi au jour de la détresse ; Je te délivrerai, et tu me glorifieras. »

Psaume. 50, 15

« Car ceux qu'il a connus d'avance, il les a aussi prédestinés à être semblables à l'image de son Fils, afin que son Fils soit le premier-né de beaucoup de frères. »

Romains. 8. 29

« Ne crains pas, crois seulement. »

Marc. 5, 36b

A la mémoire de la grand mère

A ma mère

Ce travail est le témoignage de ma reconnaissance pour tout ce que vous avez fait pour moi

A mes sœurs et mes frères

A mes nièces et mes neveux

A toute ma famille

Avec tous mes sentiments d'affectueuse gratitude

A mes amis

Mes vifs remerciements

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de cette thèse.

Mes sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Docteur RATOVO Fortunat Cadet

- Professeur Emérite des Maladies Infectieuses et Parasitaires à la
Faculté de Médecine d'Antananarivo.

Pour la gentillesse et l'amabilité avec lesquelles vous avez accepté de présider
ce travail malgré vos multiples occupations.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE

Monsieur le Docteur RAKOTOMANGA Samuel

- Professeur Emérite de Médecin Préventive , de Santé Publique et Hygiène à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Président du Conseil d'Administration de l'Institut National de Santé Publique et Communautaire.

Monsieur le Docteur ANDRIANASOLO Roger

- Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Santé Publique à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Ph .D en Sciences de la Nutrition , Nutritionniste de Santé Publique.

Pour l'extrême bienveillance qu'ils ont témoignée en acceptant de juger notre travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre vive reconnaissance.

A NOTRE RAPPORTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

- Médecin diplômé d'Etat , diplôme de Pathologie tropicale de la Faculté de Médecine de Tours Orléans.
- Gynécologue Obstétricien à la Maternité de Befelatanana Antananarivo.

Nous sommes très sensible à l'accueil chaleureux que vous nous avez honoré d'être le rapporteur de cette thèse.

Veillez trouver ici notre vive reconnaissance et nos sincères remerciements.

**A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO :**

Monsieur le Professeur RAJAONARIVELO Paul

Notre vive gratitude .

**A TOUS NOS MAITRES ET ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE
MEDECINE D'ANTANANARIVO .**

Notre respect et notre reconnaissance.

A TOUT LE PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL DES HOPITAUX .

Toute notre gratitude.

**A TOUT LE PERSONNEL DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO.**

Nos sincères remerciements .

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
I^{ère} partie : REVUE DE LA LITTERATURE	
1- Cycle menstruel.....	3
1. 1- Définition.....	3
1. 2- Les différentes phases du cycle menstruel.....	3
2- Rappels sur la planification familiale.....	3
2. 1 Définition.....	3
2. 2 Objectifs.....	4
2- 3 Les avantages et les bienfaits de PF.....	4
2-4 Définition du contraception.....	4
2-5 Les différents types de méthodes contraceptives.....	5
3- Généralités sur la contraception orale.....	6
3-1 Historique.....	6
3-2 Définition.....	6
3-3 Les différents types des Contraceptifs Oraux.....	7
3-4 Mécanisme d'action.....	8
3-5 Critères de qualités.....	10
3-6 Les indications des Contraceptifs Oraux.....	10
3-7 Le contre-indications des Contraceptifs Oraux.....	11
3-8 Avantages et les inconvénients.....	13
3-9 Contrôle et suivi.....	14
3-10 Les conseils à donner à l'utilisatrice des Contraceptifs Oraux.....	16
II^e Partie : ETUDE PROPREMENT DITE	
1- Objectifs de l'étude.....	18
2- Cadre de l'étude.....	18
2-1 Historique.....	18
2-2 Situation géographique.....	18
2-3 Ressources naturelles et physiques.....	19

2-4 Situation démographique.....	19
2-5 Contexte socio-économique.....	19
2-6 Activités du CSB II d'Ivato-Aéroport.....	20
2-7 Ressources matérielles	21
2-8 Service de planification familiale	22
2-9 Les méthodes contraceptives disponibles au centre.....	24
3- Matériels et méthodes d'étude	25
3-1 Méthode d'étude	25
3-2 Matériels d'étude	27
4- Résultats.....	28
III^e Partie : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS	
1- Commentaires et discussions.....	46
2- Suggestions	50
CONCLUSION.....	52
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau n°01: Les effets secondaires et mineurs et la modulation des dosages.....	13
Tableau N°02: Répartition des femmes acceptantes par mois pendant l'année 2003 pour la méthode des Contraceptifs Oraux.....	29
Tableau n°03: Répartition trimestrielle des utilisatrices des Contraceptifs Oraux.....	31
Tableau n°04: Répartition des utilisatrices selon les méthodes utilisées.....	33
Tableau n°05: Répartition des femmes acceptantes selon l'âge.....	35
Tableau n°06: Répartition des utilisatrices selon l'état matrimonial.....	36
Tableau n°07: Répartition des utilisatrices des contraceptifs oraux selon la profession...	37
Tableau n°08: Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants.....	39
Tableau n°09: Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction.....	40
Tableau n°10: Répartition des utilisatrices selon les motifs d'adhésion.....	41
Tableau n°11: Répartition des utilisatrices des contraceptifs oraux selon la source d'information.....	42
Tableau n°12: Répartition des utilisatrices des contraceptifs oraux selon le suivi et contrôle.....	44
Tableau n°13: Repartition des motifs du changement de la méthode contraceptive Orale.....	45

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure n°01: Le cycle menstruel	3
Figure n°02: Histogramme de la femme acceptante par mois pendant l'année 2003 pour les contraceptifs oraux	30
Figure n°03: Les femmes acceptantes par trimestre pendant l'année 2003 pour les Contraceptifs Oraux	32
Figure n°04: Méthodes utilisées au CSB II d'Ivato Aéroport.....	34
Figure n°05: Age des utilisatrices des Contraceptifs Oraux	35
Figure n°06: Fréquence des acceptantes selon l'état matrimonial.....	36
Figure n°07: Profession des utilisatrices des Contraceptifs Oraux	38
Figure n°08: Nombre d'enfants vivants des clientes pour les Contraceptifs Oraux	39
Figure n°09: Niveau d'instruction des utilisatrices des Contraceptifs Oraux.....	40
Figure n°10: Motifs d'adhésion des clientes pour les Contraceptifs Oraux.....	41
Figure n°11: Sources d'information des utilisatrices des contraceptifs oraux.....	43
Figure n°12: Résultats du suivi et contrôle.....	44
Figure n°13: Motif de changement de la méthode des Contraceptifs Oraux	45

LISTE DES SCHEMAS

	Pages
Schéma n°01: Les différentes familles des pilules	9
Schéma n°02: Les mécanismes d'action de la pilule.....	9

LISTE DES ABREVIATIONS

CO	: Contraceptifs Oraux
COC	: Contraceptifs Oraux Combinés
COP	: Contraceptifs Oraux aux Progestatifs seuls
CSB II	: Centre de Santé de Base Niveau II
PF	: Planning Familial ou Planification Familiale
BAR	: Barrière
DIU	: Dispositif Intra-utérin
CI	: Contraceptif Injectable
CCV	: Contractions Chirurgicales Volontaires
PP	: Pilule Progestative
PC	: Pilule Combinée
GEU	: Grossesse Extra-Utérine
IP	: Indice de PEARL
HTA	: Hypertension Artérielle
VIH	: Virus Immuno Déficience Humaine
SBC	: Santé à Base Communautaire
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
SSD	: Service de Santé de District
CRENI	: Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive

INTRODUCTION

Dans de nombreux pays surtout pays en développement, la croissance démographique est un problème sérieux pour le développement social et économique. Les ressources y sont insuffisantes pour fournir une alimentation de qualité à tous pour construire assez de logements, d'écoles, de structures sanitaires pour créer des emplois. La population quitte la campagne pour s'entasser en ville, créant ainsi des bidonvilles où s'installent la pauvreté, la délinquance et la criminalité (1).

Dans 62 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine plus de 40% de la population est âgée de moins de 15 ans ce qui représente, pour l'avenir, un potentiel de nombreux parents supplémentaires.(1)

A Madagascar, plus d'une femme sur six a son premier enfant avant l'âge de 19 ans.

La pilule a un rôle très important dans la lutte contre la pauvreté, à tel point dans le langage courant pilules et contraception sont presque devenues synonymes elle porte aussi le nom de contraception orale (prise par la bouche) par opposition aux contraceptions mécaniques, stérilet et diaphragme par exemple.

Elle se présente sous forme de comprimés :

- Boîte de 28 comprimés sous blister avec 21 comprimés blancs et 7 comprimés bruns (75 mg de fumarate de Fer comprimé)
- Ou boîte de 21 comprimés toujours sous blister.

Il existe deux types de pilules ; les contraceptifs oraux combinés (COC) et les contraceptifs oraux aux progestatifs seuls (COP) réservés aux femmes qui allaitent et qui ne peuvent pas prendre le COC . C'est-à-dire avant tout, il faut un examen clinique complet et si possible en plus biologique de chaque consultante effectuée par le médecin pour bien orienter le choix de la pilule.

Le taux de mortalité augmente avec le rang de naissance . On peut trouver que le taux de mortalité fœtale augmente après la deuxième et troisième grossesse dans beaucoup d'autres pays en voie de développement (3).

L'absence de la planification familiale se traduit par des grossesses non désirées et des avortements lorsque l'interruption de grossesse est illégale, les femmes courent des risques énormes en s'adressant à des avortements clandestins (4).

Un enfant doit naître sain pour avoir une chance de survie le premier jour après sa naissance ainsi que les premières années pendant lesquelles il est particulièrement vulnérable.

Il a besoin d'une mère qui soit en bonne santé et d'une mère qui puisse prendre soin de lui. Ses chances de survie et d'épanouissement sont réduites s'il naît malade et sa mère surchargée et malade .

La présente étude porte principalement sur l'évolution de l'utilisation des contraceptifs hormonaux oraux des acceptantes pendant l'année 2003 au CSB II d'Ivato Aéroport.

*Après cette brève introduction la première partie traitera des généralités sur les contraceptifs en particulier oraux.

*La deuxième partie sera consacrée à notre étude proprement dite : objectifs, moyens, méthodes, résultats.

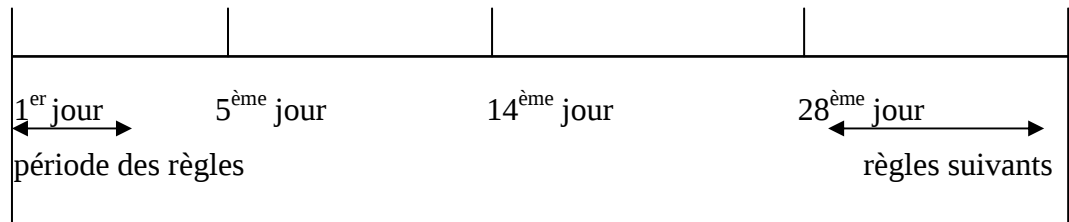
*Divers commentaires et suggestions composeront la troisième partie avant une conclusion finale pour clore le présent travail.

PREMIERE PARTIE
REVUE DE LA LITTERATURE

1 Le cycle menstruel

1-1 Définition (5) (6) (7)

Le cycle menstruel est l'ensemble des changements observés au niveau de l'appareil reproducteur de la femme entre la période qui s'étend du 1^{ère} jour des règles au 1^{ère} jour des règles suivantes. Sa durée est de 28 jours mais des variations individuelles et liées à l'environnement sont très nombreuses.



Cycle menstruel

Figures n°01 : Le cycle menstruel

1-2 Les différentes phases du cycle menstruel (8) (9) (10)

-La phase pré-ovulatoire

Elle s'étend du 1^{ère} au 14^{ème} jour du cycle. C'est la phase folliculaire car elle correspond à la croissance de follicule. Si on parle des changements observés au niveau de l'utérus, cette phase se divise en deux : la phase menstruelle, pendant laquelle il y a la menstruation (1^{ère} jour des règles jusqu'à 5^{ème} jour) puis la phase prolifération pendant laquelle l'endomètre se développe pour se préparer à la nidation après ovulation et fécondation).

-La phase ovulatoire : c'est l'ovulation

-La phase post ovulatoire : appelée encore phase lutéale. Elle s'étend du 14^{ème} jour jusqu'au 28^{ème} jour. Au niveau de l'utérus cette phase s'appelle phase sécrétoire.

2 Rappels sur la planification familiale

2-1 Définition (11) (12)

C'est l'effort conscient des couples pour maîtriser le nombre et l'espacement de la naissance des enfants. Elle sous-entend d'ordinaire, l'emploi des méthodes de régulation des naissances pour éviter la grossesse, mais englobe également les efforts qui souhaitent au contraire avoir une grossesse.

Elle peut être définie aussi comme un ensemble de moyens et de techniques permettant :

- d'éviter des grossesses non désirées
- de décider du nombre d'enfants désignés
- d'assurer un espacement convenable entre les naissances
- de programmer les naissances au meilleur moment quant à l'âge de la mère.

2-2 Objectifs (13) 14)

C'est d'aider les femmes à éviter cinq types de grossesses à haut risque et à réduire ainsi le taux de mortalité maternelle et infantile

Ces grossesses à haut risque sont :

- les grossesses avant l'âge de 20 ans
- les grossesses après l'âge de 35 ans
- les grossesses après avoir eu quatre enfants ou plus
- les grossesses espacées de moins de 3 ans
- les grossesses non désirées.

2-3 Les avantages et les bienfaits du planning familial (15)

Le planning familial :

- protège les femmes contre les grossesses non désirées
- diminue les décès et les maladies chez les femmes et les enfants
- permet aux hommes de subvenir aux besoins de leur famille
- améliore le bien-être familial
- permet l'équilibre dans le couple parental et la famille
- présente des avantages socio-économiques

2-4 Définition de contraception (16)

La contraception est le fait de s'opposer à la survenue d'une grossesse grâce à un procédé d'efficacité temporaire.

-L'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel entre un homme et une femme est rendu non fécondant de façon temporaire et réversible et ceci dans le but de limiter les naissances.

-L'utilisation des procédés destinés à empêcher l'installation d'une grossesse et cela de façon temporaire et réversible, c'est à dire dès qu'on en cesse l'emploi la grossesse devient à nouveau possible.

-Un moyen qui empêche la fécondation en utilisant une méthode réversible pendant une période plus ou moins longue de la vie génitale. La contraception peut être réversible ou irréversible donc permanente, dans ce dernier cas, on parle de stérilisation.

On peut donc dire que c'est une mesure technique et éducative permettant aux couples de choisir le nombre de leurs enfants ainsi que le moment de leurs naissances, tout en autorisant la poursuite d'une activité sexuelle harmonieuse.

2-5 Les différents types de méthodes contraceptives

a- Les méthodes naturelles (17)

- le retrait (coït interrompu)
- l'abstinence périodique
 - * la méthode de courbe thermique
 - * la méthode du calendrier (Méthode d'OGINO et KNAUSS)
 - * la méthode de la glaire cervicale (méthode de BUILLINGS)
 - * la méthode sympto-thermique
 - * L'allaitement maternel
 - * La douche vaginale

b- Les méthodes barrières (17) (18)

- *Les préservatifs masculins (condom)
- *Les diaphragmes
- *Les spermicides

c-Les méthodes hormonales (18) (19)

- *Les contraceptifs oraux combinés (COC, oestro-progestatifs)
- *Les contraceptifs oraux progestatifs seuls (COP)
- *Les contraceptifs injectables (CI)
- *Les implants contraceptifs : NORPLANT

d- la méthode mécanique intra-utérine (20)

*le dispositif intra-utérin (DIU)

e- Les contraceptions chirurgicales volontaires (CCV)(21)(22)

*La stérilisation masculine : vasectomie

*La stérilisation féminine : ligature et section des trompes LDT

f- Les méthodes et moyens contraceptifs d'avenir (23) (24)

*Les vaccins contraceptifs du Docteur TALWAR de New Delhi

*Les slip contracepteur

*la batterie anti-sperme

*RU 486 molécules anti-progestérone

*La pilule pour homme

*Les anneaux vaginaux

*Le bracelet contraceptif

3 Généralités sur la contraception orale

3-1 Historique (25)

A Porto Rico en 1956, le biologiste Pincus et ses collaborateurs font une communication historique : ils viennent de découvrir la pilule. Elle a aujourd'hui près de 48 ans d'existence et plus de 250 millions de femmes l'utilisent dans le monde.

3-2 Définition (26) (27)

La contraception hormonale orale est faite d'une pilule présentée sous forme d'une plaquette composée soit de 21 ou 28 comprimés sous blister que la femme doit prendre chaque jour et à la même heure si possible en suivant la flèche.

« La pilule » anticonceptionnelle, est généralement en dragée, prise par voie orale, contenant des hormones (un œstrogène et un progestatif seul) en proportion variable, qui empêche la survenue d'une grossesse.

Elle est fabriquée industriellement ; il s'agit donc d'un produit de synthèse mais elle se rapproche beaucoup des hormones sexuelles féminines naturelles.

3-3 Les différents types de Contraceptifs Oraux (1) (28)

a-Les pilules monophasiques

- Dosage constant d'EE et d'un progestatif pendant toute la plaquette
- Le dosage d'EE varie d'après le type de pilule : pilules dosées à 50, 35, 30 ou 20 microgrammes
- Le progestatif peut être différent et à dose variée selon le type de pilule

Exemple de pilules combinés monophasiques

0,25 norgestimate
0,35mg EE
0,25 mg lévonorgestrel
0,5 mg EE

b-Les pilules biphasiques

- Les dosages d'EE sont constants ou varient selon deux paliers
- Les dosages de progestatif varient selon deux paliers

Exemple de pilules combinées biphasiques

0,025 mg désogestrel	0,125 mg désogestrel
0,01 mg EE	0,03 mg EE

c- Les pilules triphasiques

- Les dosages d'EE sont constant ou varient selon deux paliers
- Les dosages de progestatif varient selon trois paliers

Exemple de pilules combinées triphasiques

0,050 mg lévonorgestrel	0,075 mg lévonorgestrel	0,125 mg lévonorgestrel
0,03 mg EE	0,4 mg EE	0,03 mg EE

d- Les pilules progestatives (PP)

Elles sont caractérisées par l'administration d'un progestatif seul, faiblement dosé.

Exemple de pilule progestative

0,03 mg lévonorgestrel

3-4 Mécanisme d'action (1) (29)

a- Les pilules combinées (PC)

*Action principale :

Rétroaction négative sur la sécrétion des gonadotrophines hypophysaires (LH et FSH) avec, pour effet, le blocage des deux fonctions des ovaires :

- Absence d'ovulation
- Absence de sécrétion ovarienne œstrogène et progestérone (les ovaires sont mis au repos)

*Action secondaire

- Elles empêchent la formation de la glaire cervicale au niveau du col et la nidation .

b- Les pilules contenant seulement un progestatif en petite quantité (PP)

- Action principale : imperméabilisation de la glaire
- Action secondaire : effet anti-nidatoire sur l'endomètre
(La fonction ovarienne est généralement conservée)

Les différentes familles de pilules

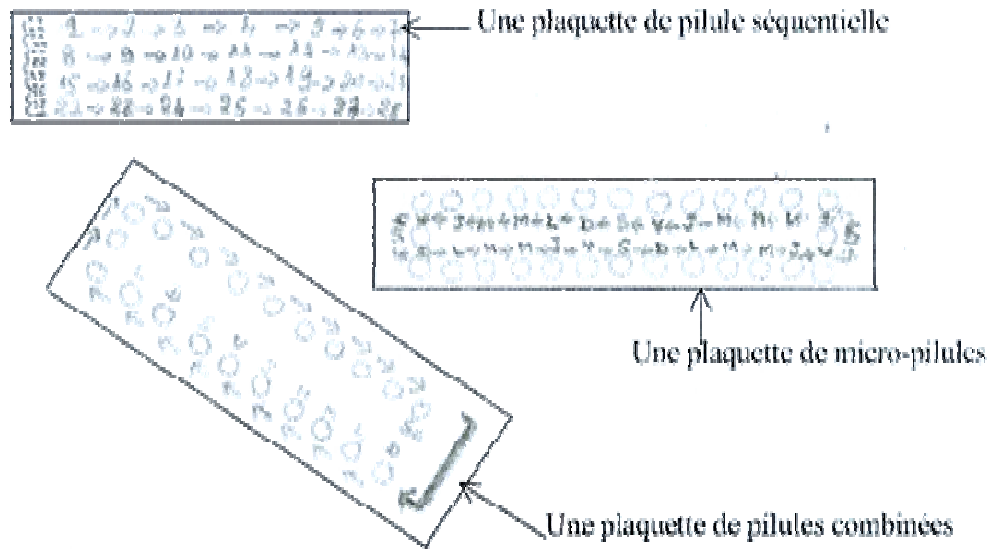


Schéma n°1 : Les différentes familles des pilules

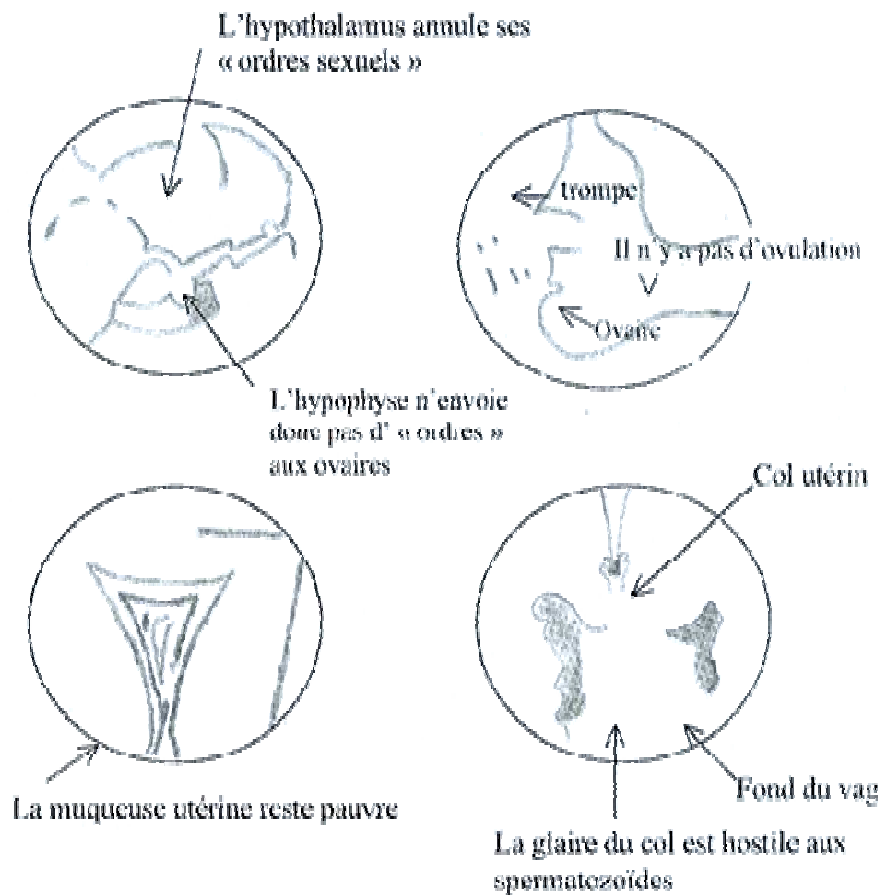


Schéma n°2 : Les mécanismes d'action de la pilule

3-5 Critères de qualités (30) (31)

- **La sécurité, c' est la mesure dans laquelle une méthode contraceptive n'entraîne pas d'effets secondaires défavorables**

- L'efficacité, elle se mesure classiquement par l'indice de PEARL qui est exprimé en pourcentage par année –femme et se calcule par la formule

$$\text{INDICE de PEARL} = \frac{\text{Nombre de grossesses accidentelles} \times 1200}{\text{Nombre total de cycles d'observation}}$$

Plus le taux d'échecs est bas (1P bas), plus l'efficacité est grande.

- L'acceptabilité c'est le pourcentage de personnes qui désirant débiter la contraception et après avoir été informées sur des méthodes décident de l'utiliser .
- La réversibilité : elle se définit par la rapidité du retour à une fécondité normale après l'arrêt d'une méthode qui ne signifie pas qu'une grossesse doit survenir dès l'arrêt de la contraception .
- La continuité, c'est le pourcentage des utilisatrices qui restent fidèles à la méthode après un temps donné
- La tolérance , c'est la mesure dans laquelle l'utilisateur est satisfait : absence d'ennuis, facilité d'emploi. La tolérance à la fois de l'utilisatrice et de la méthode .
- Le coût, c'est le prix de revient d'une méthode contraceptive pour une patiente pendant un an .

3-6 Les indications des Contraceptifs Oraux (32)

*La pilule combinée est une bonne méthode pour une femme qui :

- désire une contraceptive sûre et efficace
- est adolescente
- a des règles abondantes et douloureuses
- a des rapports sexuels fréquents
- est anémique
- a des antécédents ou est à risque d'une maladie inflammatoire pelvienne
- a un kyste fonctionnel de l'ovaire
- a des cycles irréguliers
- a des antécédents de GEU

* La pilule PP est une bonne méthode pour une femme qui :

- a des contre-indications aux œstrogènes
- allaite (après plus de six semaines d'allaitement)
- est diabétique
- est obèse et souffre d'HTA
- souffre d'effets secondaires liés à l'œstrogène

3-7 Les contre-indications des Contraceptifs Oraux

a- Contre-indications des Contraceptifs Oraux Combinés

- Absolues :
 - Thrombose artérielle ou veineuse actuelle ou dans les antécédents, ou troubles thromboembolique.
 - Troubles cérébro-vasculaires ou maladie coronarienne
 - Tumeur maligne du sein
 - Tumeur maligne du col, du corps de l'utérus ou des ovaires
 - Migraine
 - Grossesse confirmée ou suspectée
 - Affections hépatiques graves. Ex : hépatite virale
 - Six premiers mois d'allaitement
- Relatives :
 - Tabagisme chez une cliente âgée de plus de 35 ans
 - Antécédents d'HTA
 - Diabète sucré
 - Antécédents récents d'oligomenorrhée ou d'aménorrhée chez les femmes nullipares.
 - Affections hépatiques chroniques ou maladies de la vésicule biliaire
 - Deux à six semaines avant toute intervention chirurgicale majeure, et quatre semaines après l'opération mais on peut remplacer par COP pendant cette période.
 - Certains médicaments diminuent l'efficacité des contraceptifs Oraux : Rifampicine, quelques anti-convulsivants et somnifères (Phénytoïne, Carbamazépine, barbituriques, primadone)

Remarque : La pilule du lendemain, il s'agit d'un secours unique apporté à une femme non protégée par la contraception et ayant un rapport sexuel peut-être fécondant.

Le principe repose sur le fait que la fécondation et l'implantation de l'œuf, il s'écoule un délai de 5 à 8 jours correspondant au transfert de l'œuf dans la trompe. On peut proposer 4 comprimés pendant deux jours successifs de Microgynon (R) 50. Le procédé est efficace à 100% si le traitement est commencé dans le 48 heures suivant le rapport sexuel. Si le traitement est commencé plus tard on peut observer quelques échecs.

b- Contre-indications des Contraceptifs Oraux aux Progestatifs seuls

- Absolues :
 - Tumeurs du sein
 - Tumeur du col, du corps de l'utérus ou des ovaires
 - Grossesses confirmée ou suspectée
 - Troubles cérébro-vasculaires ou affection artérielle
 - Affection hépatique grave ; Ex : hépatite virale, Tumeur du foie, cirrhose
 - Six premières semaines d'allaitement
- Relatives :
 - Kystes ovariens
 - Antécédents de GEU
 - Certains médicaments diminuent l'efficacité des contraceptifs

Remarque : On peut prescrire les CO aux femmes sans contre-indications dans les cas suivants :

- Femmes porteuses de drépanocytose
- Varices sans complication et pas d'antécédents de Phlébite ;
- Antécédents de frottis Pap anormaux répétés et de surveillance est en place
- Séropositivité ; le partenaire de la cliente devra par ailleurs utiliser des préservatifs pour éviter la transmission du virus (VIH)

3-8 Avantages et l'inconvénients (1) (33)

a- Avantages : ce sont les effets secondaires bénéfiques des CO

- Règles moins abondantes et moins douloureuses
- Stimulation hormonale équilibrée
- Moins de cancers de l'endomètre et des ovaires
- Moins de kystes
- Moins de tumeurs bénignes
- Moins de salpingites
- Moins de GEU
- Moins d'acné

b- **Les inconvénient** : ce sont les effets secondaires mineurs qui peuvent être corrigés par l'adaptation de pilule

Tableau n°01 : Les effets secondaires et mineurs et la modulation des dosages

Effets secondaires	Cause : pilule	Adaptation : pilule
Ménorragies	Trop estrogénique	Plus progestative
Hypoménorrhée	Trop peu estrogénique	Plus estrogénique
Aménorrhée	Trop peu estrogénique	Plus estrogénique
Spotting	Trop peu estrogénique	Plus estrogénique
Douleurs mammaires	Trop peu estrogénique	Plus progestative
Nausées	Trop estrogénique (et trop progestative)	Moins estrogénique (et moins progestative)
Ballonnements abdominaux	Trop progestative	Moins progestative
Rétention d'eau	Trop estrogénique	Moins estrogénique
Tissu adipeux	Trop progestative	Moins progestative
Sécheresse vaginale	Trop peu estrogénique	Plus estrogénique
Diminution de libido	Trop peu estrogénique	Plus estrogénique
Migraine	Trop estrogénique	Moins estrogénique
Acné	Trop progestative	Plus estrogénique

NB : Si l'adaptation ne réussit pas, essayer encore d'autres climats hormonaux si possible.

3-9 Contrôle et suivi (1)

a- Pour les clientes aux Contraceptifs Oraux Combinés

L'utilisation doit être vue soit dans une clinique, soit par un agent de Santé à Base Communautaire environ trois mois après le commencement des contraceptifs oraux, puis au moins une fois par an.

*** Protocole de contrôle de trois mois**

- Vérifier l'adresse de l'utilisatrice et les moyens de la contacter
- Evaluer son taux de satisfaction de la méthode
- Déterminer si l'utilisatrice a eu des problèmes ou les effets secondaires, le cas échéant, reportez-les au dossier ou sur la liste de contrôle
- A l'unité médicale de surveillance, mettez à jour ses antécédents médicaux, prenez sa tension artérielle et son poids, et effectuez tous les examens justifiés pour ses antécédents médicaux.
- Le cas échéant, donnez les conseils requis
- Revoyez avec l'utilisatrice les signes de danger et les instructions pour la prise de la pilule, renouvelez l'approvisionnement et donnez-lui les instructions pour le contrôle .
- Encouragez l'utilisatrice à contacter l'agent de Santé à Base Communautaire ou la clinique si elle a des questions, des symptômes ou des problèmes.

*** protocole de contrôle annuel**

- Faites suivre le protocole de trois mois d'un bilan médical remis à jour et d'une évaluation du taux de satisfaction de la méthode de contraception.
- Par ailleurs, dans une unité médicale, effectuez un examen physique portant sur les points suivants :
 - tension artérielle,
 - examen des seins (aux démonstrations de l'auto-examen)
 - examen pelvien et frottis (Pap), si nécessaire et si possible
 - analyse de laboratoire si possible : hémocrite, sucre et albumine dans l'urine, ou autres analyses si nécessaire .

Durée d'utilisation : Les femmes en bonne santé peuvent prendre les contraceptifs oraux pendant de nombreuses années. L'arrêt périodique de la pilule n'est pas justifié.

b- Pour les clientes aux Contraceptifs Oraux Progestatifs seuls

*** Durée d'utilisation**

Dès que les circonstances spéciales (par exemple allaitement) ayant justifié la prescription des COP ont disparu, on pourra envisager la reprise des COC ou des toutes autres méthodes de contraception plus efficace. Toute fois on peut continuer la prise de COP pour une période indéfinie en l'absence d'effet secondaire ou des complications graves.

Mais avant tout, il faut faire un bilan de santé qui a pour but de déterminer si la cliente est apte à prendre un contraceptif oral.

L'examen de santé pratiqué dans le cadre de Santé à Base Communautaire consiste à identifier les contre-indications éventuelles qui nécessite un examen médical plus approfondi.

L'examen médical mené à la clinique devra comprendre un bilan médical, un examen physique et toute analyse complémentaire de laboratoire jugé nécessaire.

***Bilan médical**

A la clinique on dressera le bilan médical de la cliente, en mettant l'accent sur les contre-indications et les situations particulières. Ce bilan devra indiquer l'âge de la cliente, les antécédents familiaux et médicaux, les antécédents gynécologiques (y compris date des dernières règles et fréquence du cycle menstruel, tabagisme et prise de médicament en cours)

*** Examen physique**

Le premier examen physique à la clinique devra comprendre : pesée, tension artérielle, détection des signes de varices ou de phlébite, examen de la peau et des yeux (signe de jaunisse), examen des seins (avec conseil à la cliente pour l'auto-examen), toucher vaginal bimensuel et examen du col plus tout autre examen déterminé par les antécédents médicaux.

*** Analyse de laboratoire**

Chaque fois que possible, on effectuera les analyses suivantes :

Sucre et albumine dans les urines, glycémie, lipidémie, cholestérolémie frottis cervical (Pap), autre analyses déterminées par les antécédents médicaux et/ou l'examen physique quand il n'existe aucune contre-indication dans les antécédents médicaux de la cliente, il ne faut pas lui refuser les contraceptifs oraux en attendant les examens complémentaires.

Les antécédents médicaux et les résultats des examens devront figurés dans le dossier clinique de chaque cliente spécialement la présence ou l'absence de toute contre-indication éventuel et/ou les situations particulières.

c- Stockage, date limite de conservation et approvisionnement

- Stockez les contraceptifs oraux dans un endroit sûr, bien aéré et sec à l'abri des parasites . Conservez les plaquettes à l'abri de la lumière. Entreposez les cartons de contraceptifs à au moins 10 cm du sol et au moins 30 cm des murs. Inscrivez la date de livraison sur chaque carton et utilisez les plus anciens en premier.
- Utilisez les contraceptifs oraux dans les cinq ans qui suivent la date de fabrication figurant sur les cartons.
- Assurez-vous que vous disposez de stocks suffisants pour approvisionner les utilisatrices habituelles et les nouvelles acceptrices. Pour estimer les quantités des stocks nécessaires pour une année donnée, multipliez le nombre prévu d'utilisatrice habituelle par 13 (cycles) et le nombre prévu de nouvelles d'utilisatrices par 6,5 . Ces dernières en effet vont commencer à prendre leur contraceptif à de moments différents de l'année en cours, et on estime qu'en moyenne, elles utiliseront la moitié seulement du nombre de plaquettes d'une utilisatrice habituelle.

3-10 Les conseils à donner à l'utilisatrice des Contraceptifs Oraux(1)

- Prendre la pilule tous les matins, au milieu du petit déjeuner
- Commencer le premier jour des règles, et au plus tard le cinquième jour
- Respecter l'ordre (1^{ère} pilule = 1^{er} jour)
- Si :
 - 21 pilules : arrêter 7 jours puis commencer une nouvelle plaquette
 - 28 pilules (placebo ou fer) : ne jamais arrêter

- En cas d'oubli :
 - Si < 12 heures : prendre tout de suite et continuer normalement
 - Si > 12 heures : continuer, consulter et utiliser une autre méthode car protection non assurée.
- En cas de troubles digestifs :
 - Nausées : continuer et patienter ; consulter si > 3 mois
 - Diarrhée : continuer et associer une autre méthode car aucune protection
 - Vomissement dans les 3 heures : reprendre une pilule tout de suite.
- Spotting (pertes de sang sous CO) : continuer et consulter.
- Absence de règles après la prise d'une plaquette : continuer et consulter
- En cas de problèmes, inquiétudes, migraines : ne pas arrêter, continuer et consulter
- Si migraines focales violente : arrêter et consulter rapidement
- Expliquer le suivi

En général, les contraceptifs les plus utilisés chez les femmes malgaches sont les contraceptifs hormonaux oraux dits pilules que tout le monde confond avec la contraception . Et ce qui nous intéresse ici c'est l'utilisation de la pilule au CSB II d'Ivato durant l'année 2003.

DEUXIEME PARTIE ETUDE PROPREMENT DITE

1 Objectifs de l'étude

Il consiste :

- à faire connaître les proportions de l'utilisation des contraceptifs Hormonaux Oraux des acceptantes pendant l'année 2003 ;
- à augmenter le nombre des utilisatrices de cette méthode de l'année suivante.
- à diminuer les nombres des naissances des enfants.

2 Cadre de l'étude

L'étude a été effectuée au CSB II Ivato Aéroport

2-1 Historique

Auparavant, c'était un poste d'infirmier. L'appellation « dispensaire » est récent.

Le CSB II d'Ivato Aéroport est né sous la deuxième République.

2-2 Situation géographique

Le CSB II Ivato Aéroport se trouve à 50 m environ de l'ex-place du marché d'Ivato. Il est intégré dans la commune rurale d'Ivato Aéroport, sous préfecture d'Ambohidratrimo et dans la région d'Analamanga. Il y a deux Communes : Ivato-Aéroport et Ivato-Firaisana, toutes les deux sont situées à 15 km d'Antananarivo, accessibles par la route nationale n° 52 vers l'Aéroport . La superficie y est respectivement de 5 km² et 8,5 km². Il dessert les 7 quartiers constituant la commune d'Ivato à savoir : - 1^{ère} quartier : Andraonjikelly – Cité Barrés – Cité cadre

- | | | |
|---|---|---------------------|
| - 2 ^{ème} quartier | } | Ivato tampon-tanana |
| - 3 ^{ème} quartier | | |
| - 4 ^{ème} quartier : Ambany Atsimo | | |
| - 5 ^{ème} quartier : Base Aéronavale | | |
| - 6 ^{ème} quartier : Imotro | | |
| - 7 ^{ème} quartier : Mamory | | |

Ces quartiers se répartissent sur une superficie de 5 km² et abritent 30.000 habitants d'après les recensements 2003.

La commune d'Ivato Aéroport, comporte 12 Fokontany et est délimitée :

- au Nord par Ambatolampy Tsimahafotsy ;
- au Sud et à l'Est par Ivato-Firaisana ;
- à l'Ouest par Talatamaty

2-3 Ressources naturelles et physiques

a- Climat :

D'un climat de type tropical d'altitude, la commune Ivato-Aéroport présente deux saisons distinctes :

- * Une saison sèche, de Mai à Octobre ;
- * Une saison chaude et pluvieuse, de Novembre à Avril

b- Sol

- * Noir en basse altitude ;
- * Rouge en haute altitude

c- Relief

Situé sur les hautes terres malgaches, la commune est masquée par des collines et une plaine inondable en partie Est, son altitude varie de 900 à 1500 m .

d- Hydrographie

Sa température moyenne annuelle est de 18°C avec des minima de 10°C et des maxima de 26°C, sa pluviométrie annuelle varie de 1000 mm à 1600 mm .

2-4 Situation démographique

En 2003, le nombre total d'habitants de la commune est de 31.214 :

- 19.116 de sexe féminin
- 12.098 de sexe masculin

Les femmes en âge de procréer sont au nombre de 8910, soit 28,54%

2-5 Contexte socio-économique

a- Economie

- * Industries :
 - 3 zones franches,
 - 2 menuiseries,
 - 1 usine de grillage,
 - 3 décortiqueries

- * Services divers :
 - 3 Hôtels,
 - 228 commerçantes et artisans dont 100 patentés et 128 informels ;
- * 1 Aéroport International
- * 2 Jours du marché par semaine : le Mercredi et le Samedi.

b-Contexte social :

- * 1 Centre de Santé de Base niveau II ;
- * 1 maternité ;
- * 7 médecins privés ;
- * 1 dispensaire privé ;
- * 1 centre de Croix-Rouge
- * 7 bornes fontaines dont 5 en marche ;
- * 245 puits ;
- * Taux d'accès à l'eau potable : 44%
- * Taux d'accès à l'électricité : 80%
- * 7 Eglises et Temples ;
- * 1 Pharmacie privée ;
- * Hôpital : 0 ;
- * Clinique : 0

2-6 Activités du CSB II Ivato-Aéroport

- * Les activités actuelles se présentent comme suit :
- * La consultation médicale,
- * La distribution des médicaments,
- * La surveillance de la grossesse,
- * La surveillance et les soins des nouveaux-nés,
- * La pesée et la surveillance nutritionnelle des nourrissons et des petits enfants,
- * La vaccination contre les maladies courantes,
- * La nivaquinisation des femmes enceintes et la surveillance du développement psychomoteur des nourrissons et des petits enfants,

* La communication pour le changement de comportement (CCC)

* La planification familiale.

* Les Ressources humaines

- 2 médecins
- 3 sages-femmes,
- 1 infirmier,
- 1 secrétaire,
- 2 servantes

2-7 Ressources matérielles

L'enceinte du dispensaire d'Ivato-Aéroport présente deux bâtiments : l'un, ancien et grand, est destiné aux prestations de soins médicaux et l'autre, récent et petit, est réservé à la planification familiale, à la consultation pré-natale. Elle possède en outre un bâtiment pour le Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive.

Le bâtiment destiné au dispensaire comporte 3 salles :

* Une salle de médecin chef avec :

- 4 chaises, deux tables,
- 1 table d'examen,
- 1 escabeau, un robinet,
- 1 lavabo, un balance,
- 2 armoires contenant des dossiers,
- des matériels médicaux ,
- des médicaments

* Une salle de soins et de distribution des médicaments ;

* Une grande salle qui sert à la fois de salle d'attente, de CCC, de nivaquinisation et comporte des chaises et des bancs ;

Le bâtiment réservé à la planification familiale, à la consultation prénatale et à la maternité, comporte 3 salles :

* 1 salle de planification familiale,

* 1 salle d'accouchée,

* 1 salle de consultation prénatale.

2-8 Service de planification familiale

2-8-1 Déroulement d'une consultation de Planning Familial.

Pour la nouvelle clientèle, les quatre étapes successives sont systématiques :

a-Information et séance de causerie

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

b- Examen clinique

Il comprend :

- * L'interrogatoire sur les antécédents médico-chirurgicaux et gynéco-obstétricaux,
- * La pesée,
- * La prise de la tension artérielle ,
- * L'examen cardio-vasculaire :
 - l'auscultation cardio-thoracique,
 - la recherche d'hémorroïdes,
- * L'examen gynécologique :
 - le toucher vaginal,
 - l'examen des seins
 - l'examen au spéculum.

c- Choix d'une méthode contraceptive

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

d- Délivrance des moyens contraceptifs

Elle dépend des moyens contraceptifs choisis :

- le condom masculin :

le nombre de pièces par mois est variable selon les patientes.

- Les contraceptifs injectables :

une injection intramusculaire est prescrite :

Tous les deux mois pour le NORISTERAT ®

Tous les trois mois pour le DEPOPROVERA ®

- Le contraceptifs oraux

Une plaquette pour la première consultation, puis deux ou trois plaquettes au moment du réapprovisionnement.

- Le Dispositif-Intra-Utérin (DIU)

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

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

Bleu pour les pilules,

Rouge pour les contraceptifs injectable

Blanche pour les condoms ou ovules.

Les commandes des produits contraceptifs sont adressées au service de santé du District Ambohidratrimo.

Depuis son ouverture le service n'a jamais connu de rupture totale de stock. Quelquefois seulement des produits contraceptifs arrivent tardivement, mais ce retard n'entraîne pas des perturbations de fonctionnement du service. La diversité des méthodes existantes dans le service a permis d'assurer la continuité des mesures de contraception en cas d'irrégularité de l'approvisionnement.

2-8-2 Les médicaments adjuvants utilisés sont :

*Anti-infectieux :

- Pénicilline G1 million,

- Bipenicilline 1 million,

- Métronidazole cp : 250 mg,

- Ampicilline gélule : 500 mg,

- Amoxicilline gélule : 500 mg,

- Erythromycine cp : 250 mg

- Cotrimoxazole cp: 480 mg
- Tétracycline drg: 250 mg
- * Anti-Inflammatoires non stéroïdiens :
 - Ibuprofène cp : 200 mg
 - Aspirine cp : 500 mg
 - Paracétamol cp : 500 mg
 - Diclofenac cp : 50 mg
- *Anti-hypertenseurs :
 - Furosémide inj : 20 mg
 - Furosémide cp : 40 mg
 - Méthyl-dopa cp : 250 mg
- *Anti-spasmodiques
 - Chloroquine cp : 4 mg
 - Promethazine cp : 25 mg
- *Anti-paludiens
 - Chloroquine cp : 150 mg
 - Paludar cp : 500 mg
 - Quinine dihydrochloride inj : 600 mg
- * Antiseptiques
 - Alcool
 - Dakin
 - Mercurochrome
- * Corticoïdes
 - Hydrocortisone inj : 100mg

2-9 Les méthodes contraceptives disponibles au Centre

Toutes les méthodes contraceptives sont disponibles au Centre sauf le Norplant et la CCV et les acceptantes concernées sont référées vers un centre de référence HJRA ou autres.

Mais concernant les contraceptifs hormonaux oraux dits pilules, on a :

- Les contraceptifs oraux oestro-progestatifs
- * LOFEMENAL : - Norgestrel 0,30 mg
 - Ethnyl (estradiol 0,030 mg)
 - Fumarate Ferreux 75 mg
- Les contraceptifs oraux progestatifs
- * OVRETTE
- Norgestrel 0,075 mg

Le service utilise des pastilles de couleurs différentes pour identifier la méthode adoptée pour l'utilisatrice, les pastilles sont collées sur l'en-tête de la fiche individuelle de consultation et bleue pour les pilules.

L'approvisionnement en produits contraceptifs du centre doit être continu, la rupture de stock ne devrait apparaître ; le médecin responsable envoie la commande au SSD Ivato dès que les stocks ne couvrent que 4 mois.

3- Matériels et méthodes d'étude

3-1 Méthodes d'études

a-Recrutement des acceptantes

Le recrutement des acceptantes a eu lieu au service de planification familiale du dispensaire d'Ivato durant l'année 2003. Il a été effectué après une étude de dossiers grâce à un dépouillement systématique des registres, des fiches individuelles des acceptantes et des rapports d'activités trimestriels et annuels. On a fait ainsi une étude rétrospective.

b-Sélection

Ce sont les femmes en âge de procréer, qui font une consultation au service de planification familiale et qui remplissent les dossiers durant l'an 2003.

c-Matériels d'étude

Nous avons consulté des cahiers de rapport allant du 1^{ère} Janvier 2003 au 31 Décembre 2003.

Au cours de la réalisation de notre travail, nous avons utilisé les logiciels suivants.

WORD 98 pour la rédaction et EXCEL pour les graphes.

d- Paramètres à évaluer

Il comprennent :

- l'âge, la situation matrimoniale,
- le nombre d'enfant vivant,
- le niveau d'instruction,
- la profession,
- la source d'information,
- motif d'adhésion,
- le suivi de méthodes,
- changement de méthode.
- L'âge est reparti en 3 classes :
 - Moins de 20 ans
 - 21 à 34 ans
 - Plus de 34 ans
- Situation matrimoniales en 2 classes
 - Vit en couple
 - Vit seule
- Nombre d'enfants vivants reparti en 3 classes :
 - 0
 - 1 à 3 ans
 - 4 ans et plus
- Niveau d'instruction, reparti en 3 classes :
 - Illettrée
 - Primaire
 - Secondaire

- Profession en 6 classes :
 - Cultivatrices
 - Ménagères
 - Couturières
 - Commerçantes
 - Etudiantes
 - Employées des zones franches
- Source d'information , repartie en 4 classes :
 - Personnel de santé
 - Famille ou amis
 - Radio –TV –Journal
 - Brochures / Affiches
- Motif d'adhésion réparti en 2 classes :
 - Espacement des naissances
 - Limitation des naissances
- Suivi des méthodes repartis en 4 classes :
 - Tolérance
 - Arrêt
 - Abandon
 - Changement
- Changement des méthodes repartis en 4 classes :
 - Ménorragie
 - Spotting
 - Céphalée
 - Prise de poids

3-2 Matériels d'étude

a- Registre de consultation

Il permet d'enregistrer les femmes acceptantes, on donne un numéro à chaque personne , et on enregistre le nom, méthode choisie, date.

C'est un cahier grand format.

b- Fiche individuelle

C'est une fiche cartonnée, formée de 4 pages, sur laquelle sont mentionnés les renseignements concernant la vie de la cliente sur le plan individuel , professionnel ainsi que les résultats de l'examen fait au cours de la première consultation et le suivi pendant les visites de contrôles.

Les éléments suivants sont retenus pour l'étude :

- La date de la première consultation
- L'âge de la cliente
- La profession
- Son niveau d'instruction
- Le niveau d'instruction du mari
- Son adresse
- Le nombre d'enfants vivants ou décédés
- Le nombre total de grossesses
- Les souhaits divers concernant la méthode utilisée et les motifs de prise de contraceptifs.

c- Fiche de rapport d'activité bimestrielle et annuelle

Elle permet de référer le nombre total de femmes utilisatrices pendant 3 mois par rapport au nombre de femmes inscrit dans le registre de consultation.

4 Résultats

4-1 Fréquence

Notre étude rétrospective est basée sur le dépouillement des bimestriels des registres, des fiches individuelles des femmes acceptantes pour les méthodes contraceptives pendant l'année 2003.

On a trouvé :

- 215 utilisatrices de méthodes contraceptives,
- 76 clientes pour les contraceptifs oraux

a- Fréquence mensuelle

Tableau n° 02 : Répartition des femmes acceptantes par mois pendant l'année 2003 pour la méthode des Contraceptifs Oraux

Mois	CO	Pourcentage (%)
Janvier	09	11,68
Février	12	15,78
Mars	10	13,15
Avril	08	10,42
Mai	07	9,26
Juin	05	6,59
Juillet	03	3,94
Août	02	2,68
Septembre	05	6,59
Octobre	06	7,97
Novembre	07	9,26
Décembre	02	2,68
Total	76	100

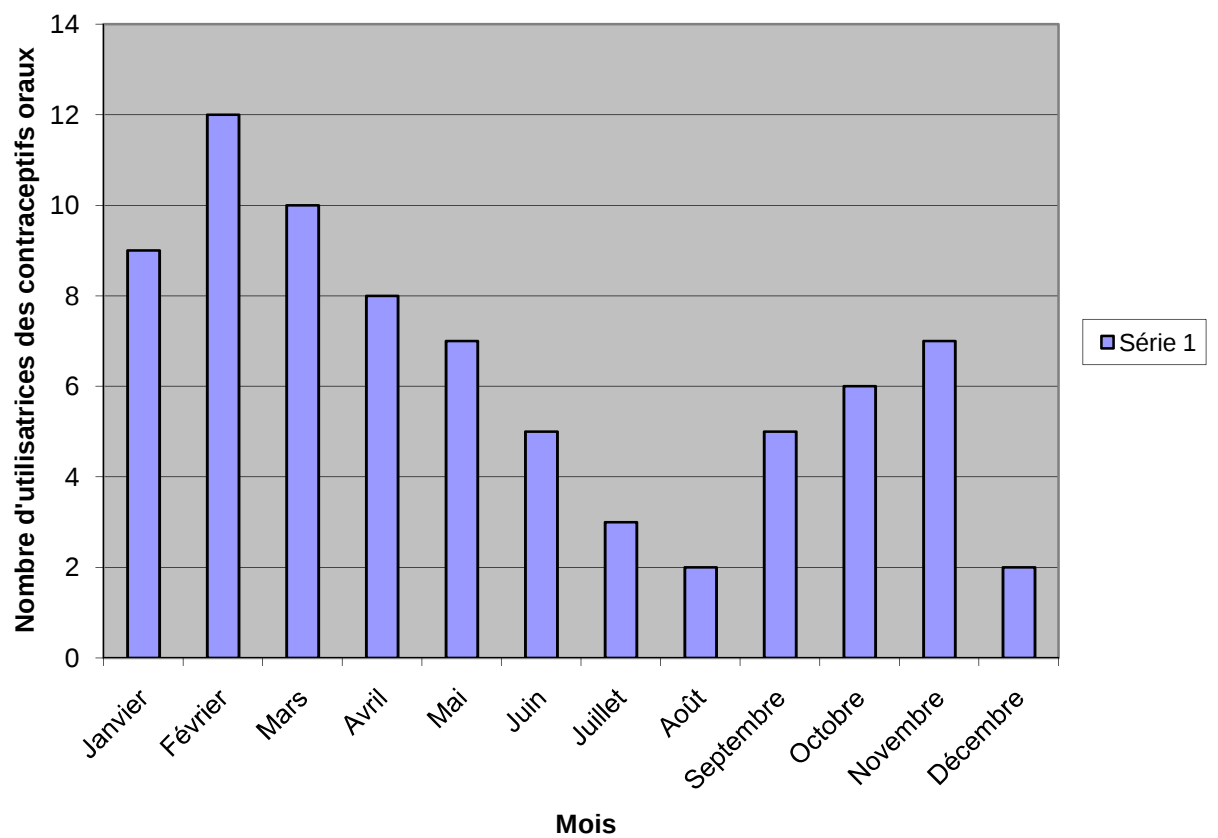


Figure n°02 : Histogramme de la femme acceptante par mois pendant l'année 2003 pour les Contraceptifs Oraux

b- Fréquence trimestrielle

Tableau n° 03 : Répartition trimestrielle des utilisatrices des Contraceptifs Oraux

Trimestres	Effectif	Pourcentage
1 ^e Trimestre	31	40,63
2 ^e Trimestre	20	26,27
3 ^e Trimestre	10	13,15
4 ^e Trimestre	15	19,95
Total	76	100

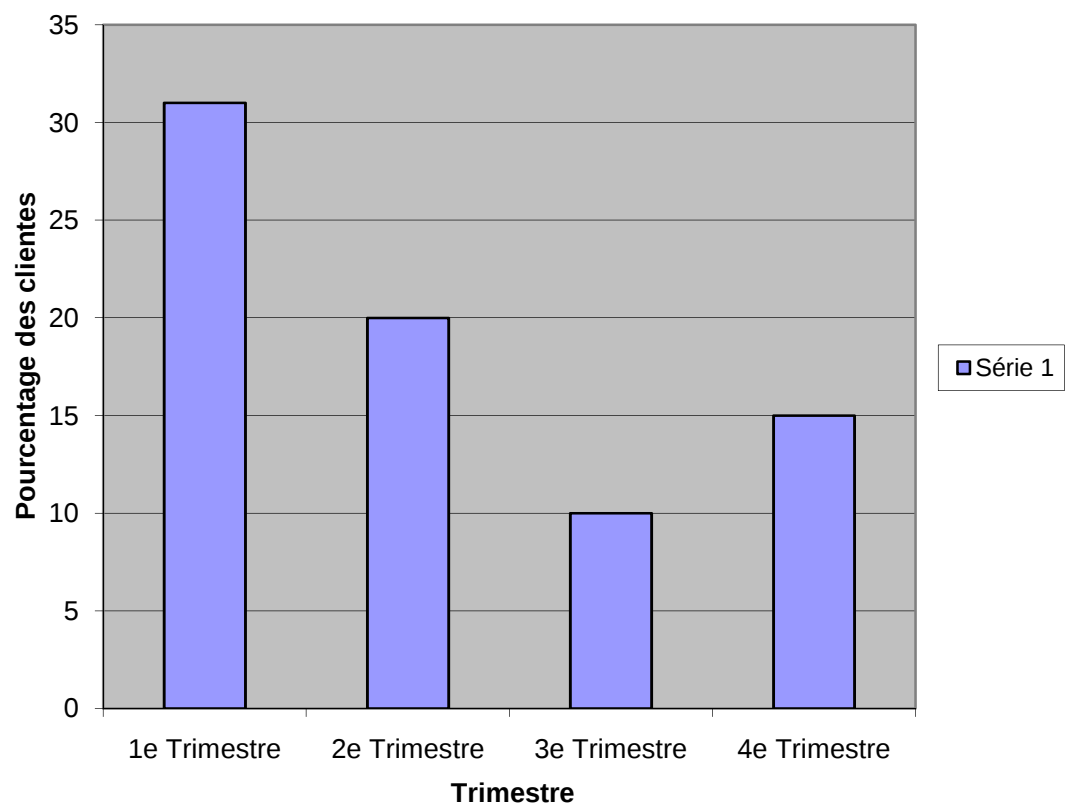


Figure n°03 : Les femmes acceptantes par trimestre pendant l'année 2003 pour le Contraceptifs Oraux

c- Place du contraceptif oral

Tableau n° 04 : Répartition des utilisatrices selon les méthodes utilisées

Méthodes contraceptives	Effectif	Pourcentage
CI	121	55,81
CO	76	35,34
DIU	04	2,27
BAR	14	6,58
Total	215	100

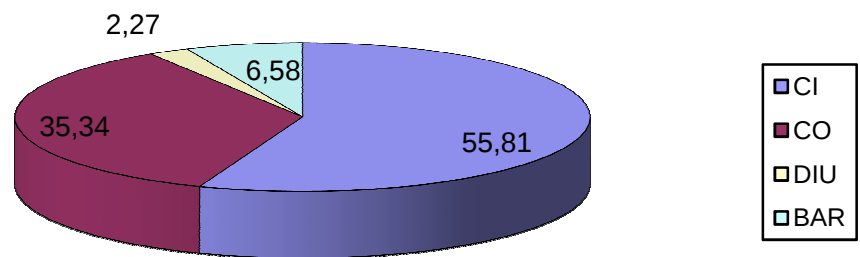


Figure n°04 : Méthodes utilisées au CSB II d'Ivato Aéroport

4-2 Aspects épidémiologiques

a - Age

Tableau n° 5 : Répartition des femmes acceptantes selon l'âge

Age (ans)	Effectif	Pourcentage
Moins de 20 ans	16	21,05
21 à 34 ans	46	60,52
Plus de 34 ans	14	18,43
Total	76	100

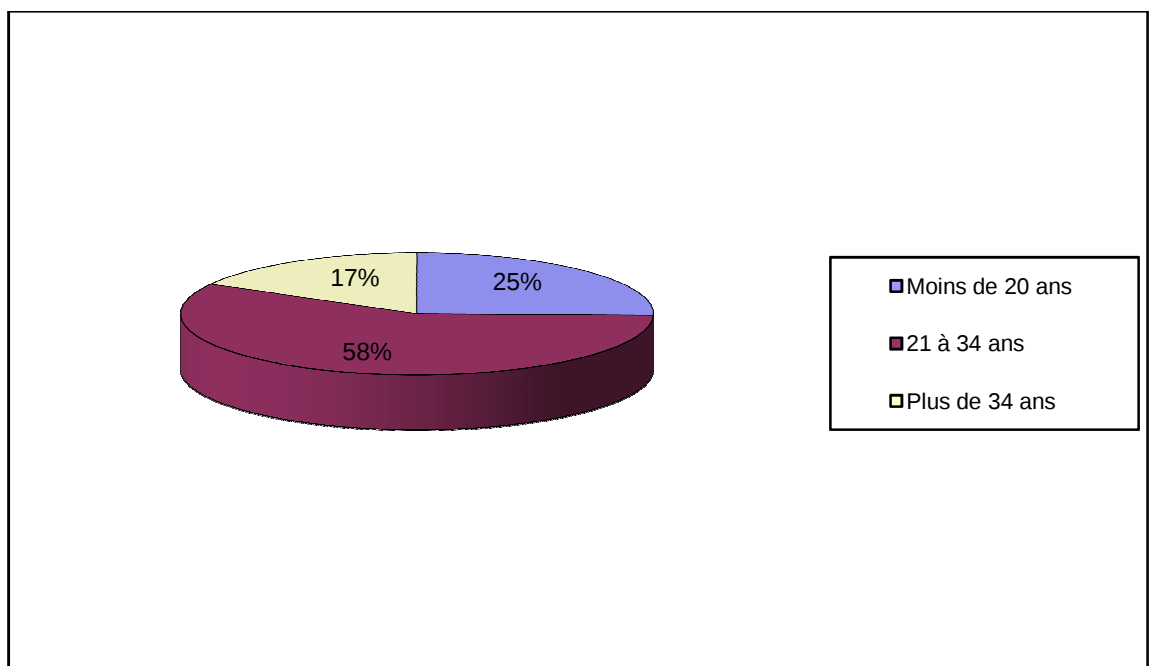


Figure n° 05 : Age des utilisatrices des Contraceptifs Oraux

b - Etat matrimonial

Tableau n° 06 : Répartition des utilisatrices selon l'état matrimonial

Etat matrimonial	Effectif	Pourcentage
Vit en couple	22	28,95
Vit seule	54	71,05
Total	76	100

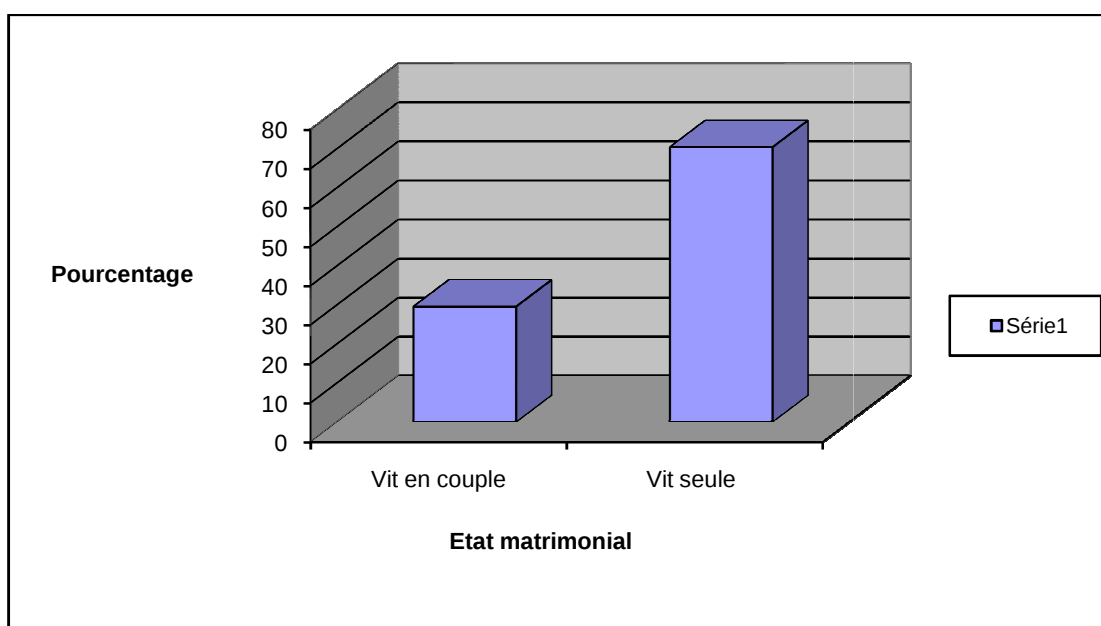


Figure n° 06 : Fréquence des acceptantes selon l'état matrimonial

c- Profession

Tableau n° 07 : Répartition des utilisatrices des contraceptifs oraux selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Cultivatrice	28	36,86
Ménagères	17	22,38
Couturière	08	10,42
Commerçante	06	07,97
Etudiante	03	03,94
Employée des zones franches	14	18,43
Total	76	100

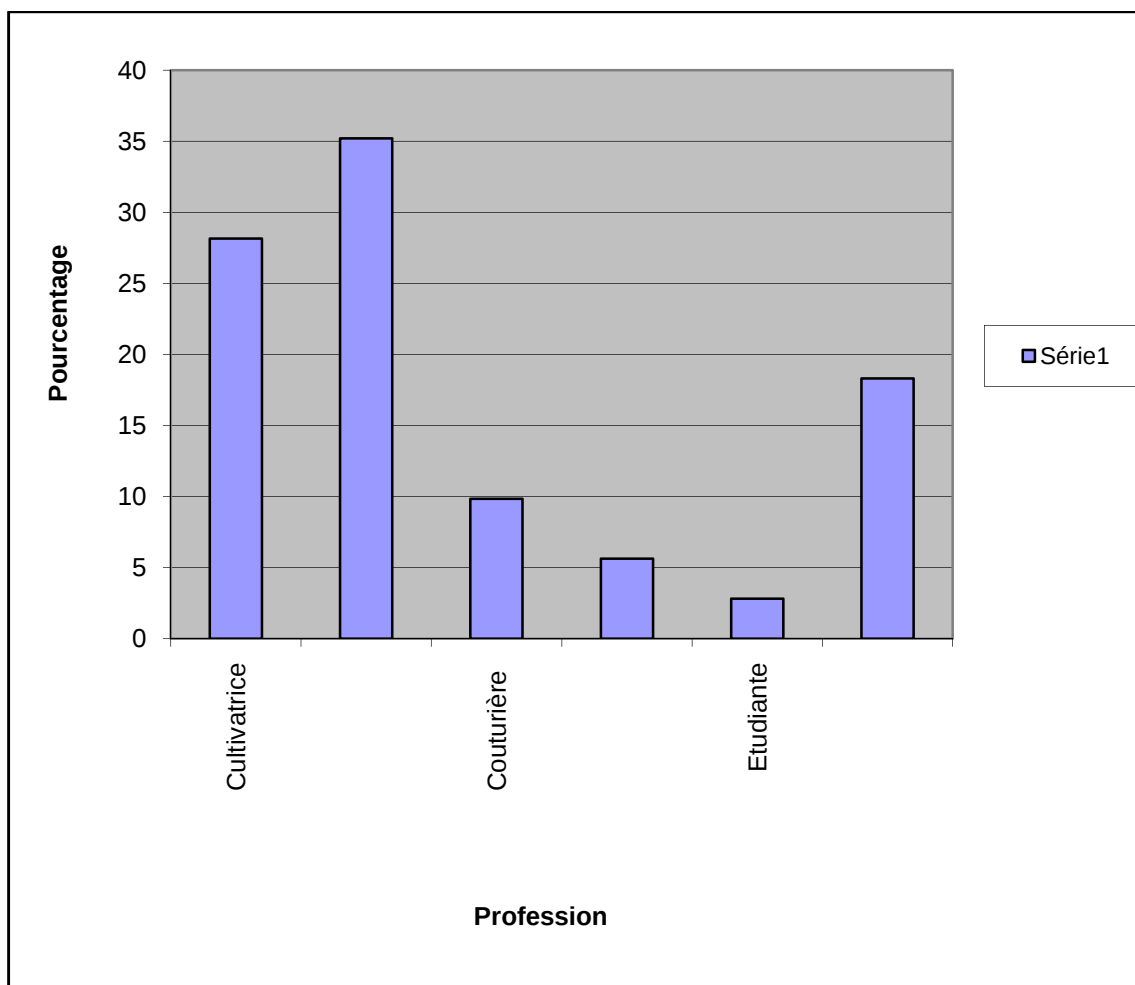


Figure n° 07 : Profession des utilisatrices des Contraceptifs Oraux

d- Nombre d'enfants vivants

Tableau n° 08 : Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfantrs vivants	Effectif	Pourcentage
0	0	0
1 à 3	48	63,16
4 et plus	28	36,84
Total	76	100

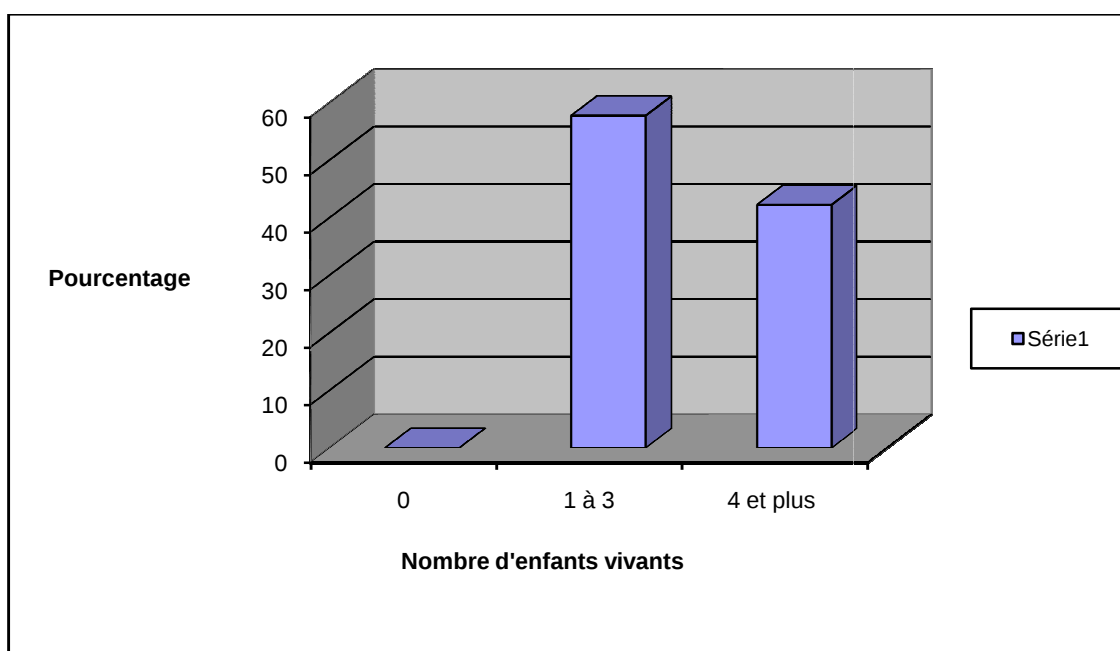


Figure n° 08 : Nombres d'enfants vivants des clientes pour les Contraceptifs Oraux

c- Niveau d'instruction

Tableau n° 09 : Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Illettrée	16	21,05
Etude primaire	35	46,06
Etude secondaire	25	32,89
Total	76	100

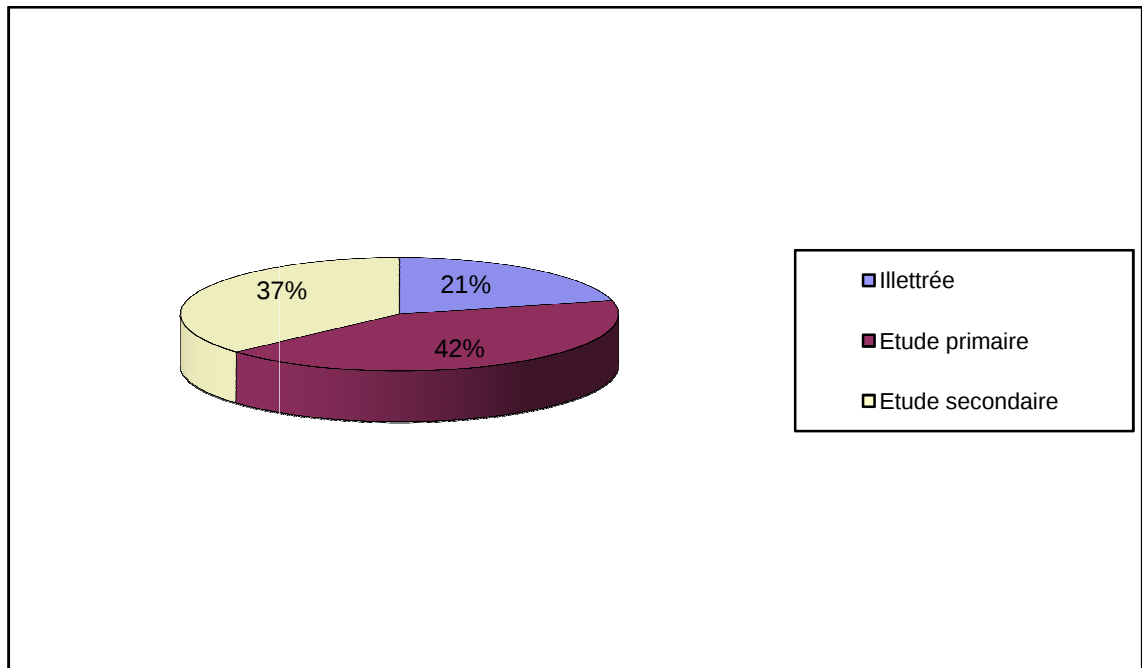


Figure n°09 : Niveau d'instruction des utilisatrices des Contraceptifs Oraux

f- Motifs d'adhésion à la contraception orale

Tableau n ° 10 : Répartition des utilisatrices selon les motifs d'adhésion

Motifs d'adhésion	Effectif	Pourcentage
Espacement des naissances	65	85,52
Limitation des naissances	11	14,58
Total	76	100

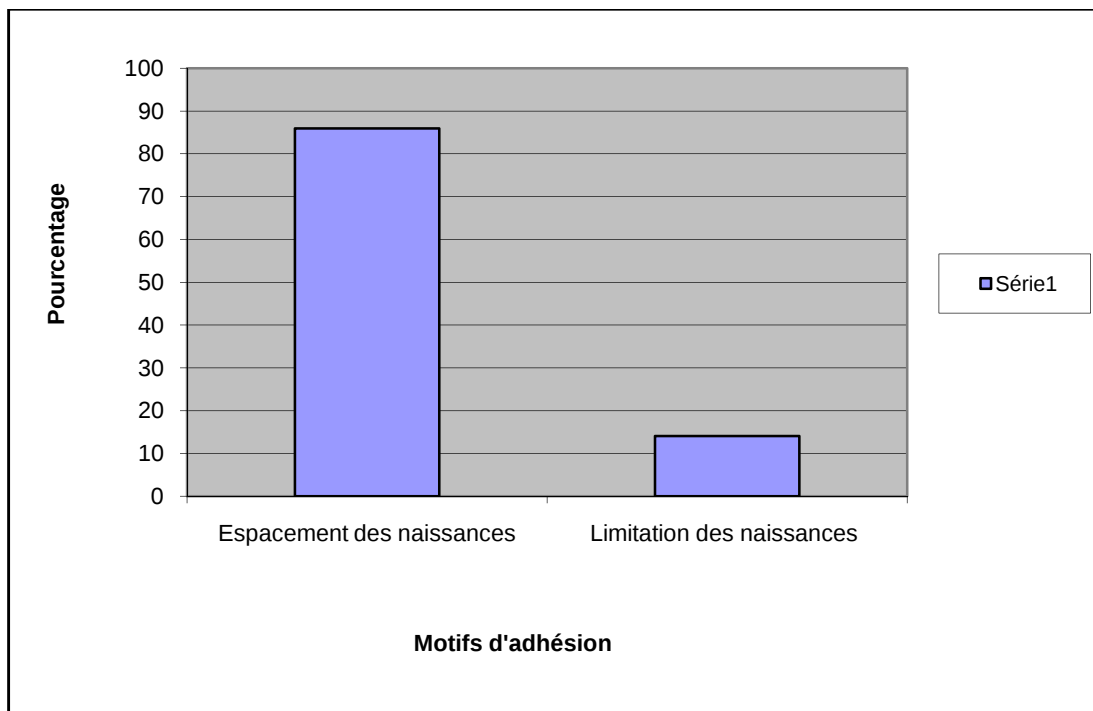


Figure n°10 : Motifs d'adhésion des clientes pour les Contraceptifs Oraux

g- Sources d'information

**Tableau n°11 : Répartition des utilisatrices des contraceptifs oraux
selon la source d'information**

Sources d'information	Effectif	Pourcentage
Personnel de santé	45	59,16
Famille ou amis	10	13,15
Média	14	18,43
Brochures / affiches	7	09,26
Total	76	100

Le média est constitué par les Radios, les Télévisions et les Journaux

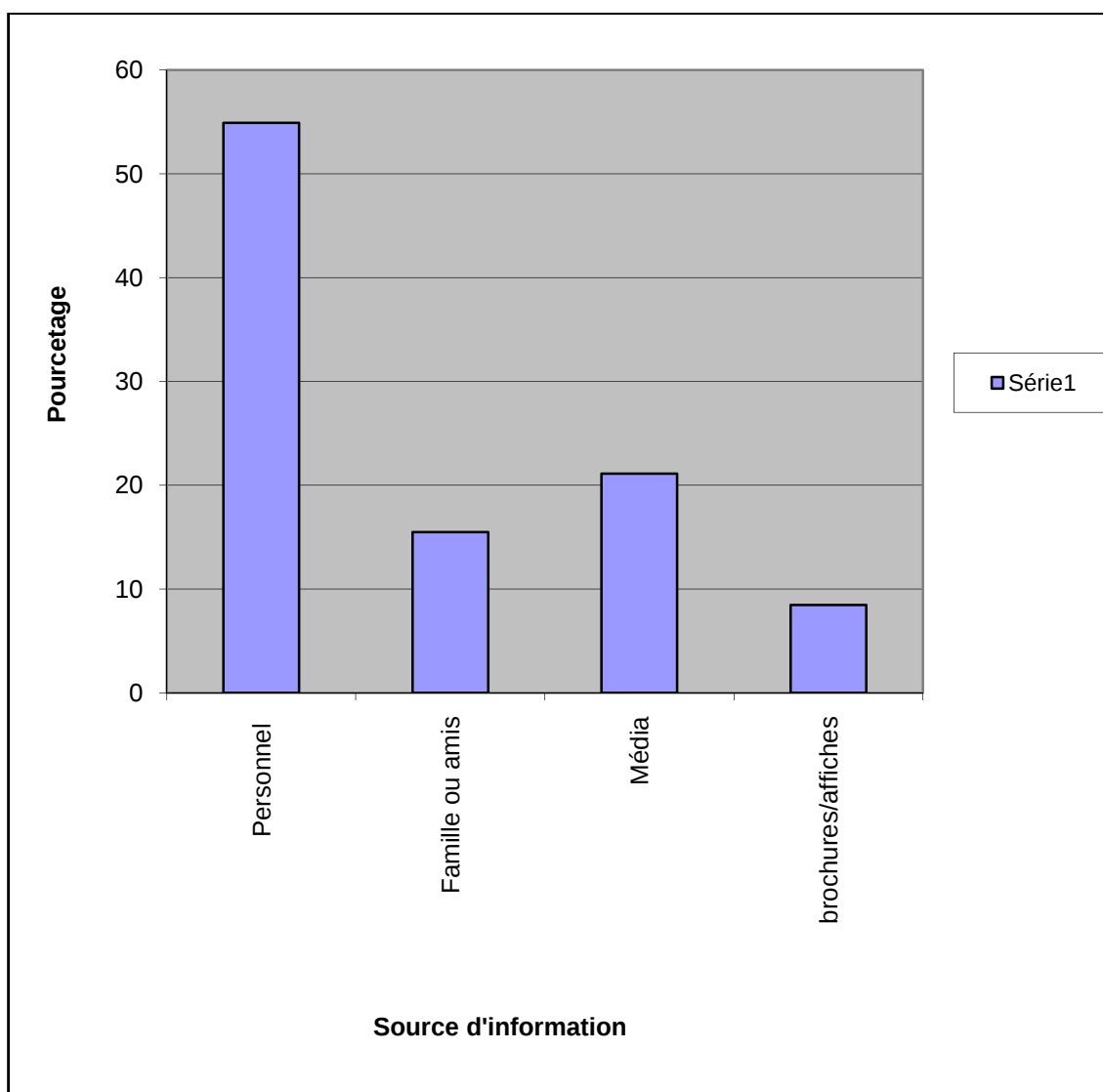


Figure n°11 : Sources d'information des utilisatrices des contraceptifs oraux

h- Suivi et contrôle

**Tableau n° 12 : Répartition des utilisatrices des contraceptifs oraux
selon le suivi et contrôle**

Suivi et contrôle	Effectif	Pourcentage
Tolérance	54	71,02
Arrêt	7	9,26
Abandon	3	3,94
Changement de méthode	12	15,78
Total	76	100

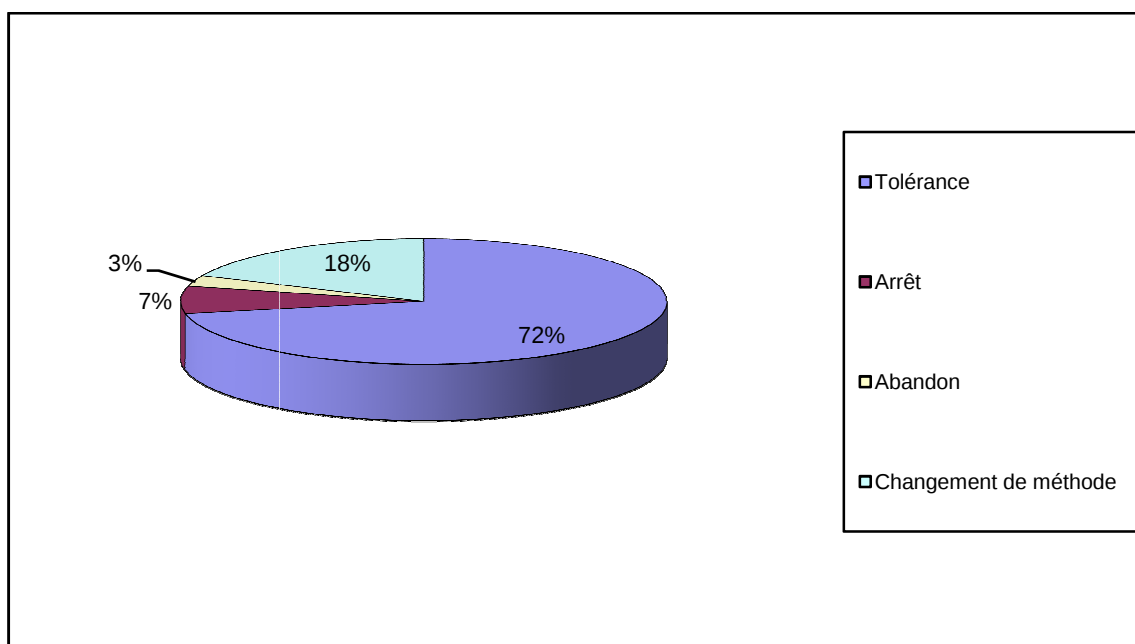


Figure n° 12 : Résultats du suivi et contrôle

i- Changement des méthodes

Tableau n° 13 : Répartition des motifs du changements de la méthode contraceptive orale

Motifs de changement	Effectif	Pourcentage
Ménorragie	3	25
Spotting	7	59,34
Céphalée	1	8,33
Prise de poids	1	8,33
Total	12	100

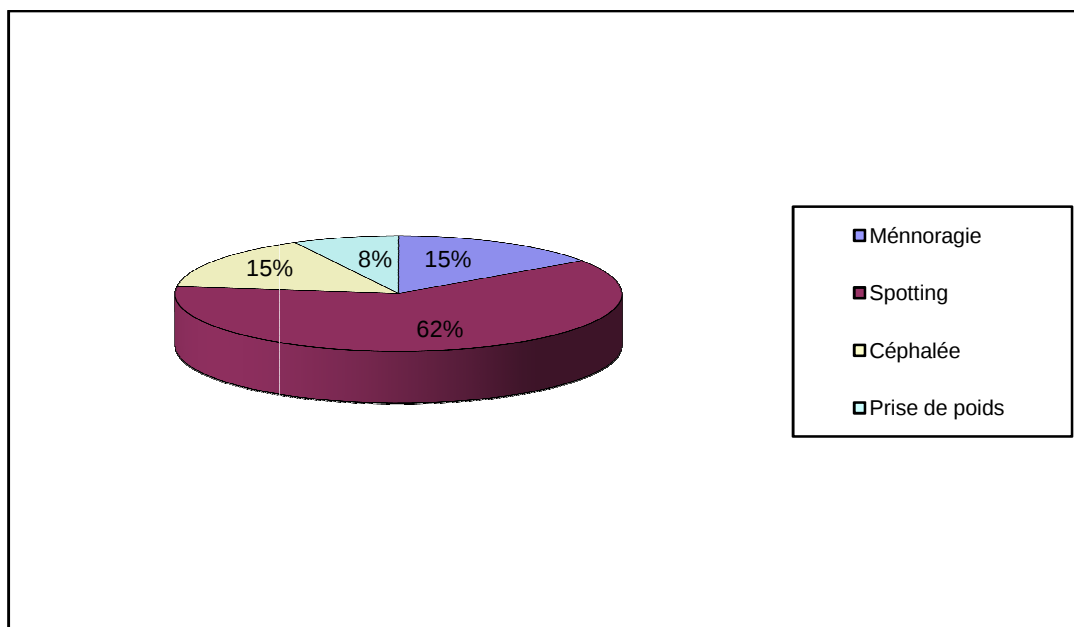


Figure n° 13 : Motifs de changements de la méthode des Contraceptives Oraux

TROISIEME PARTIE

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

1 Commentaires et Discussions

Dans ces commentaires et discussion, nous allons procéder à l'analyse plus approfondie des paramètres évalués.

Beaucoup de femmes en âge de procréer n'ont pas encore utilisé la contraception. Sur les 8910 femmes en âge de procréer, 215 seulement la pratiquent , soit 28,54% . Et plus particulièrement , sur les 215 utilisatrices de la méthode contraceptive, il n'y a que 76 préfèrent la contraception orale.

1-1 Concernant la période d'adhésion

Les 46,63% des utilisatrices sont arrivées au premier trimestre de l'année, 26,27% au deuxième, 13,15% au troisième et 19,55% au quatrième. Ce résultat correspond à la disponibilité des femmes par rapport aux activités quotidiennes (élevage, agricultures...).

1-2 Place de la contraception orale

L'utilisation de la CO prend la deuxième place (35,34%) après celle de la CI (58,81%).

La plupart des femmes préfèrent la CI car c'est la méthode la plus facile à utiliser (une fois tous les 2 mois pour le NORESTERAT ® et tous les 3 mois pour le DEPOPROVERA ® . Elles pensent que ce premier choix consiste à éviter l'oubli de la pilule (prise de la pilule tous les jours).

Presque dans tous les CSB II autour de Tananarive ville, les deux méthodes contraceptives les plus utilisées sont le contraceptif injectable et le contraceptif oral.

Exemple : * Pour le CSB II d'Ivato Imerimandroso en l'an 2001 :

- 169 acceptantes de méthode contraceptive
- 80 clientes pour les contraceptifs Injectables
- 75 clientes pour les contraceptifs oraux

* Pour le CSB II d'Ambohimangakely en l'an 2003 :

- 280 acceptantes de méthode contraceptive
- 255 clientes pour les contraceptifs Injectables
- 25 Clientes pour les contraceptifs oraux

1-3 Concernant l'âge des clientes

Les femmes acceptantes entre 21 et 34 ans occupent la première place, soit 60,52% de l'ensemble, la deuxième place est aux femmes âgées de moins de 20 ans avec 21,05%

18,43% pour les femmes âgées de plus de 35 ans en troisième rang.

On a un taux élevé de l'utilisation de contraception orale dans la tranche d'âge de 21 à 34 ans car dans cette tranche, les femmes sont dites majeures, et constatent la responsabilité d'elles-mêmes vis-à-vis de leurs parents. Elles sont libres de faire l'amour, et procréer à tout moment.

Le faible proportion pour les plus de 35 ans est en relation avec la chute de la fécondité au fur et à mesure que l'âge monte.

Pour les jeunes de moins de 18 ans, le taux d'utilisation est bas. C'est la non participation des jeunes filles, parce qu'elles respectent les règlements familiaux, pour la population rurale : parler « relation sexuelle » est interdit aux mineurs.

1-4 Concernant l'état matrimonial et la profession

D'après ce que nous avons constaté au tableau n°06, 71,05% des utilisatrices vivent seules et 28,95%, vivent en couple. Ce sont des mariées légitimes ou non.

Le tableau n°07 montre que 22,38% sont des ménagères, 36,86% les cultivatrices, 18,43% les employées des zones franches et les restes sont réparties en couturières, commerçantes, étudiantes.

L'existence d'une grande partie de régions militaires (militaires, gendarmes) joue un rôle très important, impliquant ces résultats.

1-5 Selon le nombre d'enfants vivants

D'après l'enquête et les données du tableau n°08 toutes les femmes préférant la CO ont déjà eu des grossesses avant de venir chercher l'aide du centre, 63,16% d'entre elles ont eu 1 à 3 enfants vivants, 36,84% sont les femmes à 4 enfants et plus.

Elles sont conscientes que c'est trop tôt pour elles d'avoir déjà une grossesse et un enfant. On constate aussi une difficulté de la vie actuelle pour élever, nourrir, éduquer et vêtir leurs enfants. Certaines d'entre elles ont eu des problèmes, de complications lors des accouchements antérieurs, complications dues aux grossesses très précoces. C'est pourquoi elles vont venir au centre pour utiliser la contraception.

La grossesse chez les adolescentes comporte de nombreux risques d'autant plus grands que la future mère est plus jeune car les risques de complications et de se qu'elles à long terme sont alors accrues (34)

Dans la majorité des cas, si la mère est très jeune et si elle est célibataire , elle se trouve dans une situation fort délicate, c'est-à-dire dépourvue de toute qualification professionnelle et des ressources, celui de ses enfants sont devenus généralement moins favorisés. Souvent, on trouve chez elle une accumulation de difficultés affectives et sociales ; certaines vivent de prostitution, beaucoup ne trouvent d'emploi et contractent des unions instables ou malheureuses d'où naissent d'autres enfants (35)

1-6 Selon le niveau d'instruction

Les 46,06% ou 35 femmes acceptantes sont du niveau primaire ; le niveau scolaire secondaire avec 32,89% ou 25 acceptantes, tient le 2^e rang ; les illettrées sont au nombre de 16 ou 21,05% ; aucune femme de niveau universitaire n'est trouvée dans notre étude (voir le tableau n°09)

Le niveau d'instruction est parmi les conditions nécessaires pour bien mener la vie sous contraceptifs bien qu'il y ait des méthodes qui ne le demandent pas obligatoirement . Il peut, en effet y avoir des difficultés dans la manière d'exposer ses problèmes et la façon de les résoudre si le couple n'atteint le niveau d'enseignement secondaire (CEG) chez nous, la possibilité de complémentarité des idées en ce qui concerne la contraception se dessine mieux si les deux sont à peu près de même niveau d'instructions : ce qui explique le taux d'adoption d'une méthode de contraception efficace chez les jeunes instruites que chez celles qui ont un niveau d'étude inférieur .

Dans la zone rurale, le pourcentage du niveau primaire est toujours élevé, d'un côté vu, la mauvaise qualité de l'enseignement et d'autre côté, pour la population rurale, l'enseignement est fait seulement pour qu'on puisse pouvoir lire, écrire et compter, et tout de suite après, elle entre dans la vie des adultes. Heureusement que les femmes de niveau d'instruction secondaire ici sont supérieures en nombre par rapport aux illettrées .

1-7 Selon les motifs d'adhésion

Les 85,52% des clientes (nombre de 65) veulent espacer les naissances ; 14,48% seulement (au nombre de 11) veulent limiter les naissances.

Remarque : On remarque qu'on ne mentionne pas la religion dans la fiche individuelle des acceptantes c'est-à-dire toutes les femmes quelle que soit sa religion peuvent fréquenter le centre et choisir la méthode qu'elles veulent.

Il y a certaines religions qui n'acceptent pas les méthodes contraceptives modernes.

1-8 Concernant les sources d'information

Les informations données par le personnel de santé occupent la première place 59,16%, les radios, télévisions et les journaux ; 13,15% se font de bouche à oreille par les familles ou les amies ; 9,25% par les brochures ou affiches.

Ces résultats montrent que les personnels de santé ont fait des grands efforts en donnant les informations nécessaires pour la planification familiale mais beaucoup plus d'effort devront être faits pour améliorer la prestation et avoir plus de résultats . En outre, les autres informations ont une place non négligeable pour la CO ici (ce sont des 40,84% , constituées par les média, famille ou amie, brochures ou affiches).

1-9 Selon les suivis et les causes de changement

Les 71,02% ont une bonne tolérance aux CO : soit 54 clientes, mais 7 utilisatrices de ces méthodes ont arrêté à cause de céphalée prolongée, 3 sont abandonnées momentanément pour raison inconnue. 13 clientes ont décidé de changer de la méthode à cause des effets secondaires : spotting en 1^{er} lieu au nombre de 7, ensuite la ménorragie, la céphalée, et enfin le gain de poids.

2 Suggestions

Pour améliorer l'utilisation du contraceptif oral, les propositions suivantes sont été proposées.

2-1 Renforcer la campagne de communication pour le changement de comportement

Pour les zones rurales, il faut lutter surtout contre les rumeurs. Les rumeurs sont des bruits qui se répandent d'une personne à une autre, sans qu'on sache d'où elles proviennent. Il s'agit souvent d'informations erronées ou approximatives. Dans certains endroits les rumeurs concernant le planning familial sont fréquentées.

Elles peuvent faire peur aux femmes et les empêcher de demander une méthode contraceptive. Elles peuvent faire peur à celle qui l'utilise et amener à interrompre la méthode.

C'est ainsi que les rumeurs sont à l'origine de grossesses non désirées. Quand vous arrêtez un faux bruit, vous aidez vos clients.

Ces rumeurs viennent : des malentendus, au hasard de conversations, publication de nouvelles qui peuvent être erronées, incomplètes ou mal comprises, croyances communes mais erronées concernant le corps et la façon dont fonctionnent les méthodes contraceptives , des personnes qui n'aiment pas le planning familial, des agents de santé, s'ils n'ont pas d'informations exactes, s'ils s'ajoutent eux-mêmes à ces rumeurs, ou s'ils n'aiment pas certaines méthodes pour des raisons personnelles.

Alors, bien expliquer aux clientes le planning familial. Toujours donner des informations exactes, claires, complètes et précises sur la méthode de contraceptif oral.

Faire connaître les avantages au niveau familial et national.

Apprendre l'usage correct, les effets secondaires possibles, leur efficacité : répondre si besoin aux questions de tous les groupes. Eliminer tous les obstacles juridiques, médicaux, cliniques, et identifier les réglementations utiles à l'information.

Pour en conclure, il faut faire aussi la Communication pour le changement du comportement en dehors du centre : soit au niveau de chaque Fokontany, en réunissant les femmes en âge de procréer par interposition du PCLS, soit pendant le jour du marché (Lundi matin par exemple comme jour de sensibilisation). En outre, il faut motiver les

agents de santé à base Communautaire à participer à la communication pour le changement de comportement.

2-2 Améliorer les suivis et les contrôles

- Assurer un suivi médical approprié
- Bien traiter les effets secondaires présents
- Récupérer les perdues de vue en leur proposant une autre méthode sûre et convenable suivant leur choix.

2-3 Faire le counselling

C'est un processus de communication de face à face par laquelle une personne est aidée à exprimer ses problèmes, à identifier des solutions possibles, à prendre des décisions conséquentes et à leur donner suite. Le counselling se caractérise par les traits suivants :

- Une relation interpersonnel face à face ;
- Une relation d'aide ;
- Une relation intime et confidentielle.

Ce processus de communication est réciproque ; le conseiller et son client sont tour à tour , émetteur et récepteur.

Les étapes de ce counselling sont comme suit :

B : Bon accueil chaque cliente

E : Entretien avec la cliente pour savoir qu'elle est et pourquoi elle est venue

R : Renseignement sur les diverses méthodes disponibles de PF. On lui donne ensuite plus de détails sur les méthodes qui l'intéressent le plus de chaque client.

C : Choix de la méthode qui lui convient le mieux

R : Retour pour une visite de contrôle. On convient d'un rendez-vous.

CONCLUSION

La pilule porte aussi le nom de contraception « orale » (prise par la bouche) par proposition aux contraceptifs mécaniques (stérilet, diaphragme) ou injectable. Elle se présente sous la forme d'un comprimé composé en général d'un mélange d'hormones œstrogènes et de la molécule proche de la progestérone. Elle est fabriquée industriellement : il s'agit donc de produit de synthèse. Mais elle se rapproche beaucoup des hormones sexuelles sécrétées selon un rythme bien précis par les ovaires tout au long du cycle menstruel.

Une étude rétrospective est effectuée au CSB II d'Ivato Aéroport durant l'année 2003, les résultats de notre étude montrent les faits suivants :

- les femmes utilisant les contraceptifs oraux ont un enfant vivant au moins
- 46,06% d'entre elles fréquentent l'école primaire.
- 71,05% d'entre elles vivent seules et 85,52% veulent espacer leur grossesse.
- La source d'information est fournie essentiellement par les personnels de santé en dehors du média, familles, amies, affiches et brochures.
- Les signes d'intolérance sont :
 - Spotting 09,26% des clientes
 - Ménorragies chez 03,94%
 - Céphalée chez 1,31%
 - Gain de poids chez 1,31%
- 9,26% d'entre elles décident d'arrêter la contraception et 3,94% ont abandonné momentanément

Au terme de notre travail, nous avons avancé les propositions suivantes :

- Renforcement de la CCC
- Amélioration de suivi et contrôle
- Pratique de counselling

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Legrain G , Delvoye P, Ranjalahy R. La santé de la reproduction : pratique et opérationnelle. Antananarivo : FNUAP , 2001 : 33-74
- 2- Germain R, Victor M, Juan S. Enquête nationale Démographique et sanitaire . Centre National de Recherche sur l'Environnement Antananarivo , 1994 : 31-36
- 3- OMS. Planning familial, Méthode et pratique pour l'Afrique . OMS, Genève, 1984 : 1-3
- 4- OMS. Programme pour la maternité sans danger demande de service maternel et de planning familial. OMS, Genève , 1989 : 6
- 5- Billings E, Westmore A. Le contrôle de la fécondité sans receleurs aux produits chimiques ou aux dispositifs mécaniques. La méthode Billings, Mediaspaul, Paris, 1991 : 15, 218
- 6- Marck et Co, INC. Manuel de Diagnostic et thérapeutique. SIDEM Frisson Roche, 1988 : 1782-1845
- 7- Rakotonomenjanahary H. Contribution de la planification familiale naturelle au développement de la famille. Thèse Médecine, Antananarivo, 1994 ; n°3634
- 8- Serfati D. La contraception. Doin, Paris, 1986 : 27
- 9- Lemoine J. Cahier de l'infirmière : gynécologie. Masson, Paris, 1984 ; 13 : 126-127
- 10- [http / www. Med – web . France . Com/ gynobs](http://www.Med-web.France.Com/gynobs). La médecine de Reproduction, 1984.

- 11- Legrain G. La planification familiale. Pratique opérationnelle. Hatier, 1994 : 51, 73
- 12- Palmer R, Dourlen A. Stérilisation volontaire en France et dans le monde. Masson, Paris , 1971 : 16-18
- 13- Netter A. Rozenbaum H. La contraception : principes et applications pratiques pour les généralistes et gynécologues. Baillière, 1985
- 14- Meyer L. Planification familiale : objectifs, moyens, réglementation et structure . La revue du praticien, 1991 : 1615-4503
- 15- Rasamivololona T. Les déterminants influant l'utilisation du DIU . Thèse Médecine, Antananarivo, 1997 ; n° 4503
- 16- Lansac J. La planification des naissances : Les stérilets – La pratique médicale gyneco- obstétricale. Masson, 1986 : 15 –85
- 17- OMS. Guide théorique et pratique choix de méthode contraceptive. OMS, Genève, 1996 : 45
- 18- OMS. Implants contraceptifs sous cutanés Norplants directives concernant les aspects techniques et gestionnaires , OMS, Genève, 1990 : 3-4
- 19- OMS . Contraceptifs injectables : leur rôle en Planification familiale. Formule et mode d'action . OMS, Genève, 1990 : 2-3
- 20- OMS. Mode d'action, innocuité et efficacité des DIU. OMS , Genève, 1987 :25-26
- 21- Baudet J, Aubard Y, Grand J. La contraception des Adolescentes.Masson, 1994: 7
- 22- Célestin C. Contraception chez l'adolescente. Caraïbes Médicales, 1987; 4: 190-192

- 23- Hirvonne E, Kiavola S. Nouveau DIU au cuivre chez les adolescents et les jeunes femmes nullipares. *Contraception Fertilité sexualité*, 1984 : 18-19
- 24- Carlos M., Huezo B. Directives médicales et prestation de service pour la Planification Familiale. Fédération internationale pour la Planification Familiale, 1993 : 77-93
- 25- Klerekope M. Oral contraceptive use my protect against low bone mass. *Akch intern Med* , 1991 : 151-197
- 26- Martin S. Contraception et adolescence historique et généralités. *Journal de Médecin de Lyon*, 1985 ; 1408 : 533-0538
- 27- Ratianavololona S. Acceptabilité de la contraception hormonale dans trois centres de PF à Antananarivo de l'année 1991 à 1993. Thèse Médecine, Antananarivo, 1995; n° 3794
- 28- Delvoye P. Les méthodes anti conceptionnelles. La contraception en post-partum : « Savoir et Santé ». *Pratique et gestion de planning familial dans les pays en voie de développement*, 1993 : 122-321
- 29- Ialisoa M S. Les obstacles au développement de la Planification Familiale Thèse Médecine, Antananarivo, 2002 ; n°6389
- 30- Jackies L. La planification des naissances : la contraception- Département de gynécologie obstétrique, 1989 : 110, 123
- 31- Mensier A, Lopes P. Contraception : méthodes, efficacité, choix, surveillance, risque. *Rev prat*, Paris, 1996 : 119-128

32- APPRO POP. PF. Guide de session Module PF session 8. Méthodes Barrières, projet APPROPOT/PF, Planification familiale intégrée, 1997 : 22

33- OMS. Choix des méthodes contraceptives, guide théorique et pratique. OMS, Genève, 1992 : 10-25

34- Herbert L. Les aspects médico- sanitaires de la reproduction chez les adolescentes. OMS. Genève, 1989 : 17

35- Michel M. Santé de la mère et de l'enfant. De la PMI à la santé de la famille, Flammarion, France, 1978 : 103-208

VELIRANO

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

Dia manome toky sy miniana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharham-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 hahazoako 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 mamoaafady na hanamorana 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 noraiziko 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 du thèse

Signé : Professeur RATOVO Fortunat

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

Name and First name : ANDRIATIANA Rivoson Délphin

Title of the Thesis : « The oral hormonal contraceptions at Ivato Air-port's Second Basic Health Center in 2003 »

Classification : Public health

Number of pages : 52 **Number of Schemes :** 02

Number of Figures : 13 **Bibliographical reference's number :** 39

Number of boards : 13

SUMMARY

It is about a retrospect investigation entitled « The Oral hormonal contraception at Ivato Air-port's (2nd) Second Basic Health Center in 2003 ».

The aim of the work is that to make known the frequency of oral hormonal contraception use during 2003 in order to increase the using of this method the following year.

For 2003, 215 consultings came to the Center for family planning whose 76 then 35,34% chose oral hormonal contraceptions.

They were between 21 and 34 years old in majority, still at primary school and lived alone.

All of them had at least a child alive before acceding the Center 85,52% wanted to space their pregnancy, 15,78% complaint about : spotting, menorrhagia, head-ache, getting weight then changed methods

7 decided to stop taking pill and 3 gave up

Health staff afford all these informations

We suggest then to push in the Communication for Changing Behaviour, to improve supervision, and to practise counselling

Key words : Hormon, contraceptive, oral method, small plate, spotting

Director of thesis : Professor RATOVO Fortunat

Assisted by : Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal

Author's address : Lot AN 176 Ambohipanja Ankadikely Tana (103)

Nom et Prénoms : ANDRIATIANA Rivoson Délphin
Titre de la Thèse : «La Contraception hormonale orale au CSB II d'Ivato Aéroport en l'an 2003 »
Rubrique : Santé Publique
Nombre de pages : 52 **Nombre de Schémas** : 02
Nombre de Figures : 13 **Nombre de références bibliographiques** : 39
Nombre de tableaux: 13

RESUME

Ce travail est une étude rétrospective intitulée : « La Contraception hormonale orale au CSB II d'Ivato Aéroport en l'an 2003 ».

Les objectifs de notre étude sont de faire connaître la fréquence de l'utilisation des contraceptifs hormonaux oraux pendant l'année 2003 et d'augmenter le nombre des utilisatrices de cette méthode de l'année suivante.

Pendant cette période, pour le Planning Familial : 215 consultantes sont venues au Centre dont les 76 soit 35,34% ont choisi les contraceptifs hormonaux oraux. La majorité des femmes sont âgées de 21 à 34 ans, fréquentent l'école primaire, et vivent seules.

Toutes les clientes ont au moins un enfant vivant avant de venir au Centre, 85,52% d'entre elles veulent espacer sa grossesse. 15,78% des clientes se plaignent de signes d'intolérances tels que : spotting , ménorragies, céphalées et gain de poids, provoquant un changement des méthodes.

7 utilisatrices ont décidé d'arrêter la pilule et 3 abandons.

La source d'information est fournie essentiellement par le personnel de santé. Nous suggérons ainsi de renforcer la Communication pour le Changement de Comportement, l'amélioration de suivi et contrôle, et la pratique de counselling.

Mots clés : Hormone, contraceptif, voie orale, plaquette, spotting
Directeur de thèse : Professeur RATOVO Fortunat
Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal
Adresse de l'Auteur : Lot AN 176 Ambohipanja Ankadikely Tana (103)