

ANDRIANTSILAIZINA Harijaona

LES ACTIVITES DU PLANNING FAMILIAL AU CENTRE
DE SANTE DE BASE NIVEAU II (CSBII) D'ANDOHALO
DURANT LES ANNEES 1999 - 2000

Thèse de Doctorat en Médecine

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE : 2002

N°6329

LES ACTIVITES DU PLANNING FAMILIAL AU CENTRE
DE SANTE DE BASE NIVEAU II (CSB II) D'ANDOHALO
DURANT LES ANNEES 1999-2000

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 05 septembre 2002

A Antananarivo

Par

Monsieur ANDRIANTSILAIZINA Harijaona

Né le 29 mai 1970 à Toamasina

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE (Diplôme d'Etat)

MEMBRES DU JURY

Président : Professeur RATOVO Fortunat

Juges : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

Professeur RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

Rapporteur : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE
Année universitaire 2001-2002

I- DIRECTION

A. DOYEN:

M. RAJAONARIVELO Paul

B. VICE-DOYEN

- | | |
|--|--|
| - Administration et Finances | M. RAMAKAVELO Maurice Philippe |
| - Appui à la Recherche et Formation Continue Alain Fahafahantsoa | M. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba M. RAPELANORO RABENJA |
| - Relations Internationales | M. RAKOTOBE Pascal |
| - Relations avec les Institutions et Partenariat | M. RASAMINDRAKOTROKA Andry |
| - Ressources Humaines et Pédagogie | M. RAMAKAVELO Maurice Philippe |
| - Scolarité et Appui à la Pédagogie | M. RAKOTOARIMANANA Denis Roland M. RANAIVOZANANY Andrianady |
| - Troisième cycle long, Enseignement post-universitaire, CAMES et Titularisation Fahafahantsoa | M. RABENATOANDRO Rakotomanantsoa M. RAPELANORO RABENJA |

C. CHEF DE DEPARTEMENT

- | | |
|------------------------------------|---|
| - Biologie | M. RASAMINDRAKOTROKA Andry |
| - Chirurgie | M. RANAIVOZANANY Andrianady |
| - Médecine | M. RAJAONA Hyacinthe |
| - Mère et Enfant | M. RAKOTOARIMANANA Denis Roland |
| - Santé Publique | M. RAKOTOMANGA Samuel |
| - Sciences Fondamentales et Mixtes | M. RANDRIAMIARANA Joël |
| - Tête et cou | Mme ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette |

II- PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE:

M. RAJAONARIVELO Paul

III- COLLEGE DES ENSEIGNANTS:

A- PRESIDENT:

Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

B- ENSEIGNANTS PERMANENTS

1) PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie

Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie Thoracique

Pr. RANAIVOZANANY Andrianady

- Clinique chirurgicale et disciplines apparentées

Pr. RAMONJA Jean Marie

- Traumatologie

Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme

- Urgences Chirurgicales

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALEITES MEDICALES

- Endocrinologie et métabolisme

Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

- Médecine Interne

- Médecine Légale

Pr. SOAVELO Pascal

- Neuropsychiatrie

Pr. ANDRIAMBAO Damasy Seth

- Pneumologie-Phtisiologie

Pr. ANDRIANARISOA Ange

- Néphrologie

Pr. RAJAONARIVELO Paul

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie et Génétique Médicale

- Pédiatrie et Puériculture, Infectieuse

- Pédiatrie néonatale

Pr. RANDRIANASOLO Olivier

DEPARTMENT SANTE PUBLIQUE

- Education pour la Santé

Pr. ANDRIAMANALINA Nirina

- Santé communautaire

Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné

- Santé Publique, Hygiène

- Santé Publique

Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA

Justin

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA

RAHANTALALAO Henriette

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anatomie et Organogenese Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel
- Anatomie Pathologique Pr. FIDISON Augustin
- Anesthesie-Réanimation Pr. RANDRIAMIARANA Joël
Pr. RAMIALIHARISOA Angeline

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Stomatologie Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale Pr. RAKOTOBE Pascal
- Ophtalmologie Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO
Violette
- ORL et Chirurgie Cervico-faciale Pr. RABENATOANDRO Casimir

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
- Néphrologie Pr. RABENATOANDRO Rakotomanantsoa
- Neurologie Pr. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba Alain

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO
Noéline

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Médecine du travail Pr. RAHARIJAONA Vincent
- Santé publique Pr. ANDRIAMAHEFAZAFY Barrysson
Pr. ANDRIANASOLO Roger
Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Ophtalmologie Pr. BERNARDIN Prisca Lala

3) MAITRES DE CONFERENCES:

DEPARTEMENT MERE-ENFANT

- Obstétrique M. RAZAKAMANIRAKA Joseph

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé publique M. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Hématologie
- Physiologie

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Ophtamologie

Mme RASIKINDRAHONA Erline

C- ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

PROFESSEURS EMERITES

| | |
|---------------------------------|---|
| Pr. RATOVO Fortunat | Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Suzanne U. |
| Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur | Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé |
| Pr. RANDRIAMAPANDRY | Pr. RAZANAMPARANY Marcel |
| Pr. RANDRIAMBOLOLONA Aimé | Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre |
| Pr. RAKOTOMANGA Robert | Pr. RAHAROLAHY Dhels |
| Pr. MANAMBELONA Justin | Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa |
| Pr. ZAFY Albert | Pr. RABARIOELINA Lala |
| Pr. ANDRIANJATOVO Joseph | Pr. SCHAFFNER RAZAFINDRAHABA Marthe |
| Pr. KAPISY Jules Flaubert | Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand |
| Pr. RAZAKASOA Armand Emilie | Pr. RADESA François de Sales |
| Pr. RANDRIANARIVO | Pr. RATSIVALAKA Razafy |
| Pr. RABETALIANA Désiré | Pr. Pierre AUBRY |
| Pr. RAKOTOMANGA Samuel | Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery Honoré Blaise |
| Pr. RAJAONA Hyacinthe | Pr. RAKOTOZAFY Georges |
| Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe | Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland |

D- IN MEMORIAM

| | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Pr. RAJAONERA Richard | Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide |
| Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson | Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël |
| Pr. RAJAONERA Frédéric | Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin |
| Pr. ANDRIAMASOMANANA Velson | Pr. RAMANANIRINA Clarisse |
| Pr. RAKOTOSON Lucette | Pr. RALATOARITSIMBA Zhouder |
| Pr. ANDRIANJATOVO Jeannette | Pr. RAINIVOALISON Denys |
| Pr. RAMAROKOTO Razafindramboa | Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana |
| Pr. RAKOTOBE Alfred | Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme |
| Pr. RAVELOJAONA Hubert | Dr. RAKOTONANAHARY |
| Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel | Pr. RAKOTONIAINA Patrice |
| Dr. RABEDASY Henri | Pr. RANDRIANARISOLO Raymond |
| Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard | Pr. MAHAZOASY Ernest |
| Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Albert | Pr. RAZAFINTSALAMA Charles |

IV- ADMINISTRATION

A- SECRETAIRE PRINCIPAL

Mme RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

B- CHEFS DE SERVICES:

- | | |
|--|--|
| 1. ADMINISTRATION ET FINANCES | M. RANDRIARIMANGA Henri |
| 2. APPUI A LA RECHERCHE ET FORMATION CONTINUE | M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin |
| 3. RELATIONS AVEC LES INSTITUTIONS | M. RAMARISON Elysée |
| 4. RESSOURCES HUMAINES | Mme RAKOTOARIVELO Harimalala F. |
| 5. SCOLARITE ET APPUI A LA PEDAGOGIE | Mme RAZANAJAONA Mariette |
| 6. TROISIEME CYCLE LONG | M. RANDRIANJAFIARIMANANA Charles Bruno |

DEDICACES

Je dédie cette thèse,

A NOTRE SEIGNEUR ETERNEL

« *Je n'ai de bonheur que près de Toi.* » *Psaumes 16.2*

A mes parents,

Pour tous vos nobles sacrifices et votre dévouement envers nous, vos enfants.

En témoignage de votre soutien et votre encouragement durant mes années d'études.

Mes sincères remerciements et ma preuve d'amour.

A mes frères et sœur,

Que cette œuvre vous serve d'exemple et de courage, de persévérance, d'endurance dans votre vie.

A mon amie,

Tes soutiens me sont chers dans l'élaboration de cette thèse.

Mes plus vifs remerciements et ma plus précieuse affection.

A toute ma famille,

Que Dieu bénisse notre famille.

A tous les amis de la faculté,

Pour les moments inoubliables que nous avons passé ensemble.

A toutes les personnes de bonne volonté qui m'ont aidé de près ou de loin,

Mes profonds remerciements.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Docteur RATOVO Fortunat,

- Professeur Emérite de Maladies Infectieuses Tropicales à la faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Ancien Chef de Service des Maladies Infectieuses et Parasitaires de Hôpital de Befelatanana.

Vous nous avez fait un grand honneur de bien vouloir accepter et d'assurer la présidence de cette thèse malgré vos multiples obligations.

Notre profond respect et nos sincères remerciements.

A NOS MAITRES ET JUGES

Monsieur le Docteur RAMAKAVELO Maurice Philippe,

- Professeur Emérite d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Santé Publique à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Vice-Doyen responsable de la Pédagogie.

Monsieur le Docteur RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

- Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Stomatologie à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Chef de Service du Centre de Stomatologie d'Antananarivo.

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir juger notre travail malgré vos multiples responsabilités.

Veillez trouver dans la présente l'assurance de nos sincères reconnaissances et de nos respects.

A NOTRE RAPPORTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

- Diplômé de pathologie tropicale de la faculté de TOURS
- Gynécologue – obstétricien

Vous nous avez aidé et dirigé dans l'élaboration de ce travail malgré vos diverses occupations.

Votre accueil chaleureux nous va droit au cœur.

Veillez recevoir notre respectueuse reconnaissance et nos vifs remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE

Monsieur le professeur RAJAONARIVELO Paul

Nous vous sommes très reconnaissant de vos honorables efforts dans l'amélioration permanente de la qualité de l'Enseignement à la Faculté.

Veillez recevoir nos remerciements distingués.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE ET A TOUS LES MEDECINS DES HOPITAUX

A TOUS LES MEDECINS ET PERSONNELS DU SERVICE CSB II D'ANDOHALO, A
MEDECIN CHEF ET SES COLLABORATEURS

A TOUT LE PERSONNEL DE L'ADMINISTRATION DE LA FACULTE

A TOUS CEUX QUI ONT, DE PRES OU DE LOIN, CONTRIBUE A L'ELABORATION DE
CETTE THESE

Nos vifs remerciements.

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE | |
| 1. RAPPELS ANATOMO – PHYSIOLOGIQUES SUR LA REPRODUCTION HUMAINE | 3 |
| 1.1 Reproduction chez l’homme | 3 |
| 1.2 Reproduction chez la femme | 3 |
| 2. QUELQUES DEFINITIONS | 8 |
| 2.1 La Planification Familiale | 8 |
| 2.2 La contraception | 10 |
| 2.3 La limitation des naissances | 10 |
| 2.4 L’espace des naissances | 10 |
| 3. GENERALITES SUR LE PLANNING FAMILIAL | 10 |
| 3.1 Historique..... | 10 |
| 3.2 Les Organismes en faveur du Planning Familial | 12 |
| 3.3 Les Objectifs | 15 |
| 4. LES CRITERES DE QUALITE DES METHODES CONTRACEPTIVES | 16 |
| 5. LES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES..... | 17 |
| 5.1 Méthodes naturelles | 17 |
| 5.2 Méthodes modernes | 19 |
| DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE PROPREMENT DITE | |
| 1. OBJECTIFS DE L’ETUDE | 29 |
| 2. CADRE D’ETUDE | 29 |
| Historique | 29 |
| Situation géographique | 32 |
| Système de gestion en matière de planification familiale | 41 |
| Les méthodes disponibles | 41 |
| 3. METHODOLOGIE | 41 |
| 3.1 Matériels d’étude..... | 42 |
| 3.2 Méthode d’étude..... | 44 |
| 4. RESULTATS | |

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET
SUGGESTIONS

| | |
|--------------------------------------|----|
| | 67 |
| 1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS | 76 |
| 2. SUGGESTIONS | 78 |
| CONCLUSION | |

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau N° 01 : Répartition des nouvelles utilisatrices par méthode contraceptive par an | 44 |
| Tableau N° 02 : Répartition selon l'âge et les méthodes contraceptives | 45 |
| Tableau N° 03 : Répartition selon le nombre d'enfants vivants et les méthodes contraceptives | 46 |
| Tableau N° 04 : Répartition selon le niveau d'instruction et les méthodes contraceptives | 47 |
| Tableau N° 05 : Répartition selon la situation matrimoniale et les méthodes contraceptives..... | 48 |
| Tableau N° 06 : Répartition selon l'âge de la mère et le nombre d'enfants vivants.. | 49 |
| Tableau N° 07 : Répartition selon le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants | 50 |
| Tableau N° 08 : Répartition selon la situation matrimoniale et le nombre d'enfants vivants | 51 |
| Tableau N° 09 : Répartition selon le nombre d'enfants vivants et le motif de contraception | 52 |
| Tableau N° 10 : Répartition selon les méthodes contraceptives et le motif de contraception | 53 |
| Tableau N° 11 : Répartition selon les méthodes contraceptives et le lieu de résidence..... | 54 |
| Tableau N° 12 : Répartition selon l'âge de la mère et le lieu de résidence | 55 |
| Tableau N° 13 : Répartition selon le suivi | 56 |
| Tableau N° 14 : Répartition selon l'abandon et les méthodes contraceptives | 57 |
| Tableau N° 15 : Abandons par âge | 58 |
| Tableau N° 16 : Répartition d'abandons par niveau d'instruction | 59 |
| Tableau N° 17 : Répartition d'abandons selon le motif de contraception | 60 |
| Tableau N° 18 : Répartition annuelle d'abandons selon les méthodes contraceptives..... | 61 |
| Tableau N° 19 : Répartition selon le changement de méthodes | 62 |

| | |
|---|----|
| Tableau N° 20 : Répartition selon la réussite de la source d'information | 63 |
| Tableau N° 21 : Répartition de l'approvisionnement et de la consommation en 1999 | 64 |
| Tableau N° 22 : Répartition de l'approvisionnement et de la consommation en 2000 | 65 |
| Tableau N° 23 : Répartition annuelle des utilisatrices régulières par méthodes contraceptives..... | 66 |

LISTE DES FIGURES

| | | |
|----------------|---|----|
| Figure N° 01 : | Les différentes phases du cycle menstruel | 9 |
| Figure N° 02 : | Les phases d'observation de la modification de la glaire cervicale. | 20 |
| Figure N° 03 : | La règle de la méthode de température | 20 |
| Figure N° 04 : | Les Contraceptifs Oraux | 27 |
| Figure N° 05 : | Les Contraceptifs Injectables | 27 |
| Figure N° 06 : | Le local du CSB II d'Andohalo | 31 |
| Figure N° 07 : | Le circuit d'information relative au Planning Familial..... | 40 |
| Figure N° 08 : | Les nouvelles utilisatrices annuelles par méthode contraceptive ... | 44 |
| Figure N° 09 : | L'âge et les méthodes | 45 |
| Figure N° 10 : | Le nombre d'enfants vivants et les méthodes contraceptives | 46 |
| Figure N° 11 : | Le niveau d'instruction et les méthodes contraceptives..... | 47 |
| Figure N° 12 : | La situation matrimoniale et les méthodes utilisées | 48 |
| Figure N° 13 : | L'âge de la mère et le nombre d'enfants vivants | 49 |
| Figure N° 14 : | Le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants des utilisatrices | 50 |
| Figure N° 15 : | La situation matrimoniale et le nombre d'enfants vivants | 51 |
| Figure N° 16 : | Le nombre d'enfants vivants et le motif de contraception..... | 52 |
| Figure N° 17 : | Les méthodes contraceptives et le motif de contraception..... | 53 |
| Figure N° 18 : | Les méthodes contraceptives et le lieu de résidence | 54 |
| Figure N° 19 : | L'âge et le lieu de résidence des clientes | 55 |
| Figure N° 20 : | Le taux de suivi des clientes | 56 |
| Figure N° 21 : | L'abandon et les méthodes contraceptives des clientes | 57 |
| Figure N° 22 : | Abandons par âge des clientes | 58 |
| Figure N° 23 : | Abandons par niveau d'instruction | 59 |
| Figure N° 24 : | Abandon et motif de contraception | 60 |
| Figure N° 25 : | Fréquence annuelle d'abandons et les méthodes contraceptives des utilisatrices | 61 |
| Figure N° 26 : | Le changement des méthodes | 62 |
| Figure N° 27 : | La réussite de la source d'information | 63 |
| Figure N° 28 : | L'approvisionnement et la consommation en 1999 | 64 |
| Figure N° 29 : | L'approvisionnement et la consommation en 2000 | 65 |
| Figure N° 30 : | Fréquence annuelle des utilisatrices régulières | 66 |

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

| | |
|-------------|--|
| APPROPOP/PF | : Appui au Programme de la Population / Planification Familiale |
| AMIFI | : Ankohonana Mirindra Finaritra |
| BAR | : Méthode Barrière |
| CCC | : Communication pour le Changement de Comportement |
| CI | : Contraceptifs Injectables |
| CO | : Contraceptifs Oraux |
| COC | : Contraceptifs Oraux Combinés |
| CSB II | : Centre de Santé de Base niveau II |
| CSMI | : Centre de Santé Maternelle et Infantile |
| CUA | : Commune Urbaine d'Antananarivo |
| DIRDS | : Direction Interrégionale de la Santé |
| DIU | : Dispositif Intra-Utérin |
| FIDAF | : Fédération Internationale d'Action Familiale |
| FISA | : Fianakaviana Sambatra |
| FNI | : Fonds National d'Investissement |
| FNUAP | : Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de la population |
| FSH | : Hormone Folliculo-Stimulante |
| FTK | : Fivondronan'ny Tokantrano Kristiana |
| HTA | : Hypertension Arterielle |
| IP | : Indice de PEARL |
| IPPF | : Fédération Internationale pour la Planification Familiale |
| ISF | : Indice Synthétique de Fécondité |
| IST | : Infection Sexuellement Transmissible |
| JIRAMA | : Jiro sy Rano Malagasy |
| LH | : Hormone Lutéinisante |
| MIN SAN | : Ministère de la Santé |
| MSR | : Maternité Sans Risque |
| MSSF | : Ministère pour le Salut et le Service de la Famille |
| NU | : Nouvelles Utilisatrices |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| PEV | : Programme Elargi de la Vaccination |
| PF | : Planning Familial ou Planification Familiale |

| | |
|----------|---|
| PFN | : Planification Familiale Naturelle |
| PMI | : Protection Maternelle et Infantile |
| PP | : Pilules Progestatives |
| SMI | : Santé Maternelle et Infantile |
| SMI / EG | : Santé Maternelle Infantile / Espacement de Grossesse |
| SOLIMA | : Solitary Malagasy |
| SSD | : Service de Santé de District |
| SSDAR | : Service de Santé de District d'Antananarivo Renivohitra |
| TV | : Toucher Vaginal |
| UNICEF | : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| USAID | : Agence Américaine pour le Développement International |

LISTE DES SCHEMAS

| | | |
|----------------|---|----|
| Schéma N° 01 : | Appareil reproducteur masculin | 4 |
| Schéma N° 02 : | Les organes génitaux externes féminins..... | 6 |
| Schéma N° 03 : | Les organes pelviens féminins..... | 6 |
| Schéma N° 04 : | Préservatif masculin à poche, enroulé et déroulé | 22 |
| Schéma N° 05 : | Préservatif masculin sans poche, enroulé et déroulé | 22 |
| Schéma N° 06 : | Diaphragme type | 23 |
| Schéma N° 07 : | Cape vimule | 23 |
| Schéma N° 08 : | Cape en voûte | 23 |
| Schéma N° 09 : | Eponge vaginale | 23 |
| Schéma N° 10 : | DIU T en cuivre | 25 |
| Schéma N° 11 : | DIU Multiload | 25 |
| Schéma N° 12 : | DIU en boucle de Lippes | 25 |

INTRODUCTION

Les deux grandes guerres mondiales au début et à la veille du XXème siècle ont fait, outre les dégâts économiques, de nombreuses pertes de vie humaines. On assiste à la diminution notable de la main d'œuvre dans les domaines industriels.

Les pays industrialisés et les nations colonies ont dû envisager un accroissement rapide de la population pour compenser ces pertes de vie, les effets de l'industrialisation dans la production mondiale favorisent cet accroissement.

Vers la moitié du Xxème siècle, l'accroissement démographique non-maîtrisé a abouti au-delà du résultat escompté et le monde est confronté à de nouveaux problèmes : le chômage, la pauvreté, le développement de la délinquance et du banditisme dans la société. De plus, l'expansion de l'urbanisation a aggravé ces problèmes en suscitant l'exode rural source également de l'explosion démographique urbaine qui ne peut pas être isolées de toutes ces difficultés.

Les tensions sociales deviennent de plus en plus accentuées dans de nombreux pays. (1)

Concernant particulièrement Madagascar, l'évolution de la population est très rapide : en 1960, on enregistre 5,6 millions d'habitants ; en 1970 la population atteignait 6,8 millions, elle monte à 12,2 millions en 1993, 14,7 millions en 1999, et serait à 34,4 millions d'habitants en 2025.

Le taux d'accroissement de la population passait de 2,6% en 1960 à 3,2% en 1990, il descend à 3% en 2000. (2)

Pour alléger les problèmes qui ne restent plus imminents causés par cette tendance à la surpopulation, la politique malgache sur la population a été adoptée en 1990. Elle consiste surtout à la réduction de la fécondité féminine en se référant sur l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) qui est le nombre moyen d'enfants auxquels une femme donnera naissance (3). Cet indice reste ou sillonne en moyenne autour de 6,1 enfants par femme depuis 1993 jusqu'en 1997. L'objectif fixé est donc de réduire l'ISF de 6,1 à 4 enfants par femme en 2000 pour maintenir le nombre de la population à moins de 30 millions et d'augmenter l'espérance de vie d'une femme à 62 ans en 2025. (4)(5)

Certes, on ne pourrait pas sous-estimer les valeurs et le concept malgaches sur « l'enfant » : « enfant-richesse », mais l'on est obligé de passer à un virage pour le mieux-être de la famille. Ne serait-il pas préférable de considérer les enfants comme une richesse dans une optique sentimentale ? Alors que, économiquement, avoir beaucoup d'enfants constitue une lourde charge familiale.

Autrement dit, la politique nationale malgache sur la population est de maîtriser l'accroissement démographique correspondant à la réalisation des projets économiques et sociaux du pays.

Le seul moyen d'y parvenir c'est d'appliquer le Planning Familial (PF), en tant que composante essentielle du développement, déjà mis en place dans beaucoup de pays dans le monde. Un moyen qui améliorerait le cadre de vie des familles malgaches .

Aussi, nous voulons apporter notre contribution à ce sujet en choisissant d'étudier « LES ACTIVITES DU PLANNING FAMILIAL AU CENTRE DE SANTE DE BASE NIVEAU II D'ANDOHALO »

Notre travail est divisé en trois parties :

La première partie essaie de rapporter la revue de la littérature sur le Planning familial. La deuxième partie est réservée à l'étude proprement dite des activités avec les résultats obtenus. Enfin, la troisième partie évoque les commentaires, les discussions et les suggestions.

Une conclusion générale terminera ce travail.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

1. RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES SUR LA REPRODUCTION HUMAINE

Avant d'aborder le vif du sujet, nous aimerons faire des brefs rappels anatomo-physiologiques à propos de la reproduction humaine chez l'homme et chez la femme.

1.1 La reproduction chez l'homme (6)

Ce mécanisme naturel est assuré par l'ensemble des organes ayant chacun leur propre fonction.

Les organes de l'appareil reproducteur masculin sont :

- Le pénis qui est un tissu érectile jouant le rôle d'intromission lors du rapport sexuel (coït ou copulation).
- Les testicules se logeant dans le scrotum qui est une enveloppe de protection. Ils sont au nombre pair et assurent la spermatogenèse et la sécrétion de l'hormone mâle : la testostérone, responsable du développement des caractères sexuels mâles secondaires.
- Les tubes séminifères dans les testicules produisent la formation des spermatozoïdes. Ainsi formés, ces derniers baignent dans le liquide du sperme et se migrent par la suite vers l'épididyme à l'aide d'une série de canaux efférents, là où ils sont stockés et arrivent à leur maturation
- Les glandes accessoires (prostate, vésicule séminale, glande bulbo-urétrale) participant à l'élaboration du sperme qui est un produit de l'éjaculation.
- L'urètre pénien joue à la fois le rôle de conduit urinaire et le rôle de conduit éjaculateur, s'ouvre à l'extérieur par un orifice et par un autre orifice ou le méat urinaire.

Notons que lors d'une éjaculation, on compte environ 200 à 500 millions de spermatozoïdes, avec les autres substances des liquides de sécrétion glandulaire.

1.2 La reproduction chez la femme (6)(7)(8)

1.2.1 Description du système reproductif de la femme

1.2.1.1 Les organes génitaux externes (6)

a) La vulve : elle comprend

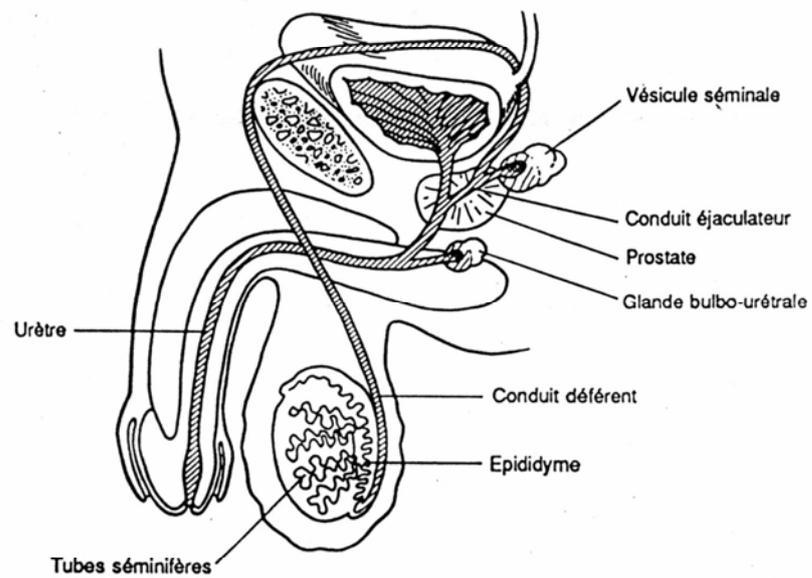


Schéma n° 01 : L'appareil reproducteur masculin

Source : KENT M. VAN DE GRAFF. Anatomie et Physiologie Humaines, 1989. (6)

Le pénil ou mont de vénus

Les grandes lèvres avec les glandes sébacées et sudoripares

Les petites lèvres ou nymphes avec les glandes de BARTHOLIN et les glandes sébacées.

b) Le vestibule : C'est une dépression médiane de la vulve au fond de laquelle s'ouvrent l'urètre et le vagin, latéralement limité par la face interne des petites lèvres.

1.2.1.2 Les organes génitaux internes

a) Le vagin : C'est un conduit entouré en partie par les muscles, sis entre la vessie et le rectum.

b) L'utérus : C'est l'organe de la nidation et c'est un muscle triangulaire creux, sis en arrière du pubis. Il est tapissé à l'intérieur par la muqueuse endométrite ou endomètre.

c) Les trompes : Ce sont des voies de conduction de l'ovule (de l'ovaire vers l'utérus). Leurs portions terminales sont évasées et coiffent les ovaires. Ce sont des pavillons.

d) Les ovaires : Ils sont formés par deux glandes situées latéralement sous chaque pavillon. Leurs rôles sont :

La production de gamètes femelles ou ovules. A la naissance, les ovaires ont une réserve de 400 000 follicules et seuls 250 à 300 000 arrivent à maturation pendant la période d'activité génitale.

La sécrétion des hormones femelles : les oestrogènes et la progestérone.

Les trompes et les ovaires constituent les organes annexes.

.

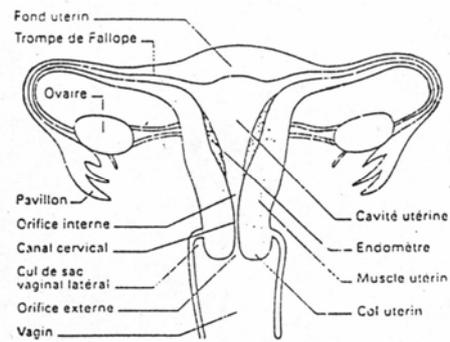


Schéma n° 02 : Les organes génitaux féminins externes

Source : KENT M. VAN DE GRAFF. Anatomie et Physiologie Humaines, 1989. (6)

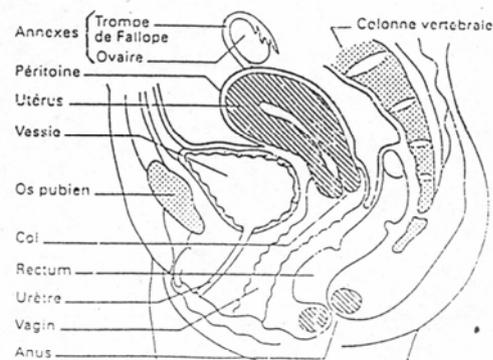


Schéma n° 03 : Les organes pelviens féminins internes

Source : KENT M. VAN DE GRAFF. Anatomie et Physiologie Humaines, 1989. (6)

1.2.2 Le cycle menstruel chez une femme (7)(8)

La physiologie génitale de la femme possède un caractère fondamental depuis la puberté (12 à 13 ans) jusqu'à sa ménopause (à la cinquantaine). Elle est dirigée par une commande centrale plus précisément par l'axe hypothalamo-hypophysaire.

Le cycle menstruel est la période allant du premier jour des règles à la veille du premier jour des règles suivantes et dure en moyenne 28 jours.

Trois phases distinctes caractérisent le cycle menstruel :

- La phase folliculaire ou pré-ovulaire

Les hormones hypophysaires (FSH et LH) assurent la croissance et la maturation de ces follicules ovariens. Le LH secrété massivement par l'hypophyse va atteindre son pic pré-ovulatoire. Cette hormone est indispensable à la libération de l'ovule, survenant de 16 à 32 heures après le pic par le follicule mûr de GRAAF.

Aux environs de 7 à 8 jours avant ce pic pré-ovulaire, la sécrétion ovarienne des oestrogènes va augmenter progressivement pour atteindre ensuite son taux maximal ; cela se fait habituellement le jour même du pic de LH.

Sous l'effet des oestrogènes, l'endomètre subit une modification structurale et va s'épaissir progressivement. Les glandes tubulaires endométriales se développent.

Au niveau du col, la vascularisation cervicale augmente petit à petit, l'œdème apparaît à ce niveau, d'où la congestion du col.

Au niveau du vagin commence la kératinisation de nombreuses cellules épithéliales et malpighiennes.

- La phase ovulatoire

Le taux de la progestérone commence à croître juste avant le pic de LH. La libération rapide de LH entraîne alors la maturation finale de follicule et déclenche l'ovulation. Il y a une transformation du follicule en corps jaune. Le pic LH dure parfois 36 à 48 heures.

La concentration de la progestérone poursuit une courbe ascendante tandis que celles des oestrogènes et du LH vont chuter lentement. Les glaires cervicales sont secrétées abondamment, leur élasticité ou leur filance croît en même temps.

- La phase lutéale ou post-ovulaire

Elle dure en moyenne 14 jours en l'absence d'une fécondation et s'achève avec la survenue des règles.

Après l'ovulation, le corps aussi bien formé va sécréter une quantité croissante de progestérone ; sous l'influence de cette hormone, l'endomètre se transforme, les glandes ont un aspect spiralé en dents de scie, elles deviennent sécrétrices.

Le stroma est beaucoup vascularisé, la glaire perd son élasticité, elle s'épaissit pour devenir moins aqueuse. La température basale du corps s'élève de 1° à 5° Centigrade.

Pendant la phase tardive, lorsque le taux de progestérone chute en même temps que celui des oestrogènes, le stroma devient de plus en plus œdémateux, l'endomètre se nécrose et les vaisseaux se fragilisent, d'où l'apparition des hémorragies génitales. C'est le phénomène de la menstruation ou les règles génitales.

1.2.3 La fécondation chez la femme (8)

L'ovule ou l'ovocyte qui est libéré à la période de l'œstrus ou ovulation va se loger au niveau du tiers externe de la trompe. Cet ovule est prêt à être fécondé 12 à 14 heures.

Le col bien préparé par les hormones permet l'ascension des spermatozoïdes vers l'ovule.

La rencontre d'un ovule avec un spermatozoïde pour former un œuf définit la fécondation. L'œuf fécondé va s'implanter au niveau de l'utérus et c'est la nidation de l'œuf.

Après la nidation, l'œuf va se développer dans l'utérus pendant plusieurs mois (9 mois) pour donner un fœtus. C'est la grossesse. La femme est alors dans un état d'aménorrhée.

2. QUELQUES DEFINITIONS (9)(10)

2.1 Le Planning Familial (PF) ou Planification Familiale

Selon le Professeur RAMAKAVELO, c'est l'ensemble des techniques médico-sociales qui permet :

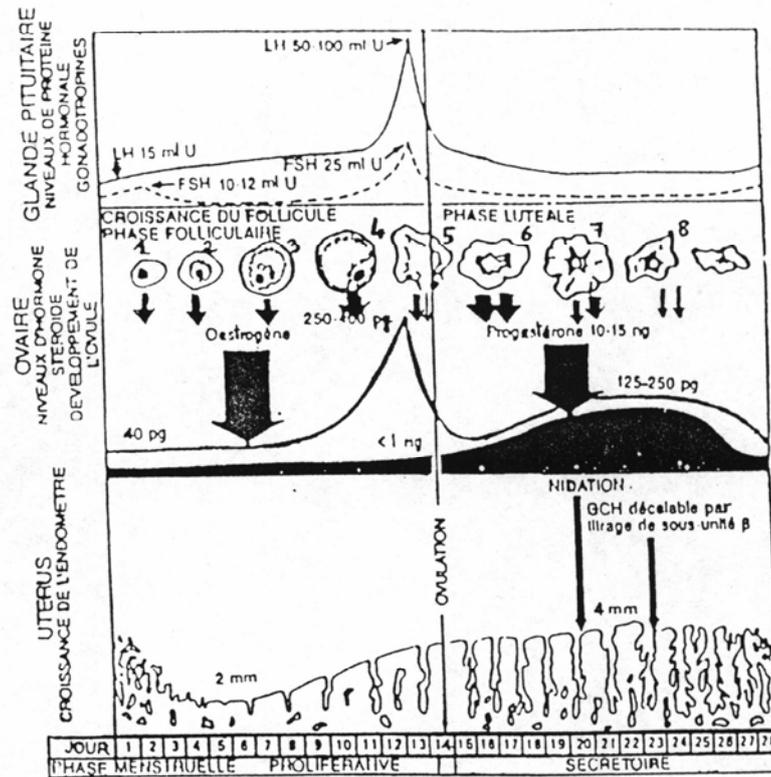


Figure n° 01 : Les différentes phases du cycle menstruel

Source : Manuel MERCK de Diagnostic et Thérapeutique, 1988. (8)

- L'espace et la régulation des naissances pour protéger la santé de la mère et de l'enfant d'une part et d'autre part pour offrir plus de chance d'un niveau décent de vie à la famille.
- La réduction de la morbidité et de mortalité infantile ainsi que de la morbidité et de la mortalité maternelle pour donner une valeur nettement positive à la natalité.
- La lutte contre la stérilité pour les couples qui rencontrent des difficultés dans ce domaine.
- L'épanouissement de la vie sexuelle est une éducation appropriée.

L'OMS le définit comme étant « une manière de penser et de vivre » que les individus et les couples adoptent de leur propre volonté, en se basant sur des connaissances précises, des attitudes et des décisions réfléchies, afin d'améliorer l'état de santé et le bien-être du groupe familial et par conséquent, de contribuer efficacement au développement social du pays. »

2.2 La contraception

C'est la méthode visant à éviter de façon réversible et temporaire la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ; s'il y a fécondation, empêcher la nidation d'un ovule fécondé.

2.3 Limitation des naissances

C'est l'utilisation des moyens contraceptifs sur une grande échelle incluant l'avortement et la légalisation en vue de limiter le taux de croissance de la population.

2.4 Espace des naissances

C'est l'échelonnement de la grossesse en employant une méthode contraceptive quelconque pour la promotion de la santé de la mère et de l'enfant.

3. GENERALITES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

3.1 Historique (11) (12)

A Madagascar, avant 1972, comme dans les pays africains subsahariens, le concept de la planification familiale est diversement interprété : le sens de la limitation des naissances domine largement l'opinion et déclenche, avec les réactions différentes, une attitude d'appréhension tant dans les milieux gouvernementaux que confessionnels.

Les mesures visant l'amélioration de la santé de la mère et le bien-être de la famille par le biais de l'éducation et l'espacement de la grossesse étaient tolérées.

Suivant la propagation des idées à propos de la planification familiale, l'association « FIANAKAVIANA SAMBATRA » ou FISA (famille heureuse) a été fondée en 1967 pour mener un programme de régulation de naissance à la demande des couples.

Depuis 1972, l'année de changement de la vie politique et socio-économique du pays, ainsi que l'existence du ministère des affaires sociales et de la direction de la population, la compréhension de la planification familiale a atteint une plus large audience et une plus large activité.

L'année 1974, année mondiale de la population à laquelle Madagascar a pleinement participé, a permis de mettre à jour et de diffuser des notions plus élaborées et plus concrètes sur le Planning familial. Le thème « *Zaza be aizana voakarakara, fahasambarana ho an'i Gasikara.* » (Enfants bien élevés et naissances suffisamment espacées feront le bonheur de Madagascar.)

En 1975, les travaux de séminaire National de la femme tenu à Mahajanga, dans le cadre de l'année internationale de la femme, ont mis l'accent sur l'importance des problèmes de la santé publique liés à la morbidité et la mortalité maternelle et infantile dues : aux grossesses trop rapprochées, à l'insuffisance de l'information et de l'éducation en matière de procréation.

Entre 1976 et 1980, l'espacement de la grossesse est considéré pour la première fois dans les programmes de santé maternelle et infantile (S.M.I)

L'éducation à la vie familiale est également introduite dans les programmes de l'enseignement scolaire.

A partir de 1984, le gouvernement malagasy a participé pleinement aux programmes de santé maternelle et infantile : espacement de grossesse (SMI /EG) visant l'intérêt de la mère et de l'enfant. Dans ce cadre plusieurs projets sont mis en œuvre dans notre pays tels que :

Le projet MAG/84/PO2 : renforcement des activités de santé et de l'éducation familiale de la FISA.

Le projet MAG/85/PO3 : renforcement des programmes de santé maternelle et infantile fondés sur l'approche de risque.

Le projet MAG/91/PO3 : renforcement de la formation des prestataires de soins en vue d'améliorer la quantité de service qu'ils offrent aux populations cibles. Les principaux responsables de services sont les plus concernés.

Le projet MAG/93/PO4 : expansion de la SMI/PF à Madagascar.

Le projet MAG/97/PO4 : appui aux activités du département de santé de l'Eglise luthérienne.

3.2 Les organismes en faveur du Planning familial à Madagascar

(13) (14) (15) (16)

De nombreux organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux oeuvrent à l'amélioration de la vie qualitative de la vie familiale malgache.

a) Les organismes non gouvernementaux (ONG)

- *Fianakaviana Sambatra (FISA)*

Une association reconnue en 1967 avec 85 Centres repartis dans tout Madagascar, elle fut affiliée à la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) en 1971. Elle intervient dans les services médicaux militaires et universitaires.

- *Les organismes confessionnels :*

Ces organismes ont la particularité de ne pratiquer que la Planification Familiale Naturelle (PFN). Mais l'acceptation de cette méthode nécessite la participation active du couple.

- Fivondronan'ny Tokantrano Kristiana (FTK) ou Association des Ménages Chrétiens : une organisation privée pro-catholique reconnue officiellement en 1974, elle est affiliée à la fédération internationale de l'Action Familiale (FIDAF) en 1977. Elle conseille uniquement la pratique naturelle.

- Ministère pour le Salut et le Service de la Famille (MSSF) : un organisme protestant rattaché au département de Ligue pour la Lecture de la Bible. Ces œuvres débutent en 1986.

- Ankohonana Mirindra Finaritra (A.MI.FI.) ou Famille Equilibrée et Heureuse : un organisme au sein de l'église Anglicane Malgache, il est opérationnel en 1986, et a demandé son affiliation à la FIDAF.

- *Les médecins libres ou privés :*

Actuellement, de nombreux médecins libres contribuent à la bonne marche de la planification familiale à Madagascar.

Le coût des prestations médicales, le prix des médicaments, l'éventuel risque de pénurie sont pour autant de facteurs limitant l'accès à ces services.

- *Les centres de Planification Familiale dans la médecine du travail*

Ces centres bénéficient de l'aide de l'Agence américaine pour le développement internationale (USAID).

L'intégration des services de planification familiale au sein de la médecine du travail favorise la réussite des programmes de la planification familiale. Les travailleurs n'ont plus besoin de recourir aux services des centres extérieurs. On peut citer quelques-uns : ceux des banques du Fonds National d'Investissement (FNI), de la Solitary Malagasy (SOLIMA), Jiro sy Rano Malagasy (JIRAMA)

b) Les organismes gouvernementaux

Le service de Santé Maternelle et Infantile (SMI), une organisation gouvernementale, connue sous le nom de Protection Maternelle et Infantile (PMI), faisant partie du service d'éducation sanitaire et de la médecine sociale du ministère de santé.

De nos jours, les hôpitaux principaux et secondaires, ainsi que la plupart des Centres de Santé de Base (CSB), sont dotés de services spécialisés de PF.

Le nombre de ces centres de PF est passé de 147 en 1992 à 751 en 1997.

c) Les Coopérations Internationales

Beaucoup de pays et organisations internationaux nous aident largement dans le domaine de la PF.

En matière d'espacement des naissances, il existe une coopération avec les organisations chargées de l'exécution du système des Nations Unies et d'autres ONG. Citons-en quelques-unes qui participent aux activités de la PF à Madagascar :

- *Organisation Mondiale de la Santé (OMS)*

Elle forme une vaste organisation multidisciplinaire s'intéressant à tous les problèmes de santé publique. Son siège est à Genève, en Suisse.

- *Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)*

L'UNICEF s'occupe de tous les problèmes relatifs au bien-être de l'enfance. Il donne son appui à tout programme de la PF et collabore volontairement avec les gouvernements locaux et les autres ONG pour réaliser ce programme.

- *Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de la Population (FNUAP)*

Le FNUAP a été créé en 1969. son rôle varie considérablement en fonction du niveau de développement et la situation démographique de chaque pays. Ce rôle consiste à :

- Aider les gouvernements à comprendre les indices de tendances démographiques ou le développement économique et social ;
- Aider les gouvernements à formuler les politiques démographiques en prenant en considération tous les facteurs influant sur la fécondité ;
- Donner son appui aux programmes de PF, à la formation de personnels nécessaires tant pour la mise œuvre que pour l'évaluation des activités ;

- *Fédération Internationale d'Action Familiale (FIDAF)*

Son siège se trouve à Washington. Ces objectifs sont de :

Susciter, promouvoir et développer l'éducation conjugale et familiale en général, et en particulier, la régulation des naissances par approches naturelles basées sur les méthodes de connaissances et d'auto-observation.

Subventionner les recherches scientifiques sur le comportement sexuel et l'amélioration des différents moyens de régulation de naissance.

- *Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF)*

L'IPPF fut fondée à BOMBAY en 1952, son siège est à Londres. C'est une organisation regroupant les associations nationales indépendantes de la PF, sans but commercial, son objectif vise au progrès de l'éducation dans le domaine de la PF et de la parenté responsable afin de promouvoir le bien-être de la famille.

- *Agence pour le Développement International des Etats-Unis d'Amérique (USAID)*

L'USAID a apporté également son soutien à de nombreux programmes de PF en Afrique. Elle demeure une source majeure de produits de base pour bon nombre de pays. A Madagascar, il a le projet APPROPOP/PF (Appui au Projet de la Population) pour la mise en œuvre de la politique nationale de la population. Ce projet est financé par l'USAID.

Actuellement, notre pays poursuit sa politique sur la population, assisté par nombreux organismes internationaux de bonnes intentions dans l'intérêt de la protection de la santé maternelle et infantile voire la population toute entière.

3.3 Les objectifs de la Planification Familiale (3)(4)(17)

A Madagascar, généralement, les objectifs fixés concernant les programmes de la PF sont :

- ▀ L'augmentation jusqu'à 20% le taux de prévalence contraceptive en l'an 2000 ;
- ▀ La réduction du taux de grossesses non désirées surtout avant l'âge de 18 ans et après l'âge de 35 ans, mettant en péril la vie du jeune enfant, contribue à l'épanouissement maternel ;
- ▀ L'espacement de naissance à plus de 2ans ;
- ▀ La réduction en l'an 2000 :
 - L'ISF de 6.1 à 4 enfants par femme ;
 - La mortalité maternelle de 570 à 427 pour 100 000 naissances vivantes ;
 - La mortalité infantile de 91% à moins de 70% des naissances vivantes ;
- ▀ L'estimation du taux de natalité de 40,9 pour 1000 pour la période 1998-2003.

4. LES CRITERES DE QUALITE DES METHODES CONTRACEPTIVES (18)

Les méthodes contraceptives s'évaluent toujours au travers de 7 (sept) critères :

4.1 L'efficacité : c'est la mesure dans laquelle une méthode contraceptive est capable d'empêcher la survenue de la grossesse. Classiquement, elle se mesure par l'Indice de PEARL (IP) et se calcule par la formule suivante :

$$IP = \frac{G \times 1200}{N}$$

IP : Nombre de grossesses observées sur 100 femmes utilisant la méthode pendant 1an ; exprimé en pourcentage (%)

G : Nombre de grossesses accidentelles

1200 : représente 12 mois (1 an) pour 100 femmes

N : Nombre total de cycles d'observation

4.2 La sécurité : C'est la mesure dans laquelle une méthode contraceptive n'entraîne pas d'effets secondaires défavorables ou dangereux.

4.3 La Tolérance : C'est la mesure dans laquelle l'utilisatrice est satisfaite avec absence d'ennui et facilité d'emploi. Elle directement liée à la rareté d'effets secondaires inconfortables, quoique non dangereux pour la santé de l'utilisatrice.

4.4 L'acceptabilité : C'est le pourcentage de personnes qui désirent débiter la contraception et après avoir été informées sur une méthode, décident de l'utiliser.

4.5 La continuité : C'est le pourcentage des utilisatrices qui restent fidèles à la méthode après un temps donné (1 an ou 2 ans par exemple).

4.6 La réversibilité : Elle se définit par la rapidité du retour à une fécondité normale à l'arrêt de la méthode.

4.7 Le coût : C'est le prix de revient d'une méthode contraceptive pour une patiente suivie pendant un an. Ce coût doit être abordable par rapport à la durée de la protection et par rapport à l'infrastructure de services nécessaires pour une durée efficace valable.

5. LES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES

Les méthodes contraceptives constituent les techniques agissant sur la fonction ovulaire, sur la fécondation ou bien sur la nidation pour éviter la conception . On peut alors les classer en deux grands groupes :

5.1 Les méthodes naturelles (19)

Ce sont des méthodes de régulation des naissances ou de prévention de risque de grossesse. Elles ne nécessitent aucune intervention mécanique ou médicamenteuse, reposent sur l'observation des signes caractéristiques des périodes de fécondité ou d'infécondité du cycle menstruel féminin.

5.1.1 L'allaitement maternel (19)(20)(21)

C'est une méthode naturelle très facile à pratiquer, très efficace pour fournir à un nouveau-né une alimentation de haute qualité.

Cette méthode repose sur la constatation scientifique qu'une femme est inféconde et n'est que peu exposée à un risque de grossesse au cours des six premiers mois d'allaitement exclusif au sein.

Le phénomène de succion, au cours des tétées, stimule le réflexe neuro-endocrinien, entraîne ensuite une production de Prolactine qui empêche la synthèse des hormones FSH et LH, d'où blocage de l'ovulation.

Pour que l'allaitement maternel ait une action contraceptive, la femme doit remplir les conditions suivantes :

- Nourrir le bébé exclusivement au sein.
- Ne lui donner aucun aliment ni solide ni liquide à la place d'une tétée.
- Ne pas avoir un retour de couches.
- Etre dans les six premiers mois qui suivent l'accouchement.

L'efficacité de cette contraceptive dépend du respect de ces conditions.

5.1.2 Les méthodes de continence périodique

Ce sont les méthodes basées sur un comportement sexuel, c'est-à-dire une privation des rapports sexuels pendant les périodes favorables à la fécondation. Ces méthodes dépendent de la motivation du couple et de son aptitude à identifier la phase fertile au cours de chaque cycle menstruel.

5.1.2.1 La méthode de calendrier ou Abstinence périodique (OGINO-KNAUSS) (22)

Elle consiste à calculer les jours probables de la fécondité à partir des notes concernant les cycles précédents.

En effet, la durée de la phase lutéale du cycle est plus ou moins fixe (14 jours \pm 2 jours) tandis que celle de la phase folliculinaire est variable.

- Pour OGINO, il faut éviter les rapports sexuels 4 jours avant et 4 jours après la date probable de l'ovulation.

- Pour KNAUSS, il faut éviter les rapports sexuels 3 jours avant et 3 jours après la date probable de l'ovulation.

Deux obstacles peuvent mettre en cause cette méthode :

L'irrégularité des cycles rendant flou la prévision de l'ovulation ;

La possibilité d'ovulation déclenchée par les rapports sexuels en phase folliculinaire. (19)
(22)

5.1.2.2 Les méthodes de Glaière cervicale (BILLINGS) (19) (23)

Elle est basée sur l'auto observation et l'interprétation des changements cycliques de la glaière cervicale qui varie sous l'effet des Oestrogènes (modifications du volume, de la couleur, de la texture de la glaière).

Quand la glaière est fluide, la femme entre déjà dans la phase féconde de son cycle, le couple doit s'abstenir sexuellement à cette phase puis trois jours suivant le dernier de la glaière fluide (pic ovulaire).

5.1.2.3 La méthode de température basale du corps

Elle repose sur un changement de la température du corps. On détermine l'ovulation par une hausse de la température basale d'au moins de 0,2°C à 0,5°C pendant 3 jours successifs par rapport aux six dernières prises de températures (19) (24).

Cette méthode nécessite une prise quotidienne et matinale de température au repos et la rapporter avec soin sur un graphique.

5.1.2.4 La méthode combinée ou Sympto-thermique (19) (24)(25)

Cette méthode combine l'enregistrement des températures, l'observation de la glaière cervicale et les autres indices physiologiques de l'ovulation (tension mammaire, douleur hypogastrique au milieu du cycle, douleur abdominale, modification dans l'ouverture du col, ...).

L'abstinence sexuelle s'impose, pour éviter la grossesse, dès l'apparition de glaire jusqu'au troisième jour du plateau thermique élevée.

5.1.3 Les méthodes dites traditionnelles (26)

La douche vaginale, contrairement à ce que l'on peut imaginer, favorise même l'ascension des spermatozoïdes vers le mucus cervical.

5.1.3.1 Le Coït interrompu ou RETRAIT

Il consiste à retirer le pénis hors du vagin à l'éjaculation. Ce retrait exige une excellente maîtrise de la part de l'homme. Une éjaculation précoce contre-indique la pratique de cette méthode. Aussi, la succession des rapports sexuelles à courts intervalles risquent de chasser vers le col les spermatozoïdes restant dans l'urètre.

5.2. Les méthodes modernes

5.2.1 Les méthodes mécaniques (27) (28)

5.2.1.1. Les Barrières

a) Préservatif masculin ou Condom

C'est une enveloppe habituellement en latex qui recueillera le sperme lors de l'éjaculation. Le condom revêt le pénis en érection avant le début du rapport sexuel.

Il joue à la fois le rôle de protecteur contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et le rôle de contraceptif.

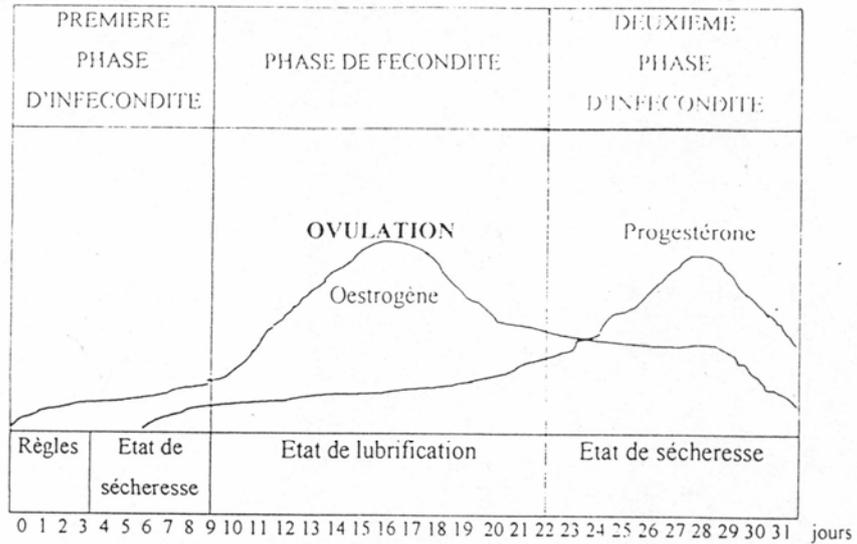


Figure N° 02 : Les phases d'observation de la modification de la glaire cervicale
 Source : OMS. Les méthodes naturelles de la PF. Guide pour la prestation de Service. Genève, 1997. (19)

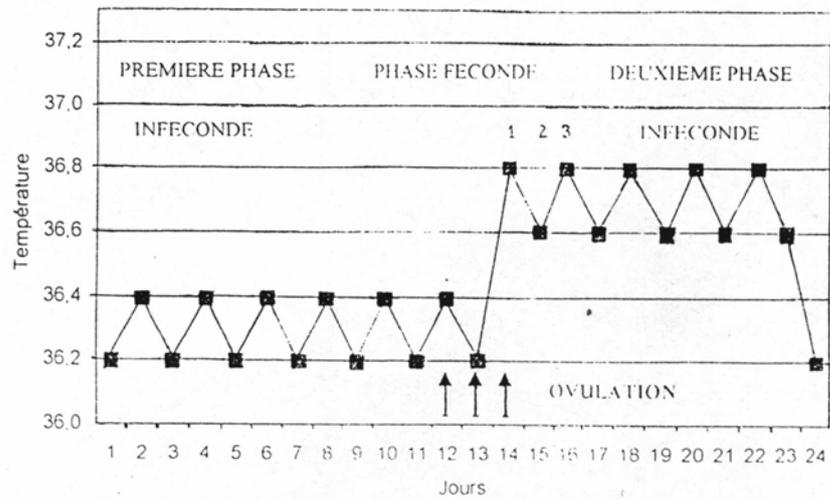


Figure N° 03 : La règle de la méthode de température
 Source : FNUAP. Guide pour les formateurs en PFN. Genève, 1990. (24)

Il en existe deux formes : les préservatifs à poche et sans poche, enroulés et déroulés.

b) Les Spérmicides (27)

Ce sont des agents chimiques qui agissent en activant les spermatozoïdes au niveau du vagin avant qu'il ne puissent atteindre les voies génitales hautes.

Ils se présentent sous différentes formes : gelées, mousses, ovules, crèmes, films solubles,...

La durée de la mise en place des spermicides dépend de sa présentation.

A Madagascar, on utilise le CONCEPTROL[®] sous forme d'ovule.

c) Les Obturateurs féminins (28)

- *Les Diaphragmes*

Ce sont des cupules peu profondes en caoutchouc, à rebord ferme mais souple.

Ils se placent entre le cul-de-sac postérieur du vagin et la fossette sise en arrière de l'arcade pubienne ou fossette retro-symphysaire.

Ils sont 2 formes : gelées ou crèmes.

Les tailles les plus communes sont entre 65 à 80 mm de diamètre.

- *Les Capes vaginales*

Elles ont la forme d'une cloche ou d'un dôme. Les capes sont employées avec un spermicide à chaque rapport sexuel et se pose une demi-heure avant afin de renforcer la succion.

Il existe deux types de capes :

- Cape vimule (sous forme de cloche)
- Cape en voûte (sous forme de dôme)

- *L'éponge contraceptive*

Elle a la forme d'un champignon et se pose au fond du vagin, s'emboîte sur le col utérin par l'intermédiaire d'une dépression sur l'une de ses faces.

Sa protection dure 24 heures sur place. L'éponge est faite de polyuréthane imprégnée de spermicide.

A poche

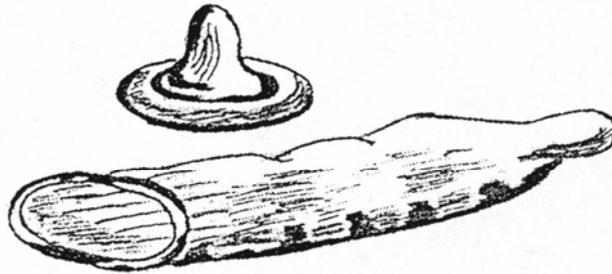


Schéma N° 04 : Préservatif masculin à poche, enroulé et déroulé

Sans poche



Schéma N° 05 : Préservatif masculin sans poche, enroulé et déroulé

Source : IPPF. Manuel de Planification à l'usage des médecins. London, 1989 (28)



Schéma N° 06 : Diaphragme type

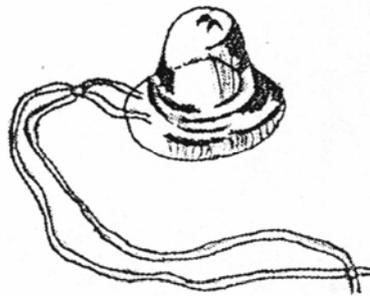


Schéma N° 07 : Cape Vimule
(Sous forme de cloche)



Schéma N° 08 : Cape en Voûte
(Sous forme de dôme)



Schéma N° 09 : Eponge vaginale

Source : IPPF. Manuel de Planification à l'usage des médecins. London, 1989 (28)

5.2.2. Le Dispositif Intra-Utérin (D.I.U) ou STERILET (29)

Le stérilet est un petit dispositif en plastique ou en métal, qui peut être enrobé de cuivre ou qui libère de Progestatif.

Actuellement, on en utilise 3 types :

- D.I.U inerte : en plastique (boucle de Lippes) ou en acier inoxydable (anneaux chinois)
- D.I.U Bioactif : au cuivre en particulier
 - * COPPER T[®] : TCu 380 A, TCu 200, TCu 220
 - * MULTILOAD[®] : ML Cu 250, ML Cu 375, Nova T
- D.I.U libérant de la Progestérone régulièrement

5.2.3 Les méthodes hormonales

5.2.3.1 Les Contraceptifs Oraux (30)

Ce sont des hormones anticonceptionnelles, per os, les plus populaires.

Ils atteignent le taux d'efficacité le plus élevé de toutes les méthodes non chirurgicales.

Les risques sont minimes quand on les utilise correctement.

Il y a 2 catégories de contraceptifs oraux :

a) Les pilules eostro-progestatives ou pilules classiques

Exemple : Le LOFEMENAL[®]

b) Les pilules progestatives seules

Exemple : L'OVRETTE[®]

5.2.3.2 Les Contraceptifs Injectables (31)

Ce sont des dérivés de l'hormone naturelle, la progestérone ou la 19- Nortestérone. Ces progestérones retardes sont administrées par voie intra-musculaire.

Parmi les plus utilisés, on a les :

a) DEPO-PROVERA : Acétate de predoxy-progestérone

Flacon d'une dose de 150mg dans 1ml : une injection tous les 3 mois.

b) NORISTERAT : Enautate de norethistérone

Flacon d'une dose de 200mg dans 1ml : une injection tous les 2 mois

Les D.I.U couramment utilisés

Les D.I.U couramment utilisés

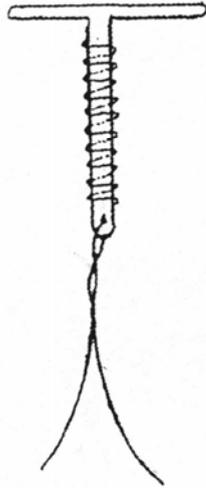


Schéma N° 10

T en cuivre

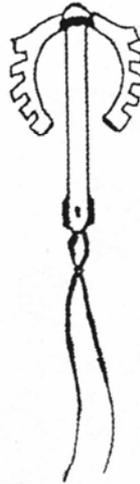


Schéma N° 11

Multiload



Schéma N° 12

Boucle de Lippes

Source : OMS. Contraceptifs intra-utérin. 1998 (29)

5.2.3.3 Les implants ou NORPLANTS (32)

Ce sont des méthodes de longue durée. Le système Norplant est formé de petites capsules minuscules, flexibles, souples, en caoutchouc siliconé contenant du progestatif. L'insertion se fait chirurgicalement par un praticien expérimenté, sous la peau du bras de la femme.

Il y a une diffusion progressive de l'hormone dans la circulation sanguine

5.2.3.4 Les méthodes chirurgicales (33)(34)(35)

Ce sont des méthodes chirurgicales de stérilisation. Elles sont à effet définitif c'est-à-dire permanentes et irréversibles (33)

a) Stérilisation féminine (34)

On peut administrer soit :

Une ligature et section des trompes (LST) : sous anesthésie générale ou rachianesthésie.

Une contraception chirurgicale volontaire (CCV) : par minilaparotomie sous anesthésie locale.

b) Stérilisation masculine (35)

On fait la vasectomie qui consiste à sectionner le canal déférent empêchant la rencontre des spermatozoïdes et les ovules.

Parfois, le choix définitif de la méthode dépend du couple et un formulaire de consentement doit être par la personne qui va subir l'intervention.

c) Interruption volontaire de la grossesse (IVG)

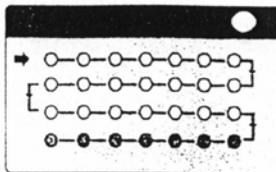
Elle est interdite à Madagascar suivant l'ordonnance N° 60.161 du 30 octobre 1960.

Par contre, elle se fait légalement dans les autres pays.

5.2.3.5 La contraception dite « DU LENDEMAIN »(36)

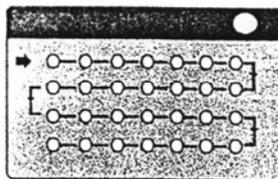
Il s'agit d'un « secours unique » apporté à une femme non protégée par la contraception et ayant un rapport sexuel pouvant être fécondant.

La prise se fait 48 heures après le rapport sexuel non protégé ou même 72 heures après. On peut utiliser :



LOFEMENAL

- 1 comp/j x 21 jours à la même heure
- suivi d'une semaine sans pilule
- 1 plaquette/mois

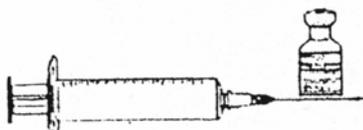


OVRETTE

- 1 comp/j à la même heure
- pas de jour sans pilule
- 1 plaquette/mois

Figure n° 04 : Les contraceptifs oraux

Source : The John Hopking University, Contraceptifs oraux pendant les années 80, 1988. (30)



- 1 injection intra-musculaire
- tous les 3 mois pour le dépo-provera,
 - tous les 2 mois pour Noristerat

Figure n° 05 : Les contraceptifs injectables

Source : OMS, Injectable contraceptives, 1997. (31)

a) La dite « Pilule de lendemain »

- L'œstrogène 5mg par jour pendant 5jours d'ETHINYLOESTRADIOL ;

- Les Progestatifs :

- LINOESTRENOL : 10 comprimés à 0,5mg
- DESOGESTREL : 0,4 à 1mg

Deux prises en 12 heures d'intervalle

- L'œstro-progestatif :

- 2 comprimés à 50mg d'œstrogène
- 2 comprimés à 50mg de progestatif, 12 heures plus tard

b) D.I.U ou « STERILET DE LENDEMAIN »

Il s'agit de l'insertion de stérilet au cuivre, ayant un effet antinidatoire, dans 6 jours suivant le rapport sexuel fécond.

Si la D.I.U a été mis en place 48 heures qui suivent le rapport sexuel, l'efficacité de la méthode semble être de 100%.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE PROPREMENT DITE

1. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

En réalisant cette étude, nous avons fixé comme objectifs :

- Faire connaître les activités du Planning Familial dans le Centre de Santé de Base niveau II d'Andohalo.
- Faire une évaluation des activités du Planning Familial suivant les méthodes contraceptives adoptées par les utilisatrices et selon les différents paramètres d'études pendant les 2 années consécutives (1999-2000).
- Proposer des solutions pour améliorer et assurer la bonne marche du Planning Familial dans ce Centre

2. CADRE D'ETUDE

2.1 Historique (37)(38)

Le Centre a été créé depuis l'époque coloniale, c'est-à-dire vers 1934. En cette même année, plus précisément le 29 octobre 1934, le Centre portait le nom de « Poste médical d'Ambatobevanja » et le titre N° 14.237.A / EXT.N° 14149. A cette époque, ce sont les colons qui assuraient la plupart des activités médicales dans ce Poste médical.

En 1938, deux assistants médicaux dont un médecin et un infirmier travaillaient en collaboration avec les dirigeants colons au Centre. Les pratiques médicales exercées par les prestataires de Service se limitaient sur la médecine curative et aux soins curatifs.

Actuellement, l'Etat malgache par l'intermédiaire du Ministère de la Santé prend l'entière responsabilité dans la prise en charge de ce Centre. Le Poste médical d'Ambatobevanja est devenu Centre de Santé de Base niveau II d'Andohalo. Ce nom a été choisi en mémoire de la célèbre place de discours royal d'antan.

Outre le Planning Familial qui n'a débuté qu'au mois de janvier 1999, le Centre se charge d'autres activités comme la pratique de la médecine curative et préventive.

2.2. La Situation géographique

.2.2.1 Le site d'implantation

Le Centre se trouve sur le versant de la haute colline d'Andohalo, à l'angle de la bifurcation se dirigeant vers l'ancienne école d'Ambatobevanja et l'église d'Ambohitantely. Il appartient au Fokontany d'Andafiavaratra dont le bureau est situé à quelques pas même du Centre. Andafiavaratra est l'un des 24 Fokontany du deuxième arrondissement de la commune urbaine d'Antananarivo (C.U.A).

En partant du centre-ville, l'accès vers ce Centre doit passer par la route qui nous mène vers le Rova Manjakamiadana.

Géographiquement, il s'agit d'un Centre médical assez haut situé rendant, par conséquent, difficile l'accès pour la population.

Par ailleurs, le Centre est entouré :

- Au Nord par le Lycée d'Andohalo et la cathédrale d'Andohalo
- Au Sud, par le Rova Manjakamiadana
- A l'Est par le Palais d'Andafiavaratra
- Et à l'Ouest par l'ex-école Ambatobevanja ou l'actuelle maison d'hébergement des élèves théologiens évangélistes

2.2.2. Composition et organisation du Centre

2.2.2.1 Présentation du local

Le bâtiment est composé de 6 pièces :

1. Une pièce pour la salle d'attente
2. Une pièce pour la consultation médicale
3. Une pièce la salle de soins
4. Une pièce pour le stockage de médicaments et la pharmacie
5. Une pièce pour le Planning Familial
6. Une pièce pour la vaccination

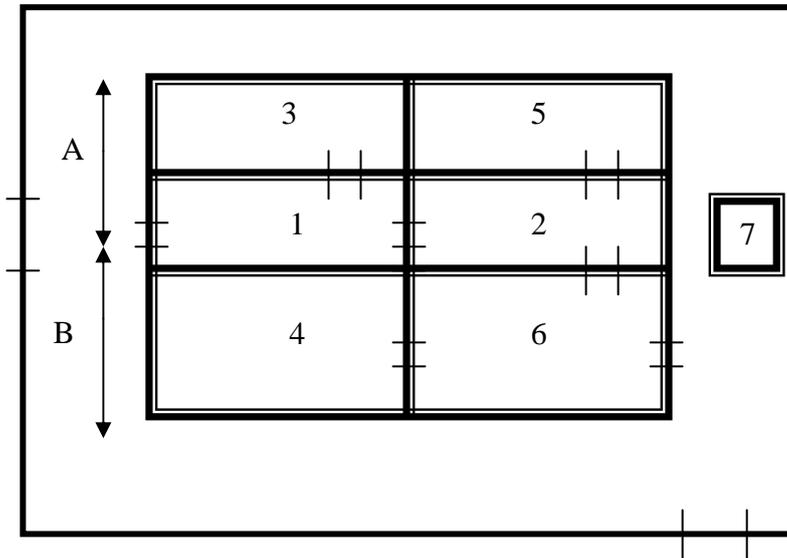


Figure N° 06 : Le Local du CSB II d'Andohalo

LEGENDES :

1. Salle d'attente
2. Salle de consultation
3. Salle de soins
4. Salle de stockage et pharmacie
5. Salle pour le Planning Familial
6. Salle pour la vaccination
7. WC (toilette)

A. Premier étage

B. Rez-de-chaussée

⊥ Porte

2.2.2.2 Les limites d'activités du Centre

Seuls les Fokontany environnants suivants constituent le secteur d'activités médicales du

Centre :

- Andafiavaratra
- Ankazotokana Ambony
- Ambohitsiroa VN
- Manjakamiadana

- Ambohipotsy
- Andohamandry
- Manakambahiny
- Morarano
- Ampamatanana
- Androndrakely

Notons qu'à partir du mois d'avril 2001, le Centre ne dessert que les 06 Fokontany cités ci-dessus puisqu'un nouveau CSB II vient d'être installé dans le Fokontany d'Ambohitsoa qui est plus ou moins proche des 4 derniers Fokontany cités ci-dessous, d'où, leur écartement du secteur médical d'Andohalo.

Actuellement, 42.370 habitants sont recensés dans ces Fokontany dont 9.745 sont des femmes en âge de procréer et 6779 sont enfants de 0 à 5 ans ; 3815 habitants résident dans le Fokontany d'appartenance du Centre (39).

2.3 Système de gestion en matière de Planification Familiale

2.3.1 Gestion du personnel

2.3.1.1 Les prestataires de service et leurs attributions

Ils sont au nombre de huit (08) :

- Deux (02) médecins :
 - Un chef de service participant à la médecine préventive et au contrôle de la pharmacie de gros, au Planning Familial
 - Un médecin assurant la pharmacie de détail et la pratique de la médecine curative.
- Trois sage-femmes dont :
 - Une pour s'occuper de la santé maternelle et la consultation prénatale et post-natale
 - Une pour s'occuper de la santé infantile, la nutrition et la vaccination ou P.E.V (Programme Elargi pour la Vaccination)
 - Une pour s'occuper du Planning familial et de la maternité sans risque ou MSR
- Un paramédical pour la correspondance
- Une assistante de la santé pour la pharmacie de détail

2.3.1.2. Déroulement de la consultation en matière de PF (40)

a) La CCC (*Communication pour le Changement de Comportement*)

A chaque consultation, que ce soit pré ou post-natale ou lors d'une consultation pour une maladie courante, la CCC est pratiquée tous les lundi, mercredi et vendredi. Elle est parfois fixe ou mobile.

- La CCC fixe :

Elle se fait au niveau du Centre et peut être effectuée par une seule personne sous forme de « conseling » ou par un groupe de personnes sous forme de « causerie ». La séance durera environ 10 minutes.

- La CCC mobile :

Elle se fait sous forme de causerie seulement au niveau des Fokontany afin de pouvoir récupérer les perdues de vue et d'en connaître les causes.

Le principe de la CCC repose sur les droits du client c'est-à-dire droit à l'information, à l'accès, de choisir, à la sécurité, à la communication, à la dignité et enfin à la continuité.

Les cibles visées sont surtout les femmes lors :

- d'une consultation en Planning Familial
- des consultations prénatales
- Des consultations post-natales au cours desquelles les femmes, ayant des grossesses ou des intervalles intergénérisques rapprochés, sont conseillées à pratiquer le Planning Familial pour prévoir les dangers de la non pratique de ce dernier mais aussi surtout pour préserver le bien-être materno-infantile.

grossoesses ou des intervalles intergénérisques rapprochés, sont conseillées à pratiquer le Planning Familial pour prévoir les dangers de la non pratique de ce dernier mais aussi surtout pour préserver le bien-être materno-infantile.

Pendant la séance de la causerie ou du conseling, on les informe sur les méthodes contraceptives disponibles en faisant une démonstration répétitive et les faire comprendre les indications, les avantages et inconvénients (incidents ou accidents), les modes d'emploi de ces différentes méthodes.

b) *Consultation proprement dite en matière de Planning Familial*

❖ A la première consultation

- Le choix et la prise de décision :

La cliente a pris la décision et son propre choix sur la méthode contraceptive après avoir été informée pendant la séance de démonstration des différentes méthodes.

Au terme des résultats de cotation, l'agent de santé peut lui proposer une autre méthode qui s'adapte mieux à son état de Santé.

- La prescription d'une méthode contraceptive :

Chaque consultante doit avoir une fiche de consultation (cf. Annexe I et II) et une fiche de suivi (cf. Annexe III) le jour de sa première consultation. Cette fiche constitue le dossier de la cliente dans le Centre.

Au remplissage du dossier du sujet en question, l'interrogatoire renseigne sur :

- *L'identité de l'utilisateur avec :*

- Le numéro et l'année d'enregistrement ;

- le nom et prénom(s), âge ;

- le niveau d'instruction, l'adresse exacte, temps mis pour venir en consultation (souvent en minutes) ;

- l'état matrimonial ;

- le nombre d'enfant(s) vivant(s) et l'âge du dernier-né et de l'avant dernier-né ;

- les motifs d'adhésion à la PF et les sources d'information sur la Planification Familiale.

- *Les contraceptions antérieures avec :*

- les méthodes déjà suivies ;

- la période et les raisons d'arrêt.

- *Sur l'état actuel avec :*

- Une notion de grossesse ou allaitement maternel (< 6 semaines ou 6 semaines, ..., 6 mois) ;

- Une notion de tabagisme (âge > 35ans, > 20 tiges/jour) ;

- adolescent (< 18 ans) et parité (nulliparité ou multiparité) ;

- traitements en cours : une épilepsie sous barbiturique, tuberculose ou lèpre sous Rifampicine ;

- les maladies cardio-vasculaires ;

- une dysménorrhée / hyperménorrhée, métrorragie inconnue ;

- le désir rapide de fécondité.
- *Sur les antécédents avec :*
 - une notion d'ictère < 6mois ;
 - une notion d'HTA > 16/10 et/ou migraine ;
 - une notion de thrombophlébite ou varices profondes ;
 - une notion d'infection génitale ou diabète.
- *Enfin sur l'examen général et gynécologique avec :*
 - la mesure de la tension artérielle (< 16/10 ou = 16/10 ou >16/10)
 - la coloration conjonctive (notion d'ictère ou anémie sévère) ;
 - l'examen des seins à la recherche d'un cancer actuelle ;
 - la recherche d'autres signes : cirrhose (ascite/hépatomégalie), du cancer du foie, varices profondes (douleurs, lourdeurs, oedèmes) ;
 - l'examen au spéculum à la recherche d'une cervicite purulente et du cancer du col ;
 - un toucher vaginal pour la détection des signes de grossesse, des malformations et de douleur, masse annexielle ou utérine.

- La délivrance des moyens contraceptifs :

Elle est en fonction du pouvoir d'achat de tout un chacun et varie suivant le moyen contraceptif.

La cliente peut avoir :

- *les contraceptifs oraux :*
 - 01 plaquette pour les nouveaux usagers
 - 03 plaquettes pour les anciennes adhérentes
- *les contraceptifs injectables :*
 - Dépo-provera : une injection en IM à 3 mois d'intervalle
 - Ou Noristérat : une injection en IM à 2 mois d'intervalle
- *les Dispositifs Intra-Utérin (DIU) ou Stérilet : une unité.*
- *les préservatifs masculin et féminin (condom et conceptrol)*

Ces dernières méthodes sont des produits à distribution libre à base communautaire. Elle possède une double utilité puisqu'elles sont à la fois des contraceptifs et protectrices contre l'IST ou Infections Sexuellement Transmissibles.

- Le quote-part du bénéficiaire :

Il est en fonction de la méthode adoptée :

- une cotisation annuelle à 500 fmg
- DEPO-PROVERA et NORISTERAT : 1500fmg (une dose)
- LOFEMENAL : 500 fmg (un cycle)
- OVRETTE : 500 fmg (un cycle)
- STERILET : 5000 fmg (une unité)
- CONDOM : 50 fmg (une unité)
- CONCEPTROL : 50 fmg (une unité)

❖ A la deuxième consultation

C'est le rendez-vous pour un examen de suivi. Ce rendez-vous est fixé comme suit :

Pour :

- Les contraceptifs oraux : 4 semaines après la première consultation puis tous les 3 mois.
- Les contraceptifs injectables : tous les 2 ou 3 mois, cela dépend du produit à utiliser.
- Le stérilet : tous les 3 mois après la pose puis tous les 6 mois en fonction du degré de tolérance puis 1 an.
- Les condoms et conceptrol : ce sont des produits à distribution libre à base communautaire.

L'utilisateur doit respecter régulièrement ce rendez-vous soit :

- pour un examen de contrôle ;
- pour les effets secondaires indésirables ou les complications.
- pour un ravitaillement du produit.

L'examen de contrôle demande :

- La Date des Dernières Règles (DDR) en précisant les jour/mois/année : en premier lieu la date exacte du jour de cet examen.

- Un examen clinique de routine pour un contrôle :

- A chaque visite de suivi, on note la tension artérielle (TA) et le poids (P) sur la fiche de suivi. Une fois par an, à noter les résultats de l'examen des seins, du toucher combiné au palper(TV) et de l'examen au spéculum.

Tout ceci concerne les utilisatrices des contraceptifs oraux combinés (COC) ou Pilules progestatives (PP), des contraceptifs injectables.

- A chaque visite de suivi, les résultats de l'examen des conjonctives, du TV, de l'examen au spéculum sont à noter pour les utilisatrices de DIU.

- Les éventuels effets secondaires à préciser sur la fiche de suivi concernant :

- Les contraceptifs oraux :

- * prise de poids > 10 % du poids initial

- * Acné importante ou folliculite

- * HTA > 16/10

- * Aménorrhée sous COC

- Les contraceptifs injectables :

- * prise de poids > 10 % du poids initial

- DIU :

- * maladie inflammatoire du Pelvis

- * Anémie

- * Ménométrorragie durant plus d'une semaine, au-delà du troisième mois de pose.

- Aussi on marque sur la fiche : la méthode prescrite et la quantité délivrée ; les raisons de changement de la méthode (effets secondaires, réticence du mari, état de santé, choix des méthodes non disponibles au Centre).

A la fin, mettre la date du prochain rendez-vous avec les jour/mois/année.

En somme, la consultation au PF se résume par le terme de référence « BERCER » regroupant les activités suivantes (41) :

B : Bienvenue ou accueil des clientes

E : Entretien pour mieux connaître les clientes

R : Renseigner les clientes sur toutes les méthodes disponibles

C : Choisir, aider les clientes à choisir une méthode appropriée

E : Expliquer l'usage de la méthode

R : Retour pour les suivis

2.3.2 Gestion des matériels

En matière de PF, le service utilise des matériels de travail ou supports qui sont des outils indispensables communs à tous les Centres de santé ayant un site de Planification familiale (PF).

Ces supports sont au nombre de neuf (42)

- *Les fiches individuelles de consultation et de suivi* permettant l'enregistrement :
 - des renseignements utiles sur l'utilisateur ;
 - des résultats de l'examen et de la méthode prescrite ;
 - des résultats du suivi.
- *Le registre de consultation en Planification Familiale sert à :*
 - enregistrer et suivre les démarches journalières de routine ;
 - faciliter le recueil des données pour établir le rapport d'activités ;
 - faciliter le contrôle de la cogestion interne ;
 - suivre la consommation.
- *La fiche de référence* : ce support permet d'assurer la liaison entre le Service de Planification Familiale et le Centre de Référence et cela se fait réciproquement

- *Les échéanciers permettant de :*
 - suivre le rendez-vous des clients ;
 - comptabiliser les utilisatrices régulières et les perdues de vue.
- *Le Cahier de CCC permet de :*
 - servir de répertoire de CCC ;
 - guider la planification des activités d'animation dans les Fokontany ;
 - faciliter le compte-rendu des activités de CCC et la révision afin d'établir

les rapports d'activités

- *La fiche de stock permettant de :*
 - suivre et inscrire les mouvements du stock ;
 - vérifier l'évolution du niveau de stock des différentes méthodes contraceptives (médicaments, adjuvants et/ou consommables) à tous les niveaux (Service, SSD, région).

- *La fiche de rapport d'activités de la planification familiale*

(Annexe V), elle permet de :

- résumer les activités du service PF par trimestre et les transmettre aux niveaux hiérarchiques ;
- suivre l'évolution des utilisatrices par rapport à l'objectif fixé et agir par la suite ;
- superviser le niveau de stock et d'effectuer le calcul du mois de stock.

- *Le bon de commande / livraison :* il permet d'effectuer l'opération entre la commande et la réception des produits y compris les matériels et les équipements.

- *Le cahier de matériel, il permet de :*

- enregistrer les entrées et les sorties des matériels ;
- identifier les matériels en place à tous les niveaux ;
- faciliter le rapport d'inventaire de fin d'année ;
- mieux suivre le mouvement de stock de matériels.

2.3.3 La gestion des produits contraceptifs et des médicaments (42)

Le mouvement des commandes et des livraisons des produits contraceptifs et d'autres médicaments ne suit pas la périodicité trimestrielle des rapports d'activités en Planning Familial.

Pourtant, la commande peut être toujours lancée chaque fois que le stock d'alerte est touchée et les données seront transmises par le bon de commande / livraison (quantité consommée, quantité de stock).

Les produits livrés sont enregistrés sur une fiche de stock et ils vont être classés par la suite suivant la date de péremption du produit. La liquidation des produits ayant une date de péremption très proche est donc une priorité.

Dans le service, il n'y a pas de rupture de stock car dès que le stock d'alerte est touché, la commande va être passée rapidement.

2.3.4 Le circuit d'informations relatives au Planning Familial (42)

Ce circuit décrit une information et une rétroinformation passant par des niveaux hiérarchiques, et est matérialisé par l'organigramme suivant :

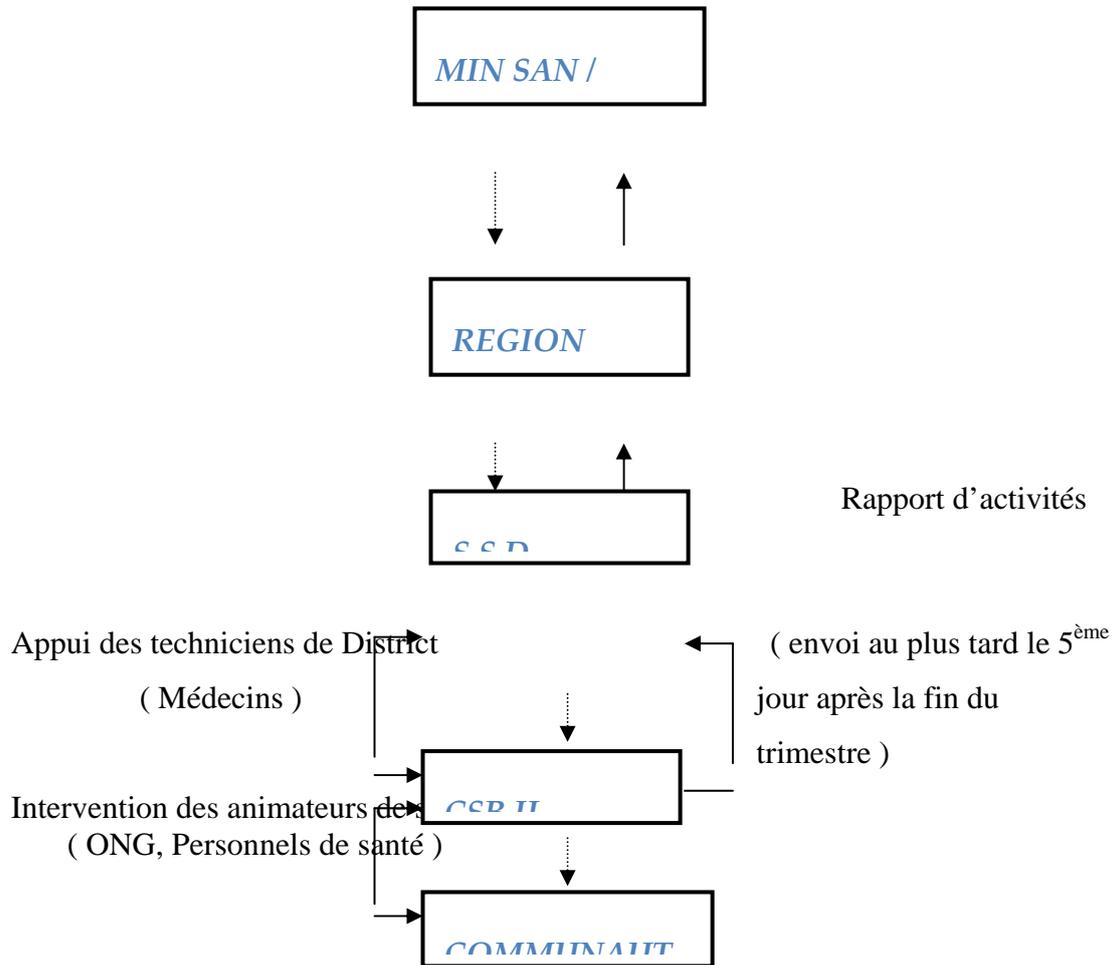


Figure N° 07 : Le circuit d'information relative au Planning Familial

Source : USAID / Unité d'appui SIG. Manuel d'instruction en SIG/PF. 1996. (42)

—→ Information

.....→ Retroinformation

2.4 Les méthodes disponibles au Centre

2.4.1 Les contraceptifs oraux :

- Le LOFEMENAL
- L'OVRETTE

2.4.2 Le contraceptif injectable :

- Le DEPO-PROVERA seul et disponible.

2.4.3 Les préservatifs :

- Masculin : CONDOM
- Féminin : CONCEPTROL (spermicide)

Ces derniers sont mis en vente libre depuis 1999 dans le Service. Les utilisatrices de ces méthodes possèdent les fiches individuelles de consultations comme dans les autres méthodes.

2.4.4 La méthode naturelle :

L'unique méthode utilisée dans le centre est l'allaitement maternel car elle ne nécessite pas de calcul et est très facile à pratiquer.

Les méthodes de longue durée comme le NORPLANT et le DIU ne sont pas disponibles au centre. Les Utilisatrices de ces méthodes sont à référer vers les autres Centres de référence comme le C.S.M.I. (Centre de Santé Maternelle et Infantile) de Tsaralalàna ou le CHUA (Centre Hospitalier Universitaire d'Ampefiloha.)

L'étroitesse du local, l'insuffisance des matériels d'équipement, le manque de personnels qualifiés ne permettent pas la pratique de ces méthodes dans le CSB II d'Andohalo.

3. METHODOLOGIE

3.1 Matériels

Les matériels de travail sont tous figurés dans les supports utilisés, mais les plus courants sont :

3.1.1 La fiche personnelle de consultation (Annexes I, II, III)

Elle représente à la :

- Partie A : l'identification du lieu de prestation de service
- Partie B : l'identification de l'utilisateur et les sources d'information sur le PF
- Partie C : les contraceptions antérieures
- Partie D : la prescription d'une méthode contraceptive
- Partie E : le suivi

3.1.2 Le registre de consultation de service de dépouillement (Annexe IV)

Elle représente à la :

- Colonne A : le numéro de la fiche
- Colonne B : le nouveau utilisateur
- Colonne C : les méthodes prescrites
- Colonne D : la participation des bénéficiaires
- Colonne E : les effets secondaires
- Colonne F : les cas référés
- Colonne G : les observations

3.1.2 La fiche de rapport d'activités trimestrielles (Annexe V)

Elle représente 03 parties :

L'identification du centre

L'utilisation des méthodes contraceptives et les mouvements du stock

Les activités spéciales du PF et les remarques à faire

3.2 Méthode d'étude

3.2.1 Etude rétrospective

C'est une étude rétrospective d'échantillonnage des femmes en âge de procréer pratiquant le PF dans le Centre, qui se fait à partir des fiches personnelles à compter du mois de janvier 1999 au mois de décembre 2000.

Les utilisatrices suivies au Centre sont au nombre total de 186.

A l'examen des fiches de consultation, nous avons adopté comme critères d'acceptation les fiches avec des renseignements complets et comme critère de rejet les fiches ayant des renseignements incomplets.

3.2.2 Variables d'études

Nous avons considéré les différents paramètres suivants :

- L'âge de la mère
- Le nombre d'enfants vivants
- La situation matrimoniale
- Le niveau d'instruction
- Le motif de contraception
- Le lieu de résidence
- L'abandon et le changement de méthode
- La source d'information

4. RESULTATS

4.1 Les nouvelles utilisatrices annuelles par méthode contraceptive

Les nouvelles utilisatrices (NU) sont les personnes qui utilisent une méthode contraceptive pour la première fois.

Tableau N° 01 : Répartition des nouvelles utilisatrices par méthode contraceptive par an

| MET HODES | 1999 | | 2000 | |
|--------------|----------------------------|-------------|----------------------------|-------------|
| | Nouvelles utilisatrices | | Nouvelles utilisatrices | |
| CO | 30 | 36, 14 % | 25 | 24, 27 % |
| CI | 46 | 55, 42 % | 71 | 68, 93 % |
| BAR | 3 | 03, 62 % | 6 | 05, 83 % |
| PFN | 4 | 4,8 2 % | 1 | 0,9 7 % |
| TOT | 83 | 10 | 10 | 10 |
| AL | | 0 % | 3 | 0 % |

Légendes :

CO : Contraceptifs Oraux

CI : Contraceptifs Injectables

BAR : Barrières (Conceptrol, Condom)

PFN : Planification Familiale Naturelle

Les méthodes CO et CI sont les plus utilisées pendant ces deux années

Une nette hausse des pourcentages des NU des CI et BAR et une baisse des pourcentages des NU des CO et PFN sont notées au cours de l'année 2000 par rapport à l'année 1999.

Cette hausse peut s'expliquer par l'efficacité de la CCC .

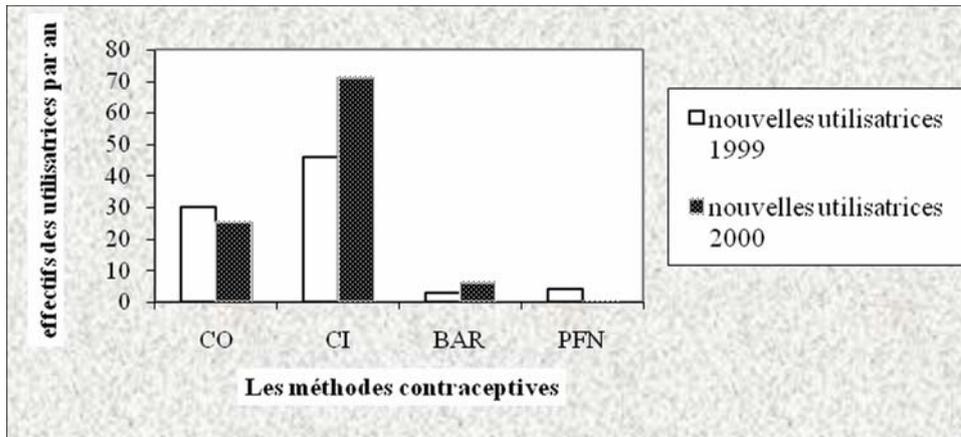


Figure N° 08 : Les nouvelles utilisatrices annuelles par méthode contraceptive

4.2 Les paramètres et les méthodes contraceptives

4.2.1 Age

Tableau N° 02 : Répartition selon l'âge et les méthodes contraceptives

| MET HODES | AGE (ans) | | | | | | TOTA L |
|--------------|--------------|------|--------------|-------|-------------------|-------|-----------|
| | 14-19 ans | | 20-34 ans | | 35 ans et plus | | |
| CO | | | | | | | |
| | | ,54% | 1 | 2,04% | 3 | 6,99% | 5 |
| | | | | 2 | | 0 | 2 |
| CI | | | | | | | |
| | | ,84% | 5 | 5,70% | 3 | 2,36% | 17 |
| | | | | 4 | | 1 | 6 |
| BAR | | | | | | | |
| | | | | ,76% | | 1,08% | ,84% |
| | | | | 3 | | 0 | 4 |
| PFN | | | | | | | |
| | | | | 1 | | 0 | 2 |

| | | | | | | | | |
|-----|---|------|----|-------|---|-------|----|------|
| | | | | ,61% | | 1,08% | | ,69% |
| TOT | | | | 7 | | 2 | | 1 |
| AL | 0 | ,38% | 36 | 3,11% | 0 | 1,51% | 86 | 00% |

Dans les intervalles d'âges :

De 20-34 ans : les CI tiennent la première place dans leur choix (45,70%) ensuite les CO (22,04 %) et enfin les BAR et PFN qui sont les moins choisies (respectivement 3,76 % et 1,61 %)

De 35 et plus : les CI (12,36 %) priment le choix des femmes puis les CO (6,99 %) et les autres méthodes s'en suivent .

De 14-19 ans : les choix des méthodes sont similaires à ceux des autres tranches d'âge mais avec des proportions très faibles voire nulles surtout pour les BAR et PFN

En général, les Contraceptifs Injectables (CI) sont les méthodes les plus utilisées car au total elles représentent les 62,90 %.

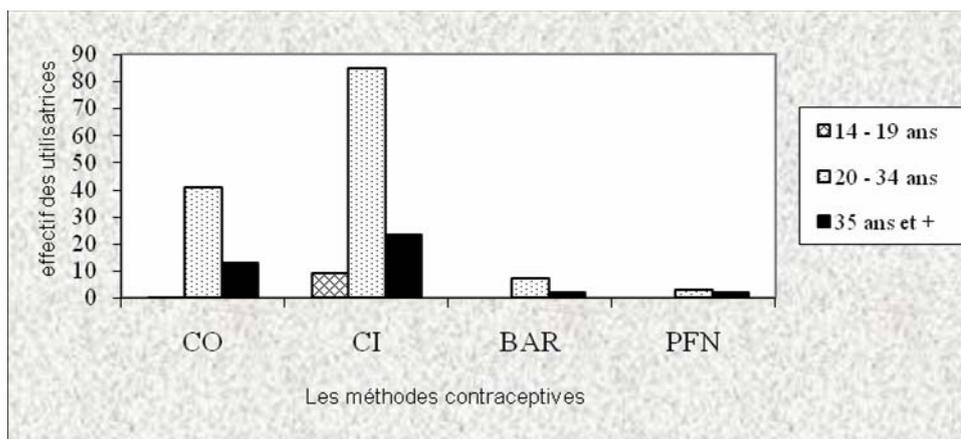


Figure N° 09: L'âge et les méthodes

4.2.2 Le nombre d'enfants vivants

Tableau N° 03 : Répartition selon le nombre d'enfants vivants et la méthode contraceptive

| MET HODES | ENFANTS VIVANTS | | | | | | TOTAL | |
|--------------|-----------------|------|-------|-------|-----|-------|-------|-----|
| | 0 | | 1 - 3 | | ≥ 4 | | | |
| CO | | | | | | | | |
| | | ,23% | 1 | 2,04% | 2 | ,30% | 4 | 2 |
| CI | | | | | | | | |
| | | ,08% | 3 | 0% | 5 | 1,82% | 1 | 6 |
| BAR | | | | | | | | |
| | | ,61% | | ,23% | 3 | - | - | 4 |
| PFN | | | | | | | | |
| | | | | ,69% | 2 | - | - | 2 |
| TOT AL | 1 | ,92% | 45 | 7,96% | 7 | 0 | 1 | 1 |
| | | | | | | 6,12% | 86 | 00% |

Dans la plupart des cas des parités, les CI (62,90 %)prédominent toujours.

Les nullipares préfèrent mieux les CO (3,23 %).

Les femmes ayant 1 à 3 enfants s'intéressent davantage au Planning Familial (77,96 %) puis les multipares (16,12 %) et à la fin les nullipares (5,92 %)

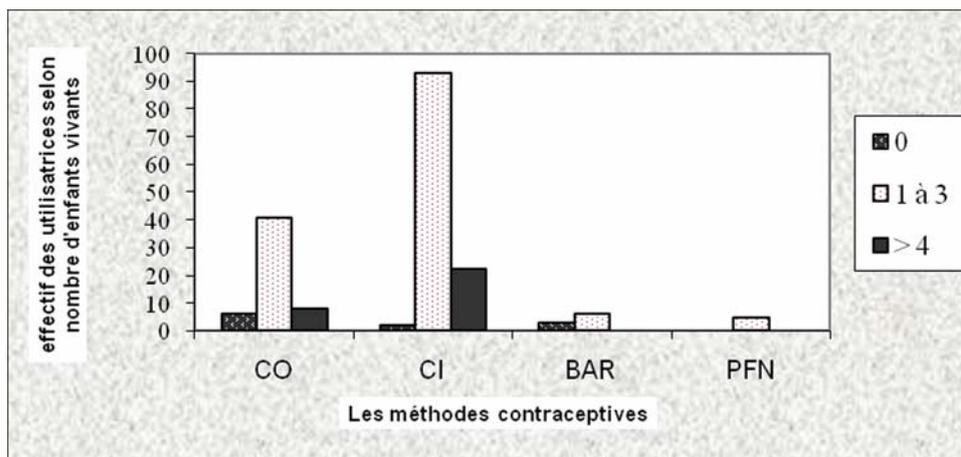


Figure N° 10: Le nombre d'enfants vivants et les méthodes contraceptives

4.2.3 Le niveau d'instruction

Tableau N° 04 : Répartition selon le niveau d'instruction et les méthodes contraceptives

| MET HODES | NIVEAU D'INSTRUCTION | | | | | | | | |
|--------------|----------------------|------|----|-------|-----|-------|----|------|-----------|
| | I | | II | | III | | IV | | TOTA L |
| CO | | | | 3 | | 2 | | | 2 |
| | | ,08% | | ,76% | 1 | 2,04% | | ,69% | 5 |
| | | | | | | | | | 9,57% |
| CI | | | | 1 | | 4 | | | 6 |
| | | ,08% | 3 | 7,74% | 9 | 2,47% | | ,61% | 17 |
| | | | | | | | | | 2,90% |
| BAR | | | | 1 | | 2 | | | 4 |
| | | | | ,61% | | ,69% | | ,54% | ,84% |

| | | | | | | | | | | |
|------|------|---|-------|------|-------|------|------|------|-----|------|
| PFN | | | | 1 | | 1 | | | | 2 |
| | | | | ,08% | | ,08% | | ,54% | | ,69% |
| TOTA | | | | 2 | | 6 | | | | 1 |
| L | ,16% | 5 | 4,19% | 27 | 8,28% | 0 | ,38% | 86 | 00% | |

Légendes :

I : Illettrée

II : Primaire

III : Secondaire

IV : Universitaire

Les femmes illettrées et universitaires sont minoritaires, leurs proportions respectives représentent seulement 2,16 % et 5,38 %.

Plusieurs femmes pratiquant le Planning Familial sont au niveau secondaire (68,28%) et préfèrent plus les CI et choisissent moins les BAR et PFN.

Les femmes du niveau primaire tiennent la seconde place après celle du niveau secondaire. Elles ont relativement les mêmes choix.

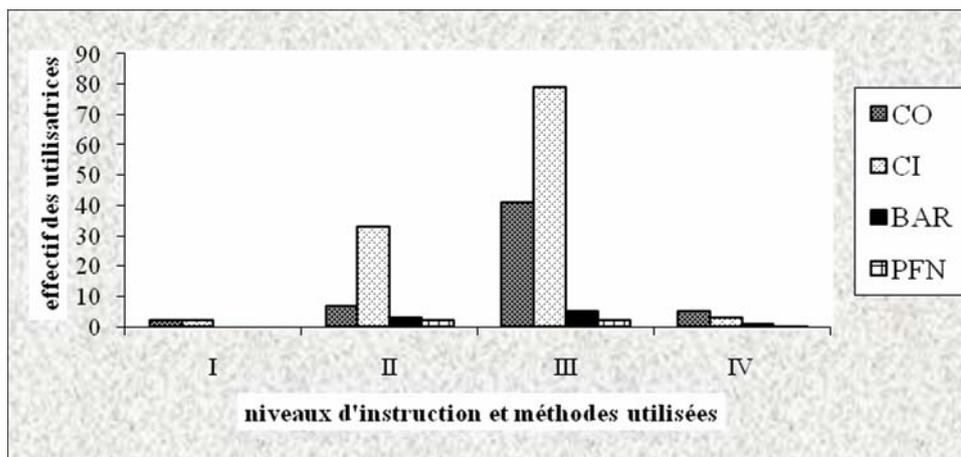


Figure N°11 : Le niveau d'instruction et les méthodes contraceptives

4.2.4 Situation matrimoniale

Tableau N° 05: Répartition selon la situation matrimoniale et les méthodes contraceptives

| MET HODES | SITUATION MATRIMONIALE | | | | TOTAL | |
|--------------|---------------------------|-------|--------|--------|-------|-------|
| | CELIBAT | | COUPLE | | | |
| | AIRES | S | | | | |
| CO | 4 | 2 | 5 | 2 | 11 | 29 |
| | | ,15 % | 1 | 7,42 % | 5 | ,57 % |
| CI | 5 | 2 | 1 | 6 | 14 | 62 |
| | | ,69 % | 12 | 0,21 % | 17 | ,90 % |
| BAR | 1 | 0 | 8 | 4 | 13 | 4, |

| | | | | | | |
|-----|---|---------|----|--------|----|------|
| | | ,54 - % | | ,30 % | | 84 % |
| PFN | - | - | 5 | 2 | 4 | 2, |
| | | | | ,69 % | | 69 % |
| TOT | 1 | 5 | 1 | 9 | | 10 |
| AL | 0 | ,38 % | 76 | 4,62 % | 86 | 0 % |

Dans les deux cas, les BAR et PFN sont les moins acceptées par les utilisatrices (respectivement 4,4 % et 2,69 %) ; les CI sont fréquemment recherchés (62,90 %).

Les proportions des femmes qui viennent seules, utilisant les CO et CI sont à peu près égales (respectivement 2,15 % et 2,69 %).

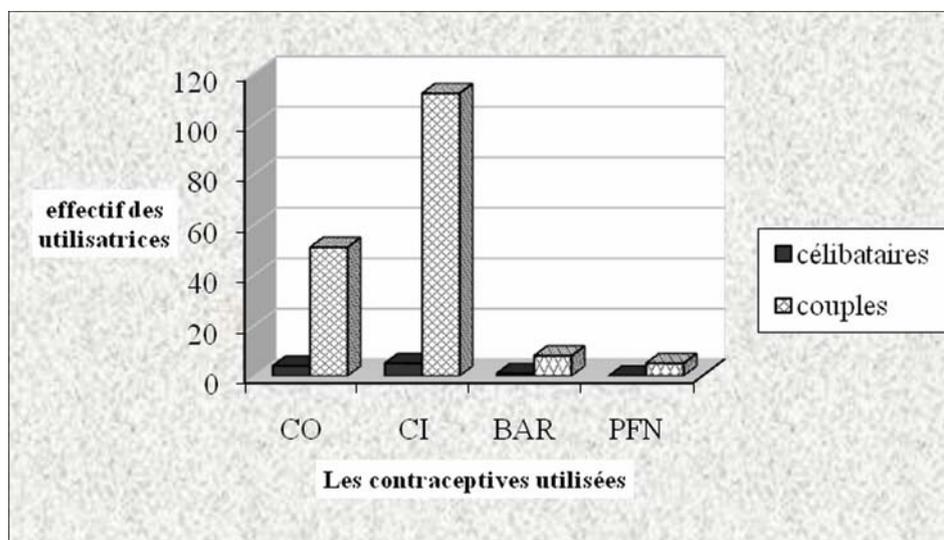


Figure N° 12 : La situation matrimoniale et les méthodes utilisées

4.3. Les paramètres et le nombre d'enfants vivants

4.3.1 Age

Tableau N° 06 : Répartition selon l'âge de la mère et le nombre d'enfants vivants

| ENFA NTS VIVAN TS | AGE (ans) | | | | | | TOTAL | |
|----------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|----------------|------------|-------|-----------|
| | 14 – 19 ans | | 20 – 34 ans | | 35 ans et plus | | | |
| 0 | 4 | 2,15 % | 7 | 3,76 % | - | - | 11 | 5,91 % |
| 1 – 3 | 6 | 3,23 % | 11 | 62,37 % | 23 | 12,3 6% | 145 | 77,96 % |
| ≥ 4 | - | - | 13 | 6,99 % | 17 | 9,14 % | 30 | 16,13% |
| TOTAL | 10 | 5,38 % | 13 | 73,12 % | 40 | 22,5 0% | 186 | 100 % |

La tranche d'âge de 20 - 34 ans caractérise les femmes les plus actives dans la pratique du PF. Les 62,37 % ont 1 ou 3 enfants, seulement 3,76 % n'ont pas d'enfants et 6,99 % ont plus de 4 enfants.

Pour celles qui possèdent plus de 4 enfants, les pourcentages se rapprochent entre les femmes âgées de 20 à 34 ans et les femmes âgées de 35 ans et plus (6,99 % et 9,14 %).

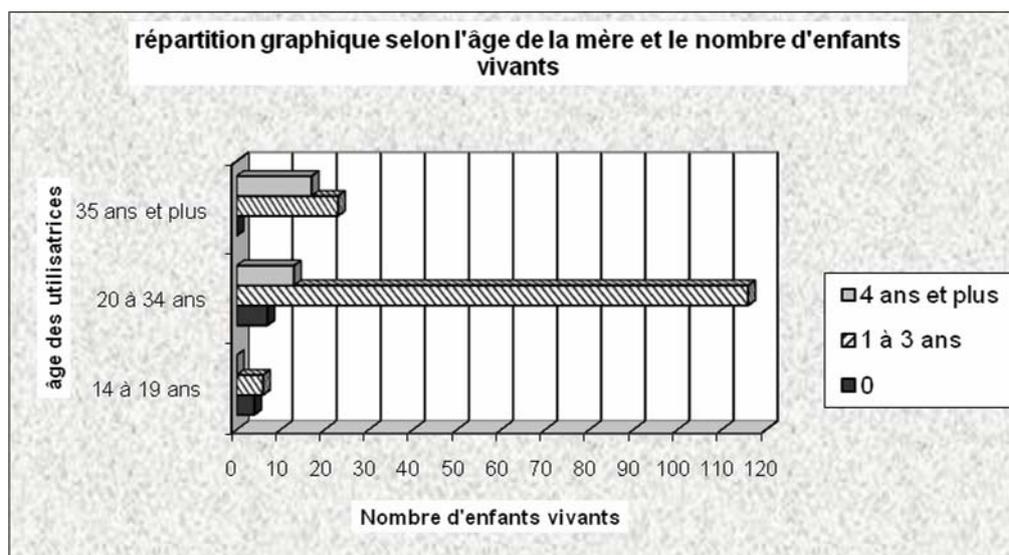


Figure N° 13 : L'âge de la mère et le nombre d'enfants vivants

4.3.2 Niveau d'instruction

Tableau n° 07 : Répartition selon le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants

| ENFANTS VIVANTS | NIVEAU D'INSTRUCTION | | | | | | | | TOTAL | |
|-----------------|----------------------|---------------|-----------|----------------|------------|---------------|-----------|---------------|------------|--------------|
| | I | | II | | III | | IV | | | |
| 0 | 2 | 1,08 % | 1 | 0,54 % | 7 | 3,75 % | 1 | 0,54 % | 11 | 5,91 % |
| 1-3 | 2 | 1,08 % | 31 | 16,67 % | 103 | 55,37% | 9 | 4,84 % | 145 | 77,96 % |
| ≥ 4 | - | - | 13 | 6,99 % | 17 | 9,14 % | - | - | 30 | 16,13 % |
| TOTAL | 4 | 2,16 % | 45 | 24,20 % | 127 | 68,26% | 10 | 5,38 % | 186 | 100 % |

La majorité des utilisatrices sont de niveau secondaire (68,26%).

A ce niveau, 55,37 % des femmes possèdent 1 à 3 enfants. 16,67 % des femmes du niveau universitaire ont 1 à 3 enfants vivants.

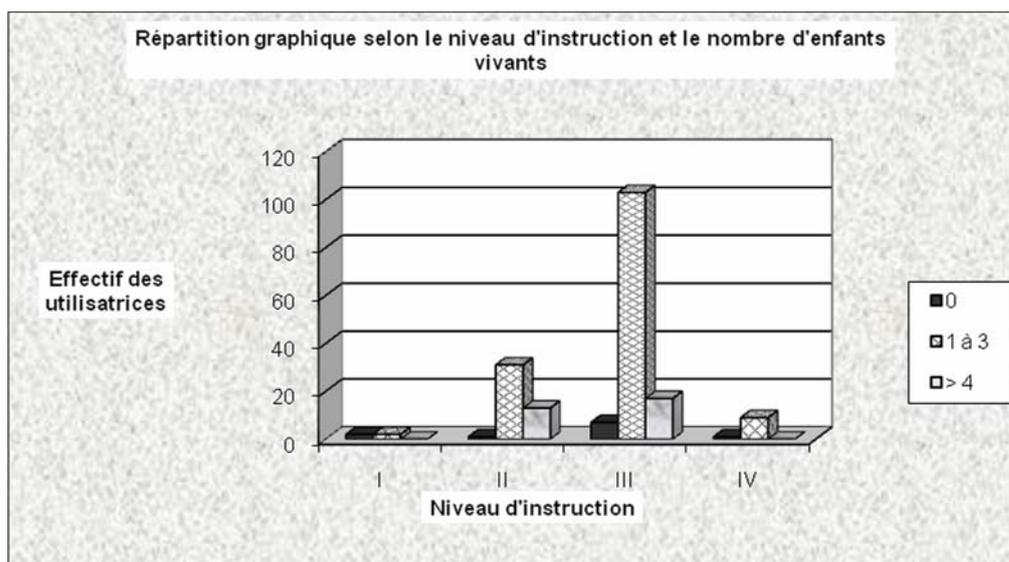


Figure N° 14 : Le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants des utilisatrices

4.3.3 Situation matrimoniale

Tableau n° 08 : Répartition selon la situation matrimoniale et le nombre d'enfants vivants

| ENFANTS VIVANTS | SITUATION MATRIMONIALE | | | | TOTAL | |
|-----------------|------------------------|--------|--------|---------|-------|---------|
| | CELIBATAIRE | | COUPLE | | | |
| 0 | 5 | 2,69 % | 6 | 3,22 % | 11 | 5,91 % |
| 1 à 3 | 4 | 2,15 % | 141 | 75,81 % | 145 | 77,96 % |
| ≥ 4 | 1 | 0,54 % | 29 | 15,59 % | 30 | 16,13 % |
| TOTAL | 10 | 5,38 % | 176 | 94,62 % | 186 | 100 % |

75,81 % des femmes vivant en couple possèdent 1 à 3 enfants ; seulement 3,22 % n'ont pas encore d'enfant. Les pratiquantes du Planning Familial (PF) vivant en couple dominant en nombre dans le Centre (94,62 %).

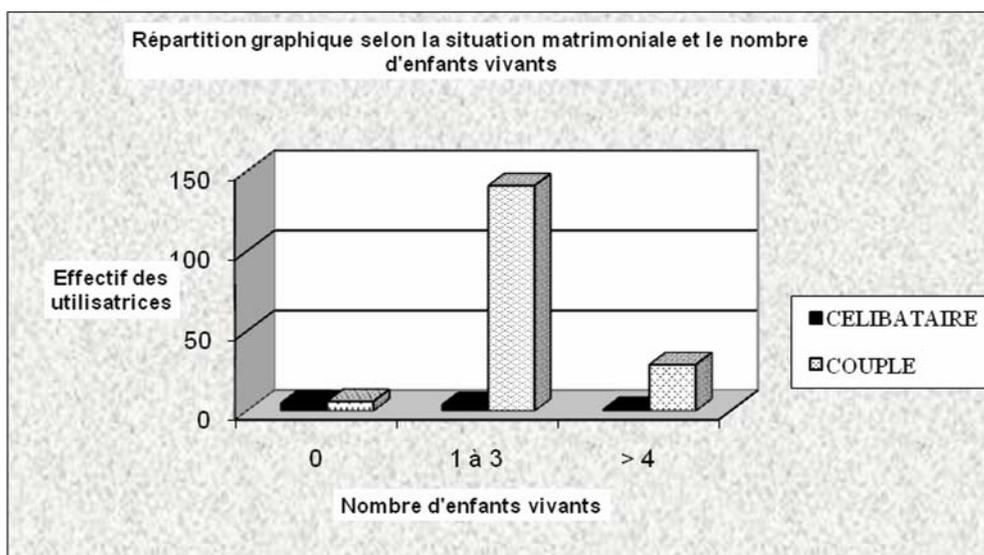


Figure N° 15 : La situation matrimoniale et le nombre d'enfants vivants

4.4 Les paramètres et le motif de contraception

4.4.1 Nombre d'enfants vivants

Tableau n° 09 : Répartition selon le nombre d'enfants vivants et le motif de contraception

| MOTIF | ENFANTS VIVANTS | | | | | | TOTAL | |
|------------------------------|-----------------|--------|-------|---------|-----|---------|-------|---------|
| | 0 | | 1 à 3 | | ≥ 4 | | | |
| ESPACEMENT Des Naissances | 11 | 5,91 % | 108 | 58,07 % | 5 | 2,69 % | 124 | 66,67 % |
| LIMITATION Des Naissances | - | - | 37 | 19,89 % | 25 | 13,44 % | 62 | 33,33 % |
| TOTAL | 11 | 5,95 % | 145 | 77,96 % | 30 | 16,13 % | 186 | 100 % |

La totalité des nullipares choisissent l'espacement des naissances soit 108 femmes sur 145 ayant 1 à 3 enfants vivants.

Les 25 femmes sur 30 ayant 4 enfants et plus optent pour la limitation des naissances.

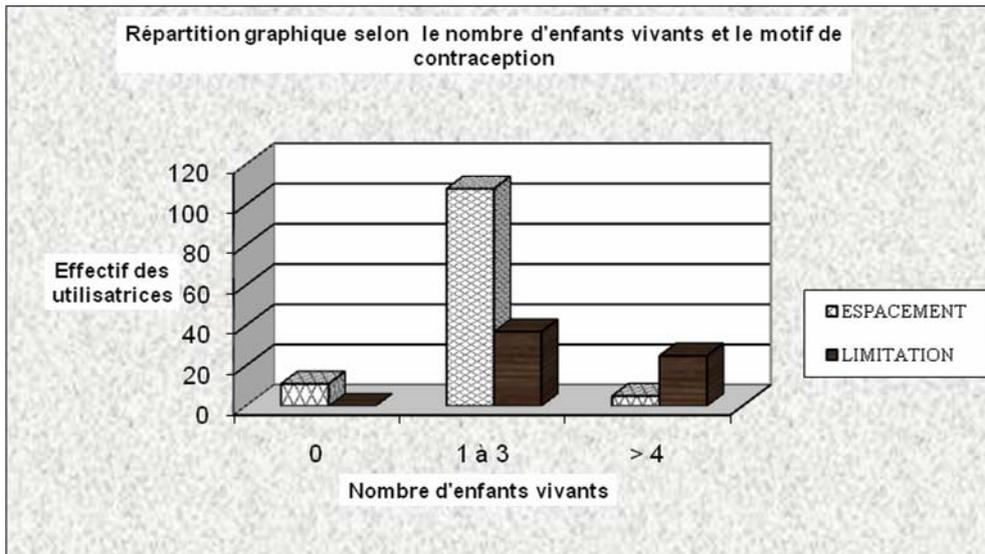


Figure N°16 : Le nombre d'enfants vivants et le motif de contraception

4.4.2 Méthodes contraceptives

Tableau n° 10 : Répartition selon les méthodes contraceptives et le motif de contraception

| METHODES | MOTIFS | | | | TOTAL | |
|----------|------------|---------|------------|---------|-------|---------|
| | ESPACEMENT | | LIMITATION | | | |
| CO | 42 | 22,58 % | 13 | 6,99 % | 55 | 29,57 % |
| CI | 75 | 40,32 % | 42 | 22,58 % | 117 | 62,90 % |
| BAR | 5 | 2,69 % | 4 | 2,15 % | 9 | 4,84 % |
| PFN | 2 | 1,08 % | 3 | 1,61 % | 5 | 2,69 % |
| TOTAL | 124 | 66,67 % | 62 | 33,33 % | 186 | 100 % |

Les 40,32 % des femmes choisissent les CI, les 22,58 % optent pour les CO afin d'espacer leurs naissances.

Celles qui souhaitent limiter les naissances avaient les mêmes choix mais des taux moins importants que ceux de l'espacement (CI : 22,58 % et CO : 6,99 %)

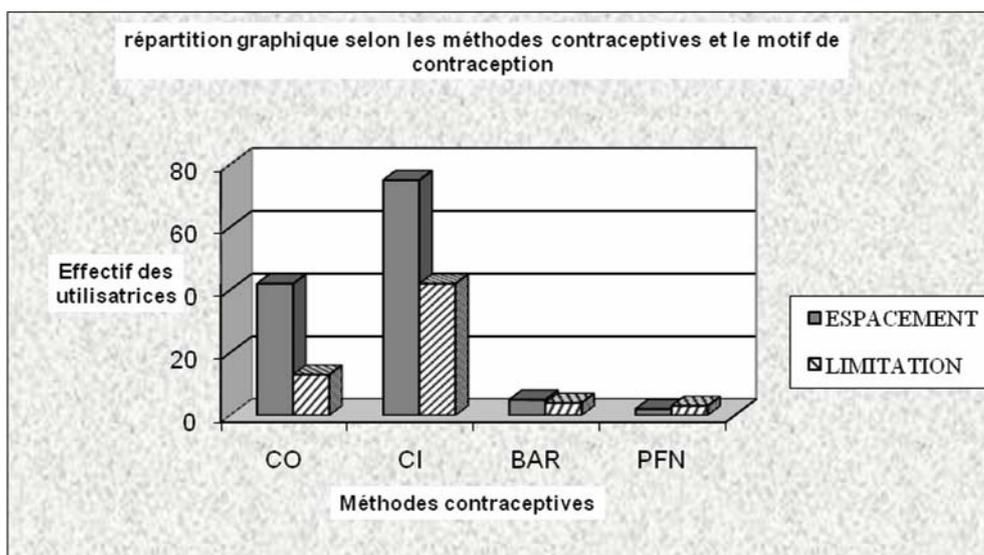


Figure N° 17 : Les méthodes contraceptives et le motif de contraception

4.5 Les paramètres et le lieu de résidence

4.5.1 Méthodes contraceptives

Tableau n° 11 : Répartition selon les méthodes contraceptives et le lieu de résidence

| METHODES | RESIDENCE | | | | TOTAL | |
|----------|------------------------------------|---------|-----------------------|---------|-------|---------|
| | Dans le Fokontany d'ANDAFIAVARATRA | | Hors d'ANDAFIAVARATRA | | | |
| CO | 46 | 24,73 % | 9 | 4,84 % | 55 | 29,57 % |
| CI | 98 | 52,69 % | 19 | 10,21 % | 117 | 62,90 % |
| BAR | 8 | 4,30 % | 1 | 0,54 % | 9 | 4,84 % |
| PFN | 3 | 1,61 % | 2 | 1,08 % | 5 | 2,69 % |
| TOTAL | 155 | 83,33 % | 31 | 16,67 % | 186 | 100 % |

Les femmes résidant dans le Fokontany d'Andafiavaratra utilisent plus des CI (52,69 %) et des CO (24,73 %) que celles qui habitent hors de ce Fokontany.

On constate la même chose pour les BAR et PFN mais avec des taux relativement faibles.

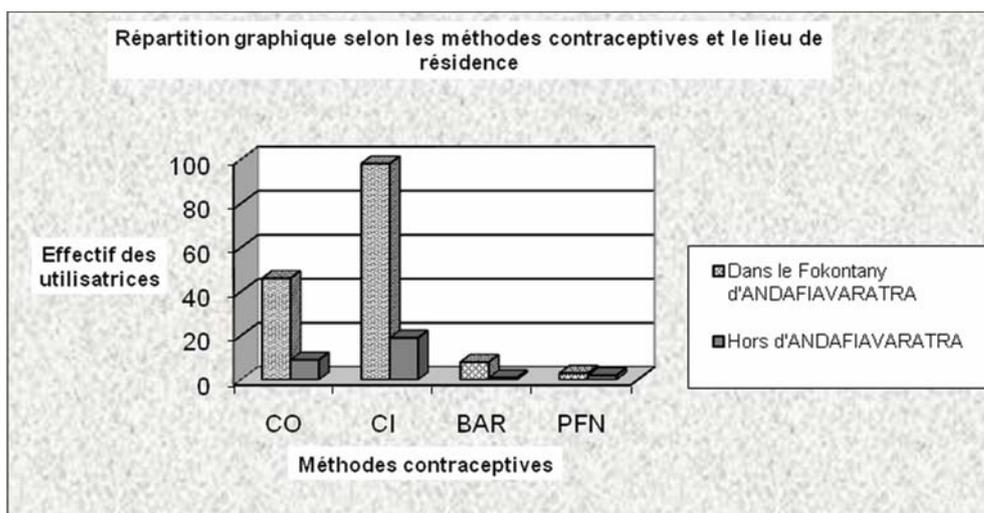


Figure N° 18 : Les méthodes contraceptives et le lieu de résidence

4.5.2. Age

Tableau n° 12 : Répartition selon l'âge et le lieu de résidence

| LIEU DE RESIDENCE | AGE | | | | | | TOTAL | |
|-----------------------|-------------|--------|-------------|---------|----------------|---------|-------|---------|
| | 14 – 19 ans | | 20 – 34 ans | | 35 ans et plus | | | |
| ANDAFIAVARATRA | 9 | 4,84 % | 117 | 62,90 % | 29 | 15,59 % | 155 | 83,33 % |
| Hors d'ANDAFIAVARATRA | 1 | 0,54 % | 19 | 10,22 % | 11 | 5,91 % | 31 | 16,67 % |
| TOTAL | 10 | 5,38 % | 136 | 73,12 % | 40 | 16,13 % | 186 | 100 % |

Les jeunes femmes de 20 à 34 ans pratiquent le plus le Planning Familial (73,12 %) quel que soit le lieu de résidence. Les adolescents de 14 à 19 ans pratiquent moins le Planning Familial (5,38 %). En somme, les femmes du Fokontany d'Andafiavaratra ont un taux de participation plus élevé que celles qui résident hors du Fokontany.

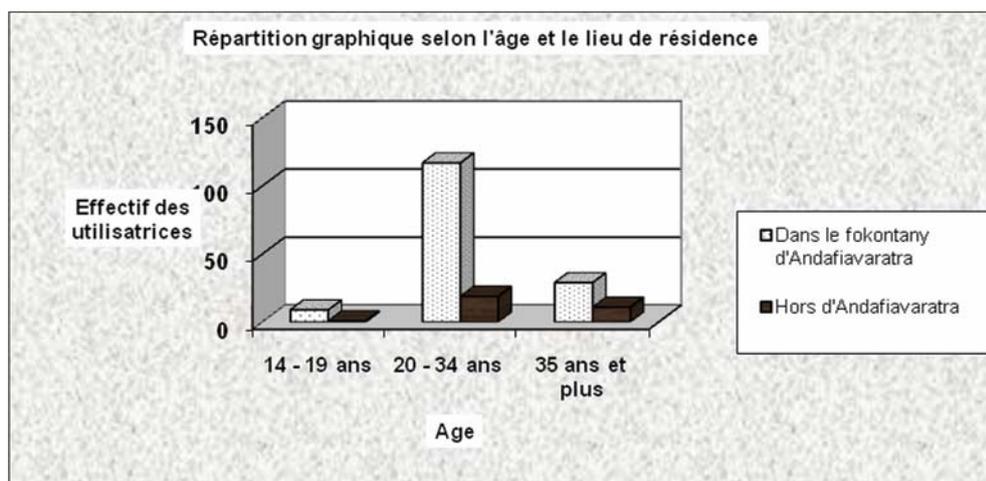


Figure N° 19: L'âge et le lieu de résidence des clientes

4.6 Les paramètres et l'abandon

Les cas d'abandon quel que soit le motif sont considérés comme perdus de vue.

L'utilisatrice est considérée comme « Perdue de vue » si elle ne revient pas 4 semaines après la date de rendez-vous pour les méthodes renouvelables. Pour le D.I.U, 6 mois après la date de rendez-vous fixé.

4.6.1 Suivi

Tableau n° 13 : Répartition selon le suivi

| SUIVI | EFFECTIF | TAUX |
|--------------|----------|---------|
| CONTINUATION | 105 | 56,45 % |
| ABANDON | 81 | 43,55 % |
| TOTAL | 186 | 100 % |

43,55 % des utilisatrices sont toutes perdues de vue.

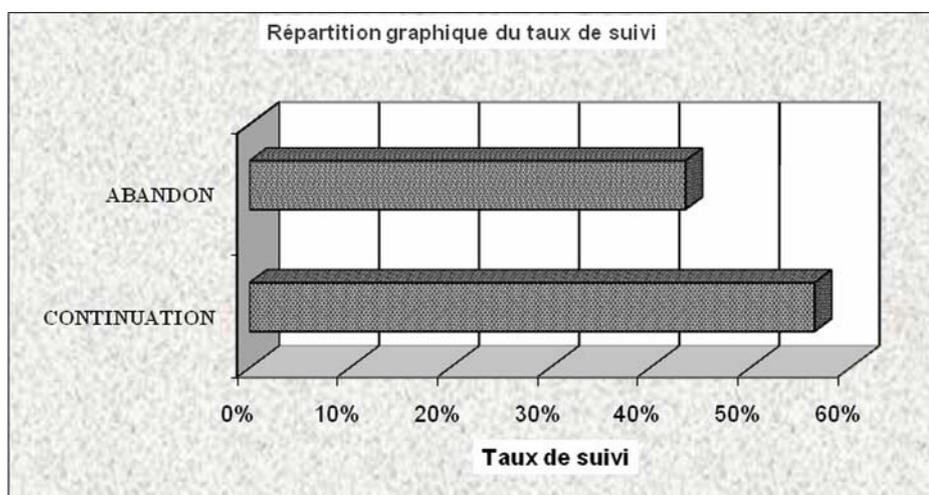


Figure N° 20 : Le taux de suivi des clientes

4.6.2 Méthodes contraceptives

Tableau n° 14 : Répartition selon l'abandon et les méthodes contraceptives

| METHODES | SUIVI | | | | TOTAL | |
|----------|--------------|---------|---------|---------|-------|-------|
| | CONTINUATION | | ABANDON | | | |
| CO | 31 | 56,36 % | 24 | 43,64 % | 55 | 100 % |
| CI | 73 | 62,39 % | 44 | 37,61 % | 117 | 100 % |
| BAR | 1 | 11,11 % | 8 | 88,89 % | 9 | 100 % |
| PFN | - | - | 5 | 100 % | 5 | 100 % |

Les méthodes BAR et PFN sont les moins suivies voire même abandonnées surtout pour la PFN (taux d'abandon : 100 %). Les CO (43,64 %) viennent en second rang et enfin les CI avec un taux d'abandon de 37,61 %.

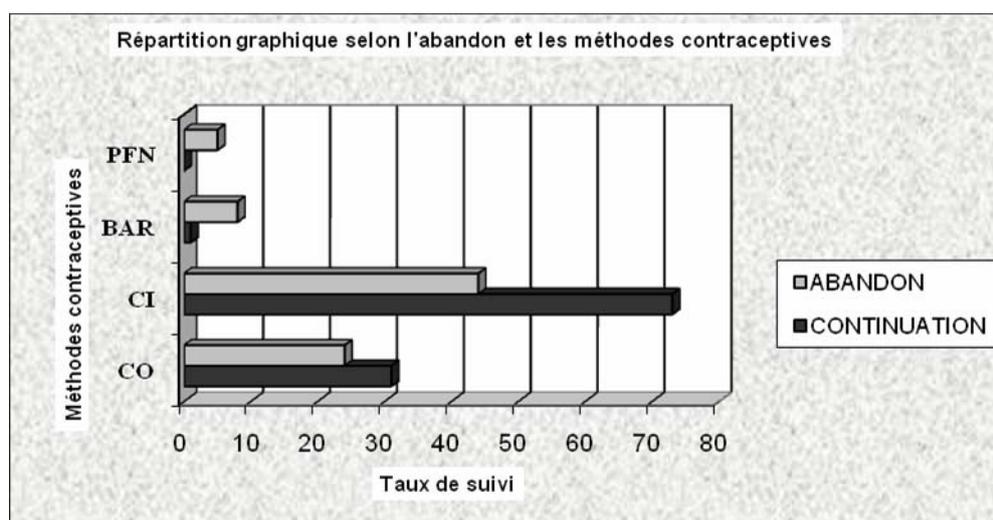


Figure N° 21 : L'abandon et les méthodes contraceptives des clientes

4.6.3 Age

Tableau n° 15 : Abandon par âge

| AGE | ABANDON | TAUX |
|----------------|---------|---------|
| 14 – 19 ans | 4 | 4,94 % |
| 20 – 34 ans | 57 | 70,37 % |
| 35 ans et plus | 20 | 24,69 % |
| TOTAL | 81 | 100 % |

Chez les femmes âgées de 20 à 34 ans, les abandons sont très élevés (70,37%). Chez celles âgées de 14 à 19 ans, les proportions sont très minimales (4,94 %) et pour les 35 ans et plus le taux d'abandon est de 24,69 %.

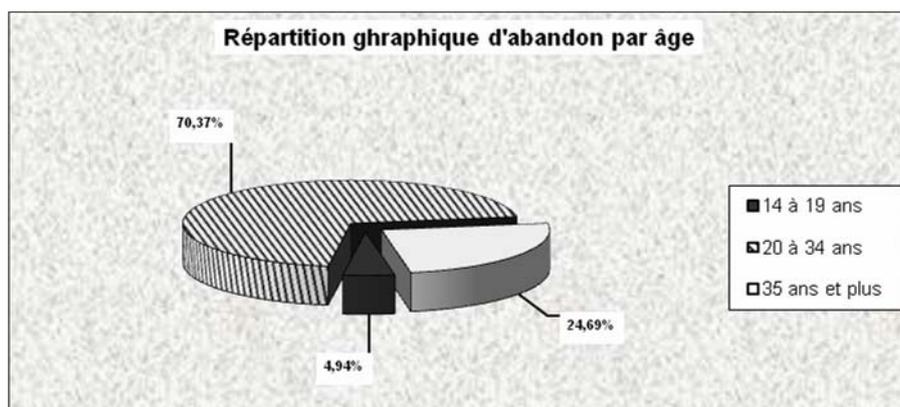


Figure N° 22 : Abandons par âge des clientes

4.6.4 Niveau d'instruction

Tableau n° 16 : Abandon par niveau d'instruction

| NIVEAU D'INSTRUCTION | ABANDON | TAUX |
|----------------------|---------|---------|
| ILLETREES | 1 | 1,23 % |
| PRIMAIRE | 15 | 18,52 % |
| SECONDAIRE | 58 | 71,60 % |
| UNIVERSITAIRE | 7 | 8,65 % |
| TOTAL | 81 | 100 % |

Plus de la moitié des perdues de vue sont des femmes du niveau secondaire (71,60 %). En second rang, celles qui ont passé le niveau primaire (18,52 %).

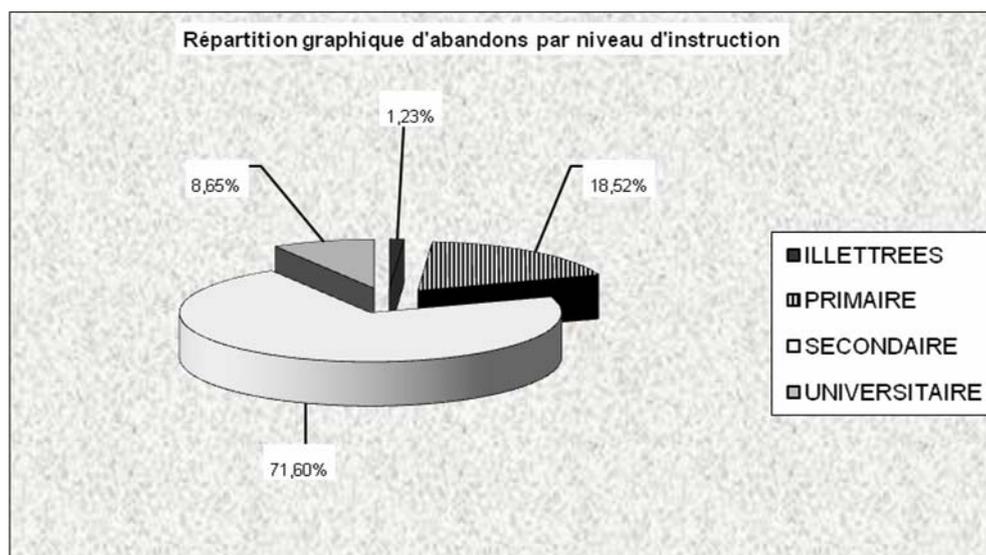


Figure N° 23 : Abandons par niveau d'instruction

4.6.5 Motif de contraception

Tableau n° 17 : Répartition d'abandons selon le motif de contraception

| MOTIF | ABANDON | TAUX |
|------------------------------|---------|---------|
| ESPACEMENT des Naissances | 58 | 71,60 % |
| LIMITATION des Naissances | 23 | 28,40 % |
| TOTAL | 81 | 100 % |

Les 71,60 % des perdues de vue sont motivées par l'espacement des naissances.

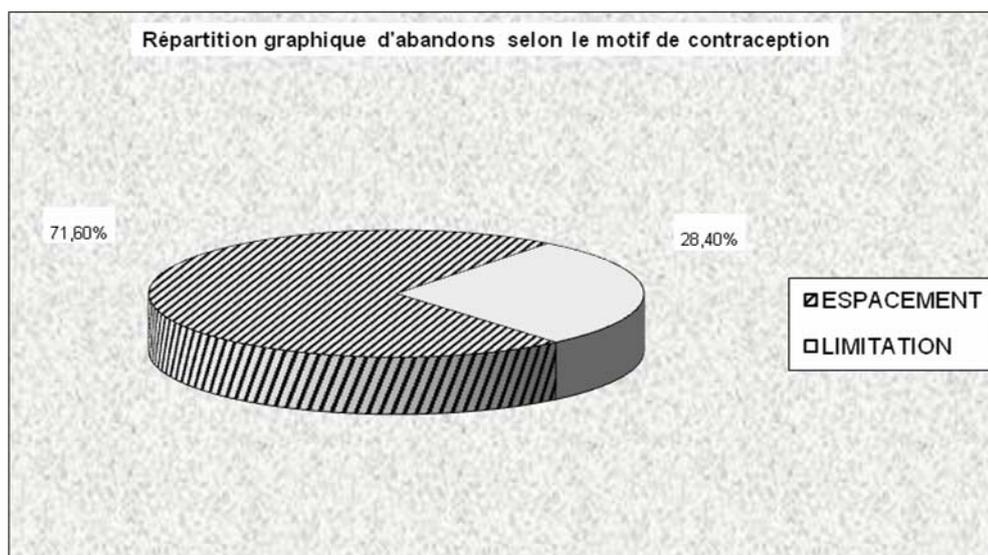


Figure N° 24 : Abandons et motif de contraception

4.6.6 Fréquence annuelle d'abandons et les méthodes contraceptives

Tableau n° 18 : Répartition annuelle d'abandons selon les méthodes contraceptives

| METHODES | ABANDON | | | | TOTAL | |
|----------|---------|---------|------|---------|-------|-------|
| | 1999 | | 2000 | | | |
| CO | 17 | 70,83 % | 7 | 29,17 % | 24 | 100 % |
| CI | 25 | 56,82 % | 19 | 43,18 % | 44 | 100 % |
| BAR | 2 | 25 % | 6 | 75 % | 8 | 100 % |
| PFN | 4 | 80 % | 1 | 20 % | 5 | 100 % |
| TOTAL | | | | | 81 | 100 % |

Une augmentation importante de pourcentage d'abandons est enregistrée : pour les CI 70,83 %, les CO 56,83 % en 1999. ces chiffres diminuent progressivement au cours de l'année, tandis que pour les BAR et PFN, un faible pourcentage des abandons a été constaté au cours de l'année 1999-2000.

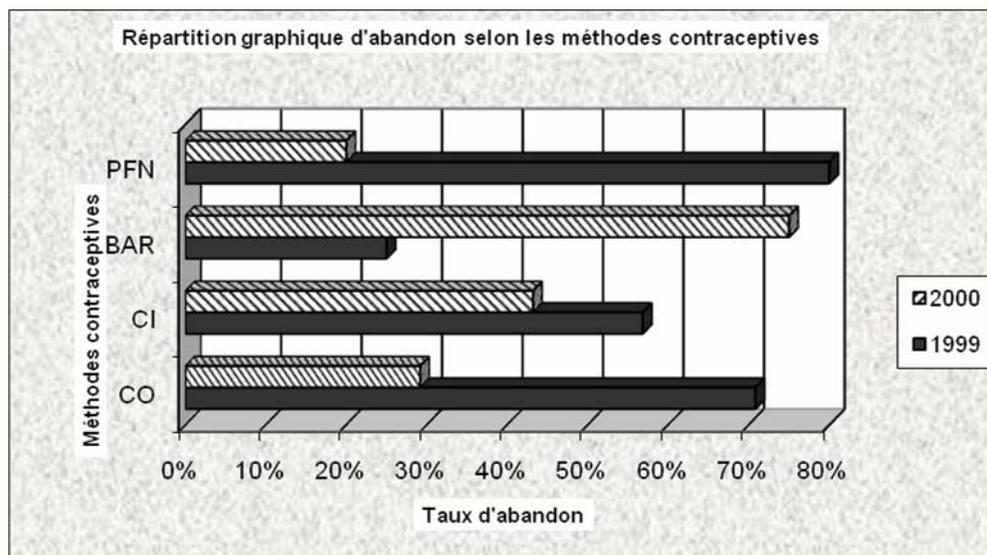


Figure N° 25 : Fréquence annuelle d'abandons et les méthodes contraceptives des utilisatrices

4.7 Le changement de méthodes

Il n'y a que 15 utilisatrices qui ont changé de méthodes durant les années 1999 et 2000.

Tableau n° 19 : Répartition selon le changement de méthodes

| METHODES | ABANDON | TAUX |
|----------|---------|---------|
| CO | 4 | 26,67 % |
| CI | 10 | 66,66 % |
| BAR | 1 | 6,67 % |
| PFN | - | - |
| TOTAL | 15 | 100 % |

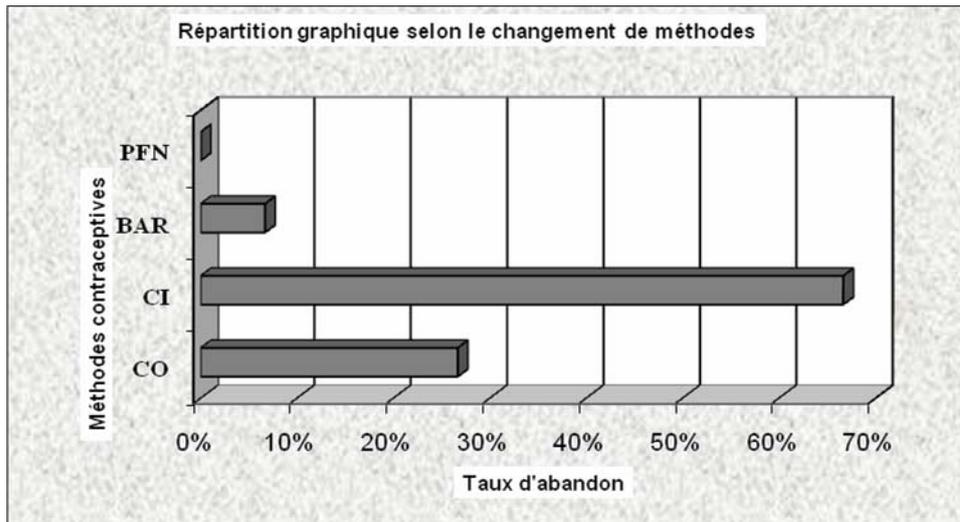


Figure N° 26 : Le changement des méthodes des clientes

4.8 Source d'information

Tableau n° 20 : Répartition selon la réussite de la source d'information

| SOURCE D'INFORMATION | EFFECTIF | TAUX |
|----------------------|----------|---------|
| RADIO /TV/ JOURNAL | 17 | 9,14 % |
| BROCHURE / AFFICHE | 27 | 14,52 % |
| PERSONNEL DE SANTE | 86 | 46,23 % |
| AGENT COMMUNAUTAIRE | 1 | 0,54 % |
| FAMILLE / AMIS | 55 | 29,57 % |
| TOTAL | 186 | 100 % |

Les 46,23 % des sources d'information sont tenues par les personnels de santé. En second rang se placent les famille / amis (29,57 %) et au troisième rang, les brochures / affiches (14,52 %).

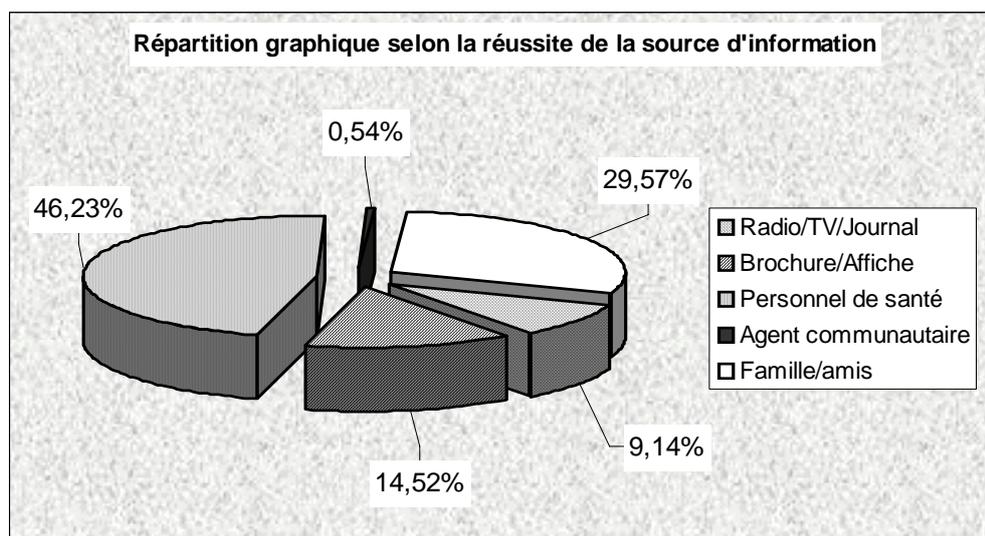


Figure N° 27 : La réussite de la source d'information

4.9 Approvisionnement et consommation annuelle des médicaments

4.9.1 Approvisionnement et consommation en 1999

Tableau n° 21 : Répartition de l'approvisionnement et de la consommation en 1999

| METHODES | NOMBRE DE MEDICAMENTS | CONSOMMATION |
|------------------------|-----------------------|--------------|
| LOFEMENAL (cycle) | 300 | 195 |
| OVRETTE (cycle) | 100 | 17 |
| DEPO-PROVERA (unité) | 300 | 129 |
| CONCEPTROL (unité) | 200 | 100 |
| CONDOM (unité) | 400 | 171 |

Plus d'un dixième de la totalité des comprimés d' OVRETTE ont été consommés. Et plus de la moitié des comprimés de LOFEMENAL l'ont été.

Les CONCEPTROLS sont à moitié consommés et presque la moitié des autres méthodes livrées sont utilisées.

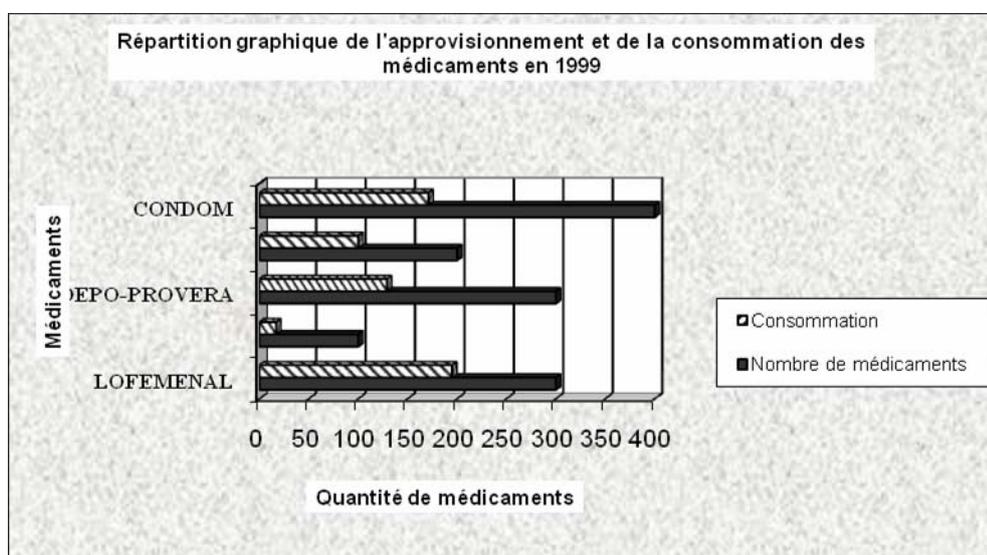


Figure N° 28 : L'approvisionnement et la consommation en 1999

4.9.2 Approvisionnement et consommation en 2000

Tableau n° 22 : Répartition de l'approvisionnement et de la consommation en 2000

| METHODES | NOMBRE DE MEDICAMENTS | CONSOMMATION |
|------------------------|--------------------------|--------------|
| LOFEMENAL (cycle) | 400 | 315 |
| OVRETTE (cycle) | 200 | 93 |
| DEPO-PROVERA (unité) | 300 | 134 |
| CONCEPTROL (unité) | 200 | 115 |
| CONDOM (unité) | 400 | 392 |

Plus des trois-quart des comprimés de LOFEMENAL et plus des deux-tiers des DEPO-PROVERAS ont été consommés.

Les comprimés d'OVRETTE étaient consommés presque à moitié, un peu plus de la moitié pour les CONCEPTROLS. La quasi-totalité des CONDOMS livrés a été utilisée.

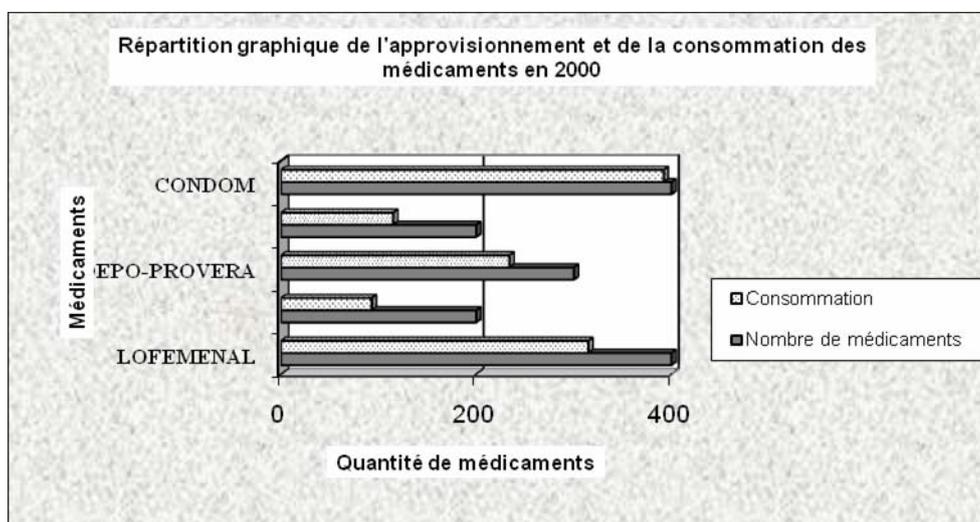


Figure N° 29: L'approvisionnement et la consommation en 2000

5. Les utilisatrices régulières par méthodes contraceptives

Tableau n° 23 : Répartition annuelle des utilisatrices régulières par méthodes contraceptives

| METHODES | 1999 | | 2000 | |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Utilisatrices régulières | Utilisatrices régulières | Utilisatrices régulières | Utilisatrices régulières |
| CO | 13 | 37,14 % | 18 | 25,71 % |
| CI | 21 | 60 % | 52 | 74,39 % |
| BAR | 1 | 2,86 % | 0 | - |
| PFN | - | - | - | - |
| TOTAL | 35 | 100 % | 70 | 100 % |

Le nombre des utilisatrices régulières en l'an 2000 est le double de celui de l'année 1999.

Une augmentation progressive des utilisatrices régulières a été constatée pour les CI et les CO pendant les 2 années.

Pour les BAR et PFN, les proportions de ces méthodes restent très diminuées voire nulles car elles sont en totalité abandonnées.

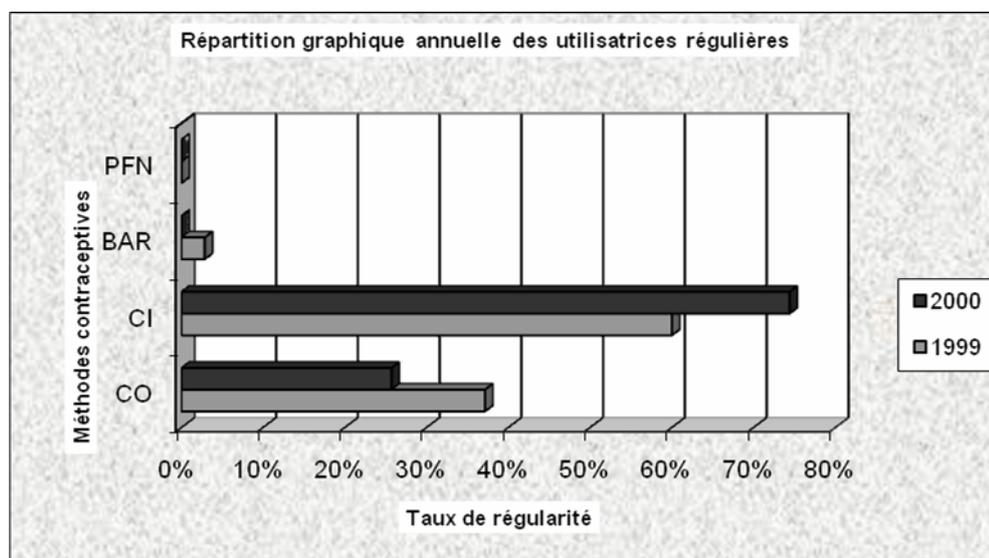


Figure N° 30 : Fréquence annuelle des utilisatrices régulières

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

L'échantillon d'étude

Il s'agit d'un échantillon de population composée de femmes plus ou moins jeunes, au nombre de 186. la moyenne d'âge est de 34 ans.

La majorité de ces femmes vit en couple (94,62 %). Les femmes âgées de moins de 19 ans est de 5,38 % seulement. En grande partie ces femmes ont passé le niveau d'instruction moyen (68,26 % atteignent le niveau secondaire).

La classe des femmes d'une parité de 1 à 3 enfants dominant largement en pourcentage (77,96 %) contre 16,13 % pour celles qui ont 4 enfants et plus. On a alors une « parité médiane »¹ de 4 enfants.

En premier lieu, les femmes acceptantes sont motivées plutôt par l'espace (66,67 %) que par la limitation des naissances (33,33 %). 83,33 % de ces femmes habitent au sein même du Fokontany d'implantation du Centre.

Les abandons sans justification ni motif déclaré sont de 43,55 %.

Le pourcentage des changements de méthodes reste encore minime et avoisine les 8,06 % .

Le personnel de santé assure la meilleure source d'information pour ces utilisatrices (46,23 %).

Les méthodes contraceptives

Les contraceptifs injectables (CI)

Ces méthodes demeurent les plus utilisées dans le CSB II d'Andohalo quels que soient les paramètres d'études (âge, nombre d'enfants vivants, situation matrimoniale, niveau d'instruction, le lieu de résidence). Elles englobent un taux total de 62,90 %.

Plusieurs raisons expliquent le succès des CI :

- Usage facile sous forme d'injection, sa propre fréquence.
- Un moyen pour préserver l'intimité du couple en cas d'une désapprobation du conjoint.
- Une réponse pour prévenir la grossesse, soutenir la pratique de l'allaitement

maternel qui a aussi un effet contraceptif et des effets bénéfiques pour la mère que pour son bébé vu la difficulté de la vie quotidienne.

¹ La parité médiane se définit comme la parité moyenne permettant de diviser l'effectif total de la population en deux quantités égales c'est-à-dire une moitié (50 %) de l'effectif ayant une parité inférieure à la partie médiane et l'autre moitié (50 %) ayant une parité supérieure à la parité médiane

- Une motivation essentielle et nécessaire pour les utilisatrices pour espacer les naissances. Aussi, le retour de la fécondation survient environ six mois après l'arrêt de cette méthode.

D'après l'OMS, l'administration par injection de ce produit est largement appréciée et un grand nombre de traitements selon cette méthode se sont avérés efficaces dans plusieurs pays en développement y compris le notre (43).

Les contraceptifs oraux (CO)

Ils sont en seconde place après les CI , ayant un taux global de 29,57 %.

Le choix de cette méthode est motivé par :

- Son mode d'utilisation facile avec une prise unique et quotidienne d'une pilule (44)
- Le retour rapide à la fécondité par les CO

C'est un premier choix des nullipares afin de retarder leur première progéniture, un second choix pour les femmes âgées de 20 à 34 ans et ayant 1 à 3 enfant vivants et un niveau d'instruction secondaire et primaire afin d'espacer leurs naissances.

Les CO sont rarement acceptés pour les femmes âgées de 35 ans et plus malgré les maximums de risques vasculaires, d'hémorragie cérébrale et de tumeurs hépatiques bénignes qu'ils produisent (45) (46).

Le D.I.U (Dispositif Intra-Utérin)

Cette méthode n'est pas disponible dans le Centre à cause de l'étroitesse du local, l'insuffisance des matériels d'équipement et le manque de personnel qualifié. Les acceptantes de cette méthode sont toutes référées vers les autres Centres de Référence.

Ailleurs, bon nombre de femmes utilisent encore ce produit et y trouvent des avantages qui motivent bien leur choix.

Les méthodes Barrières

Ce sont des méthodes à double action puisqu'elles sont à la fois utilisées d'une part comme préservatif contre les IST (Infections Sexuellement Transmissibles) et d'autre part comme contraceptif.

Elles sont les moins bien utilisées au Centre, le taux global est de 4,84 % seulement.

Les femmes âgées de 20 à 34 ans et les nullipares, vivant en couple et ayant 1 à 3 enfants, à un niveau d'instruction secondaire et primaire, utilisent ces méthodes pour espacer les naissances.

Aucune des utilisatrices âgées de 14 à 19 ans ne les utilise dans le Centre.

Les femmes âgées de 35 ans et plus les pratiquent, mais avec un taux très faible.

Le taux d'abandon de ces méthodes avoisine les 88,89 % vu la Politique de la mise en vente libre de ces produits dans le Centre, même ailleurs, mais il y a aussi les préjugés sur la réduction de l'harmonie sexuelle de l'individu ou le couple même.

1.2.5 Les méthodes PFN (Planification Familiale Naturelle)

Quoiqu'une méthode qui offre le plus d'avantages aux utilisatrices de Planning Familial, l'allaitement maternel demeure la seule méthode naturelle conseillée dans le Centre.

L'efficacité de son action contraceptive dépend du respect des conditions requises au cours de son application.

Bien que l'allaitement maternel soit le plus facile à pratiquer et présente beaucoup d'avantages aussi pour la mère que pour son enfant car il se comporte comme :

- Une alimentation naturelle de haute qualité et gratuite pour le bébé.
- Une méthode très économique pour la famille.

Malgré tout, c'est le moins qui intéresse les clientes.

Les femmes âgées de 20 à 34 ans et de 35 ans et plus, surtout paucipares, touchant tous les niveaux d'instruction, mises à part les illettrées, optent pour cette méthode. Elles représentent un taux global de 2,69 %.

Dans le Centre, le taux d'abandon de cette méthode est de 100%, plusieurs raisons ont été constatées :

- Le non respect des conditions requises pour que l'allaitement maternel soit exclusive et donc efficace en tant que méthode contraceptive.

- L'allaitement maternel n'est pas toujours exclusif chez les femmes qui ont des activités en dehors de leur foyer.

- En cas de maladie, la prise de certains médicaments trouble la lactation et empêche la mère d'allaiter son bébé d'une manière exclusive.

- A l'heure actuelle, les femmes recherchent à conserver leur standing.

Face aux progrès du mode de vie actuelle, ces conditions paraissent contraignantes pour les utilisatrices de cette méthode. Malgré cela, les Personnels de Santé préconisent toujours la PFN en occurrence, l'allaitement maternel

Les caractéristiques selon les paramètres d'études

Age

Les femmes jeunes de la classe d'âge de 20 à 34 ans participent plus activement à la pratique de la contraception. C'est un témoin de prise de conscience chez ces jeunes femmes (73,11 %).

En second lieu, les femmes âgées de 35 ans et plus, sont assez nombreuses (21,51 %).

La cause probable de ce fait est la diminution de leur activité sexuelle ou la manifestation de la préménaupause.

Les femmes âgées de 14 à 19 ans sont très peu représentées pour suivre le PF. Ceci témoigne l'ignorance de la Planification Familiale.

Un grand nombre de femmes âgées de 20 à 34 ans choisissent les CI, elles représentent les 45,70 % des utilisatrices de Planning Familial. Puis les CO sont utilisés à 22,04 % et enfin les BAR et PFN.

Les acceptantes de 14 à 19 ans optent d'abord pour les CI et les CO et n'acceptent pas les Barrières et la PFN.

Celles âgées de 35 ans et plus optent d'abord pour les CI (12,36 %) ensuite les CO (6,99 %) et enfin acceptent peu les BAR et PFN.

1.3.2. Enfant vivant

Le nombre d'enfants vivants est fonction de l'âge de la pratiquante.

Les femmes, dont le nombre d'enfants vivants varie de 1 à 3 appartenant à la classe d'âge de 20 à 34 ans, pratiquant le Planning Familial sont majoritaires (62,37 %) :

- La majeure partie des femmes nullipares préfèrent avant tout le CO pour retarder leur première naissance, puis les CI, BAR et n'acceptent pas la Planification Familiale Naturelle (PFN).
- Les femmes possédant 1 à 3 enfants vivants choisissent les CI en premier lieu dans le but d'espacer les naissances.
- Les femmes possédant 4 enfants vivants et plus ont fait les même choix : CI puis CO et enfin les BAR et PFN. Leur but consiste à espacer les naissances pour faire plus d'économie.

Quelque part ailleurs, les bruits courent que la pratique de la contraception rend stérile. En conséquence, le doute s'installe et la plupart des consultantes ne sont venues au Centre qu'après avoir eu un enfant ou des enfants. Un renforcement de la sensibilisation est donc indispensable pour limiter le nombre des naissances (jusqu'à 4 enfants) même si la majorité des femmes désirent avoir encore d'autres enfants. D'où l'importance du motif de contraception.

1.3.3 Situation matrimoniale

Une grande partie des femmes vivent en couple (94,62 %). Leurs méthodes de premier choix sont les CI, puis dans l'ordre les CO, BAR et PFN. 75 % des femmes qui vivent en couple ont déjà 1 à 3 enfants.

Les utilisatrices vivant seules, nullipares, sont à un taux faible de 2,69 % contre 3,22 % pour celles vivant en couple et sans enfant. La faible participation des célibataires s'explique par la peur de réaction de la société où elles vivent, mais aussi face à l'attitude moralisatrice des Personnels de Santé du Service concerné.

1.3.4 Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction motive le succès ou l'échec de la pratique de la méthode à pratiquer.

Les femmes de tous les niveaux d'instruction (illettrées jusqu'aux universitaires) fréquentent le Centre. Parmi elles, les femmes illettrées sont très peu nombreuses (2.16 %) et elles trouvent beaucoup de difficultés voire de retards pour

capter et comprendre les messages de sensibilisation. Parfois, elles ont honte de leur ignorance et se sentent complexées.

Au niveau national, une femme sur cinq âgée de 15 à 49 ans (21 %) est sans instruction (4).

Un certain nombre de connaissances est alors indispensable pour permettre à ces femmes d'être plus réceptives et plus compréhensives. La majorité des clientes dans ce Centre ont un niveau d'instruction moyen, mais quel que soit le niveau d'instruction, les CI occupent toujours le premier rang dans le choix des utilisatrice, à l'exception de celles qui ont passé le niveau universitaire, elles optent pour les CO pour différentes raisons :

- Moins cher
- Commodité d'utilisation
- Efficacité élevée
- Réversibilité excellente

1.3.5 Motif de contraception

- Pour l'espacement de naissance : le choix essentiel des femmes est représenté par les CI (40,32 %), les CO arrivent en second rang (22,58 %) et à la fin, dans les BAR et la PFN.

Nous constatons que les femmes âgées de 20 à 34 ans, ayant 1 à 3 enfants vivants s'intéressent mieux à cet espacement des naissances.

Les nullipares pratiquent le Planning Familial seulement pour retarder leur première gestation (5,91 %).

- Pour celles qui désirent limiter les naissances : les CI dominent leur choix (22,58 %), suivi par les CO (6,99 %) puis à la fin les BAR et la PFN.

Les femmes âgées de 20 à 34 ans, ayant plus d'un enfant vivant sont les plus intéressées.

1.3.6 Lieu de résidence

Le secteur d'activités médicales du Centre est composé des 10 Fokontany suivants :

- Andafiavaratra
- Ankazotokana Ambony
- Ambohitsiroa V N
- Manjakamiadana
- Ambohipotsy
- Andohamandry
- Manakambahiny
- Morarano
- Ampamantanana

Ces Fokontany ont environ 42.370 habitants dont 9.745 sont des femmes en âge de procréer.

On a constaté que :

- Les femmes résidant dans le Fokontany d'Andafiavaratra préfèrent surtout les CI (52,69 %) que celles résidant hors de ce Fokontany (10,21 %). Ceci s'explique par l'efficacité de la CCC par les responsables du centre que ce soit fixe ou mobile.
- Quelle que soit la tranche d'âge, les femmes résidant dans le Fokontany d'Andafiavaratra pratiquent le plus le Planning Familial (PF) que celles habitant hors du Fokontany. On peut dire que ces utilisatrices ont tendance à conserver leur standing et surtout à la recherche de la qualité de soins et de service.

1.3.7 Abandon

Les méthodes BARRIERES et PFN sont les moins utilisées et les moins choisies par les acceptantes. Elles sont presque totalement délaissées et représentent un taux maximum d'abandon de 100 % pour les Barrières et de 88,89 % pour les PFN. Les CO viennent par la suite avec un taux d'abandon de 43,64 %, puis à la fin les CI avec un taux de 37,61%.

Le taux effectif total d'abandon est de 43,55 % qui est expliqué par les raisons suivantes :

- Certaines clientes sont perdues de vue sans justification ni motif valable.
- Certaines d'entre elles ne sont pas satisfaites de la qualité de Service offert par le Personnel de Santé.
- Pour quelques unes, c'est tout simplement un désir de grossesse d'où l'arrêt à un moment donné de la contraception. De ce fait, on peut relever un taux d'abandon pour l'espacement de naissance de 71,60 %.
- Les autres clientes abandonnent pour suivre l'affectation de leurs maris ou du fait du refus de ces derniers.
- Les rumeurs sur les effets indésirables de la contraception, l'éloignement du centre et le choix limité dans les méthodes de contraception.

Notre étude nous informe qu'un taux élevé d'abandon est enregistré chez les femmes âgées de 20 à 34 ans (70,37 %) surtout chez celles qui ont un niveau d'instruction secondaire. Cela sous entend les nombreuses charges occupées par les mères de famille.

1.3.8 Le changement de méthodes

Un faible nombre de changement de méthodes a été retenu (15 sur 186) pendant les deux années 1999-2000.

Les CI sont les plus concernés avec un taux de changement de 66,66 % par rapport à l'effectif total. Les CO s'en suivent avec un taux de changement de 26,67 %. Les BAR et PFN continuent, dans la totalité à être servies mais rapidement délaissées par les acceptantes.

En tout, les contraintes et les effets secondaires indésirables paraissent en être la cause.

1.3.9 Les sources d'information

Dans le CSB II d'Andohalo, le personnel de Santé tient la première place pour informer les utilisatrices de la Planification Familiale. 46,23 % des femmes suivant le Planning Familial témoignent que leur source d'information viennent du Personnel de Santé, soit lors d'une consultation médicale d'une maladie courante, soit lors d'une consultation pré ou post-natale.

Les familles et les amis occupent la seconde place et représentent 29,57 % des sources d'informations.

Tout ceci traduit que la Planification Familiale est devenue un sujet de conversation dans la vie quotidienne.

Les brochures et les affiches occupent la troisième place avec un taux global de 14,52 %. Ce fait s'explique par la curiosité et le désir de savoir plus sur la Planification Familiale.

Cette information écrite concerne les femmes moyennement instruites, qui sont majoritaires, et les femmes ayant un niveau d'étude universitaire. Les femmes illettrées sont mises à l'écart face à cette situation.

Enfin, les RADIO/TV/JOURNAL (9,14 %) et l'Agent communautaire (0,54%). Différentes raisons peuvent être évoquées :

- Vu la hausse sans cesse du coût de la vie, certaines familles ne peuvent s'acheter ni de radio ni de télévision et encore moins de journaux pour s'informer et s'instruire. Certaines mères de familles sont engagées par les lourdes tâches quotidiennes de telle sorte qu'elles n'aient plus le temps de s'informer.
- L'agent communautaire délaisse parfois la prise en charge des femmes en âge de procréer.

Bref, l'accès à l'information est donc fonction du niveau d'instruction de tout un chacun. Aussi cet accès à l'information dépend-il du milieu social (urbain ou rural) dans lequel vit l'utilisatrice.

1.4 Approvisionnement et consommation des produits de contraception

La commande est à relancer selon le nombre de mois de stock (cf. annexe V) et le Stock d'Alerte². C'est le Service de Santé de District d'Antananarivo Renivohitra (SSDAR) qui approvisionne le Centre de Planification Familiale d'Andohalo.

Pendant les deux années 1999-2000, il n'existe pas de rupture de stock en produits contraceptifs car l'agent responsable de Planification Familiale ne laisse descendre le nombre de mois de stock inférieur à 3 mois, ce, pour prévenir d'éventuelles ruptures. Les produits sont à consommer suivant la date de péremption pour éviter que les produits soient périmés sur place.

Le Centre dispose d'autres médicaments appelés adjuvants pour traiter les couples.

² Le Stock d'Alerte est le stock minimum que le centre doit posséder afin de prévenir une rupture de stock. Quand l'état de stock atteint le niveau « Stock d'Alerte », on lance immédiatement la commande.

2. SUGGESTIONS

Pour que le Planning Familial, en tant que composante essentielle du développement, soit au mieux accepté, et que toutes les méthodes contraceptives soient accessibles à toutes les couches de population afin d'en assurer le bien-être de la famille, y compris celui de la femme et de son enfant, nous suggérons au terme de notre travail :

2.1 Au niveau du Centre de Santé

- Pour le Personnel de Santé, il est indispensable dans leur devoir d'assurer une bonne qualité de Service : recevoir avec respect et tact les clientes afin qu'ils ne constituent pas un obstacles pour ces dernières d'adopter le Planning Familial.

- Pour la CCC, l'accès à l'information sur le Planning Familial (PF) doit être renforcée en faisant participer les gens à des débats organisés tout en tenant compte de leur coutume, leur niveau d'instruction, et enfin leur classe social. L'objectif fixé consiste alors à éclaircir l'esprit des gens pour effacer les rumeurs qui circulent dans les coulisses concernant l'usage des produits contraceptifs et de leur faire connaître leurs bienfaits.

- Toutes les méthodes contraceptives doivent être disponibles au niveau du Centre pour satisfaire les choix des clientes et elles doivent être accessibles à toutes les couches de la population.

2.2 Au niveau national

- Amélioration de l'infrastructure de tous les Centres de Planification Familiale (PF), pour avoir des locaux bien développés et bien aérés conformes aux normes exigées afin d'assurer une meilleure prestation de service et d'en attirer de meilleurs rendements.

- Mettre en place un programme national coordonné de la Planification Familiale (PF) axé sur la protection de la Santé maternelle et infantile, le relier à des programmes plus vastes associés à la Santé en matière de reproduction.

- Introduire la Planification familiale dans tous les Services de Santé materno-infantile, les secteurs publiques, les privés.

- Travailler en partenariat avec les différents organismes que ce soit non gouvernementaux ou confessionnels pour mettre en œuvre les programmes de la Planification Familiale.
- Lancer une large campagne d'éducation du public sur la Planification Familiale pour que les gens prennent conscience des effets néfastes de la non pratique de la Planification Familiale et également de leur responsabilité dans leur choix et leur droit en matière de reproduction.
- Incorporer l'éducation en matière de Planification Familiale dans les programmes de formations destinés aux adultes et adolescents des deux sexes en vue de les responsabiliser sur les comportements sexuels et reproductifs.
- Donner des formations gratuites et complètes ou de recyclage aux Personnels prestataires de service en matière de Planification Familiale. Ce recyclage doit être périodique, c'est-à-dire tous les bimestres ou trimestres pour les nouveaux prestataires et tous les ans pour les anciens afin de mieux renforcer leur compétence.
- Augmenter le nombre de Personnels qualifiés, les placer pour assurer la relève et pour compléter le manque de Personnels dans les autres Services de Planning Familial. Leur accorder des avantages dignes de leurs prestations dans l'accomplissement de leurs difficiles et nobles tâches telles que : salaires suffisants, les indemnités, moyens de déplacement...

CONCLUSION

Actuellement, le Planning Familial est pratiqué dans les quatre coins du monde dans le but de maîtriser l'accroissement de la population et de préserver le bien-être et le bonheur de la famille.

Le Planning Familial est une solution adoptée par l'Etat à Madagascar pour mettre en œuvre sa Politique nationale sur la population, en harmonie avec le développement économique et social du pays promulgué publiquement en 1990.

Ainsi, notre étude rétrospective effectuée pendant deux ans (1999-2000) sur les utilisatrices de Planning Familial dans le Centre de Santé de Base niveau II d'Andohalo a permis de montrer les faits suivants :

- 186 nouvelles acceptantes dont 43,55 % sont perdues de vue autrement dit, presque la moitié de ces acceptantes a abandonné.

- 62,90 % utilisent les CI et 29,57 % utilisent les CO, le reste choisit les méthodes BAR et PFN.

- La majorité des utilisatrices sont dans la classe d'âge de 20 à 34 ans (73,11 %), paucipares, (77,96 %), vivant en couple (94,62 %) et ayant un niveau d'instruction secondaire (68,26 %).

- 52,69 % des clientes pratiquant le Planning Familial habitent dans le Fokontany d'appartenance du Centre (Fokontany d'Andafiavaratra).

- 66,67 % sont motivées plutôt par l'espacement des naissances que par la limitation des naissances (33,33 %).

- Les Agents de Santé sont les premières sources d'information des clientes (46,23 %).

On a pu également tirer les remarques suivantes :

- L'infrastructure installée ne répond pas aux besoins en matière de Planification Familiale

(local étroit, salle d'attente très restreinte pour recevoir les clientes).

- Insuffisance de Personnels qualifiés et des matériels d'équipements de Service.

- Certaines méthodes contraceptives ne sont pas disponibles pour satisfaire les choix des clientes (D.I.U, Norplant)

- Nombreuses perdues de vue (81 utilisatrices sur 186)
- Les rumeurs, détruisant la confiance dans la pratique de Planning Familial, les laissent dans le doute.
- La CCC reste encore insuffisante que ce soit fixe ou mobile.
- Une tendance des utilisatrices à conserver leur standing.

En comparant cette étude à celle des autres, nous pouvons dire que la participation des gens pratiquant la Planification Familiale reste faible. Ceci s'explique par l'éloignement de ce centre par rapport aux autres Fokontany desservis. Sa situation géographique actuelle rendant plus difficile l'accès et enfin le démarrage récent des activités de la Planification Familiale n'ayant débuté qu'au mois de janvier 1999.

Nos suggestions sont :

Pour que la Planification Familiale soit plus acceptée et que les rendements soient plus satisfaisants au niveau de ce Centre, tout responsable de tout niveau en particulier l'Etat malgache doit tenir compte de ces différents problèmes et d'en trouver les solutions efficaces en considérant les quelques suggestions que nous avons évoquées auparavant afin de mener à bien la mise en œuvre de cette Politique.

Ainsi, nous espérons que des études similaires aux nôtres soient faites pour servir de guide ou de référence à ceux qui souhaiteraient promouvoir le Planning Familial.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Salas Rachel . Réflexion sur la population. Paris, 1984 : 6,14-15, 19.
- 2- EUROSTAT . Statistiques de bases 1996 . Luxembourg, 1996 : 154-155.
- 3- MIN ECO / PLAN . Politique Nationale de la Population . Loi N° 90.030 du 19 Décembre 1990 : 2, 9.
- 4- INSTAT / DHS (Demography and Health Surveys) . Enquête démographique et de santé à Madagascar 1997 . Antananarivo, 1998 : 6-8, 47-64.
- 5- USAID – PRB. Population de Madagascar . Panneau mural. Déc 1995 : 3.
- 6- Kent M. Van de Graaf. , R. Ward Rhees . Anatomie et Physiologie Humaines . 1989 : 305, 308-309.
- 7- Le Médical du XXè siècle . Physiologie endocrinienne de l’ovaire . EDILEC. 1972 : 838-839.
- 8- Manuel Merck de Diagnostic et Thérapeutique. Paris, 1988 : 1842-1843, 1845.
- 9- Ramakavelo M.P. et Coll. Introduction – Définition et Objectifs du terme « PF » . La planification Familiale à Madagascar. Antananarivo, 1993 : 2-3.
- 10-OMS . Education sanitaire en matière de Planning Familial. Série des rapports techniques. Genève, 1971 ; 483 : 15-16.
- 11-Ramakavelo M.P. et Coll. . A propos de la Planification Familiale à Madagascar. Antananarivo, 1983 : 4-5, 10.
- 12-Manitra O. , Youssouf. O. , Benjamin A. , Heritina A. . Analyse situationnelle du programme de la Planification Familiale de la FISA. Antananarivo, 1993 : 21.
- 13-FTK . Fandrindram-piterahana natoraly . Diosezin’Antananarivo, 1986 : 2.
- 14-Andriamampita J. . Problème nouveau pour la lecture et la relecture de la Bible . La parenté responsable . Académie – FISA. 1986 :11-13.
- 15-FNUAP/FISA . Volume de la population . Antananarivo, 1991 : 5.
- 16-Philippe L . L’éducation sexuelle est-elle à faire ? Programme de régulation de naissance en Afrique . Rennes, 1975 : 65.
- 17-UNICEF . « Une naissance quant on veut, une naissance quant on le peut » . Coopération DEPA / DVV . 1990 : 2.
- 18-Wollast E. , Vekemans M. . Savoir et Santé : Pratique et gestion de la PF dans un pays en voie de développement . Bruxelles, 1993 : 4.
- 19-OMS . Les méthodes naturelles de la Planification Familiale : Guide pour les prestations de service . Genève , 1997 : 1, 16.

- 20-Helen C. , Armstrong IBCL. Guide de l'enseignement sur la conduite de l'allaitement maternel . 1993 : 49.
- 21-The Breastfeeding information group . Breafeed your Baby . 1982 : 21.
- 22-Ogino. , Knauss . Ovulation Sternum und Konzeption . Zental Blatte fur Gynekologie . 1933 : 21.
- 23-Sentis R. Maîtrise de la fécondité par la méthode naturelle de Docteur Billings . Strasbourg : 2è Edition, 1984 : 31.
- 24-FNUAP . Guide pour les formateurs en Planification Familiale Naturelle . New York : 1^{ère} Edition, 1990 : 178-780.
- 25-Billings J.J . Régulation naturelle de naissances : La méthode d'ovulation . Paris : Edition Paulline , 1985 : 20.
- 26-OMS . Planification Familiale : Méthode et pratique pour l'Afrique. Genève, 1985 : 18, 31.
- 27-OMS. Contraceptions mécaniques et spermicides : leurs rôles en planification Familiale . Genève, 1987 : 6, 13, 16.
- 28-IPPF . Manuel de Planification Familiale à l'usage des médecins . London: 6è Edition, 1989 : 121, 151, 156,159.
- 29-OMS. Contraceptif intra-utérin : guide à l'intention des techniciens et gestionnaires des services OMS . Genève, 1998 : 1.
- 30-The John Hopkins University . Population Reports . Contraceptifs Oraux pendant les années 80. Baltimore, 1988 : 45.
- 31-OMS . Injectable Contraceptives : what health Worker need to know family planning and population reproductive health . Genève, 1997 : 20.
- 32-Sandra W. , Diana H . Norplant : Implants sous-cutanés au Levonogestrel . Guide pour faciliter les conseils . Inc . Revisé © . 1992 : 3, 4, 9.
- 33-The John Hopkins University . Stérilisation Volontaire : Principales méthodes mondiales de la contraception . Population Reports . Série J . Baltimore, 1986 : 18.
- 34-OMS . Stérilisation féminine : Ce que les agents de santé doivent savoir . Genève, 1994 : 3-14.
- 35-OMS . Vaséctomie . Genève , 1997: 3, 6, 15.
- 36-Robert M . Contraception volontaire sans risque . Fédération Mondiale des Agences de Santé pour la Promotion de la Contraception . 1990 : 17-18.
- 37-CSB II , Andohalo . Certificat juridique : titre N° 14.237.A . Oct 1934.
- 38-CSB II , Andohalo . Cahier d'inspection du Centre de Santé d'Andohalo . 1938.

- 39-CSB II , Andohalo . Données statistiques du Centre de Santé d'Andohalo . 1997.
- 40-Site / PF, Andohalo . Régistre de consultation journalière et rapport d'activités de Service .
Antananarivo, 2000 : 1 – 83.
- 41-Population Reports . La consultation fait la différence . 1987 ; 1 : 3 – 7.
- 42-USAID / Unité d'Appui SIG. Manuel d'instruction : Système d'information pour la gestion des
services de Planification Familiale . Mars 1996 : 37 – 39.
- 43-OMS . Les contraceptifs injectables : Leur rôle en PF . Genève, 1990: 41 – 43.
- 44-Kay CR . Oral contraceptives and health . American Journal of Epidemiology . 1977 : 102, 459.
- 45-Sendratiana L. M. . Evaluation des activités de PF des dans le CSB II d'Antanimena . Thèse
med . Antananarivo , 1999: 17. N° 5153 .
- 46-Razanantoanina S . Utilisation des méthodes contraceptives dans le CSB II d'Ambohipo de
1996 à 1998. Thèse Méd . Antananarivo, 1999: 50. N° 5079.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur RATOVO Fortunat

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine

d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

VELIRANO

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

Dia manome toky sy mianiana aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo ampanatontosana ny raharaham-pitsaboana.

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE

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

| B. Identification de l'utilisateur | | | |
|--|--|---|--|
| 1. N° d'enregistrement | | 2. Année : | |
| 3. Nom : | | | |
| 4. Prénoms : | | | |
| 5. Date de naissance : | | 6. Age : <18 ans <input type="checkbox"/> | >35 ans <input type="checkbox"/> |
| 7. Niveau d'instruction : | Illétre <input type="checkbox"/> | Primaire <input type="checkbox"/> | Secondaire <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> |
| 8. Adresse : (préciser Fokontany, Firisana) | | | |
| 9. Temps mis pour venir en consultation : | | | |
| 10. Etat matrimonial : | Vit en couple <input type="checkbox"/> | Vit seul <input type="checkbox"/> | |
| 11. Niveau d'instruction conjoint : | Illétre <input type="checkbox"/> | Primaire <input type="checkbox"/> | Secondaire <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> |
| 12. Nombre d'enfants vivants actuellement : | | | |
| 13. Date naissance dernier-né ou âge : | | | |
| 14. Date naissance avant dernier-né ou âge : | | | |
| 15. Motifs d'adhésion à la Planification Familiale : | Espacement <input type="checkbox"/> | Limitation <input type="checkbox"/> | |
| 16. Source d'information sur la PF : | Radio/TV/Journal <input type="checkbox"/> | Brochure/Affiche <input type="checkbox"/> | Personnel Santé <input type="checkbox"/> |
| | Agent communautaire <input type="checkbox"/> | Famille/Amis <input type="checkbox"/> | |

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

D. Prescription d'une méthode contraceptive

| ETAT | Résultats | | Méthodes disponibles | | | | | | |
|--|-----------|-----|----------------------|----|----|-----|-----|-----|-----|
| | Oui | Non | COC | PP | CI | DIU | BAR | NOR | CCV |
| 1. INTERROGATOIRE-ETAT ACTUEL | | | | | | | | | |
| 1.1. Grossesse | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 1.2. Allaitement maternel de : <6 sem | | | x | x | x | x | x | x | |
| 6 sem ... 6 mois | | | 3 | | | | | | |
| 1.3. Tabagisme Age >35 ans >20 tiges/jour | | | 4 | | | | | | |
| 1.4. Adolescente (<18 ans) | | | | 3 | 3 | 3 | | 3 | 4 |
| 1.5. Nulliparité | | | | | | 3 | | | 4 |
| 1.6. Traitement en cours : | | | 3 | 3 | 3 | | | 3 | |
| Epilepsie sous barbiturique | | | | | | | | | |
| Tuberculose, lèpre sous rifampicine | | | 3 | 3 | 3 | | | 3 | |
| 1.7. Maladies cardio-vasculaires | | | 3 | 3 | 3 | | | 3 | |
| 1.8. Dysménorrhée/hyperménorrhée | | | | | | 3 | | | |
| 1.9. Métrorragie d'origine inconnue | | | 4 | 4 | 4 | 4 | | 4 | |
| 1.10. Désir rapide de fécondité | | | | | 3 | | | | 4 |
| 2. INTERROGATOIRE, ANTECEDENTS | | | 4 | 4 | 4 | | | 4 | |
| 2.1. Ictère <6 mois | | | | | | | | | |
| 2.2. HTA >16/10 et/ou migraine | | | 4 | | | | | | |
| 2.3. Thrombophlébite ou varices profondes | | | 4 | | | | | | |
| 2.4. Infection génitale | | | | | | 4 | | | |
| 2.5. Diabète | | | 3 | | | | | 3 | |
| 3. EXAMEN GENERALE ET GYNECOLOGIQUE | | | | | | | | | |
| 3.1. TA : <16/10 | | | | | | | | | |
| =16/10 | | | 3 | | | | | | |
| >16/10 | | | 4 | | | | | | |
| 3.2. Coloration des conjonctives : ictère | | | 4 | 4 | 4 | | | 3 | |
| anémie sévère | | | | | | 3 | | 3 | |
| 3.3. Seins : cancer actuel | | | 4 | 3 | 3 | | | 3 | |
| 3.4. Cirrhose (ascite/hépatomégalie) | | | 4 | 4 | 3 | | | 3 | |
| 3.5. Cancer du foie | | | 4 | 4 | 4 | | | 3 | |
| 3.6. Varices profondes (douleurs, oedèmes, lourdeur) | | | 4 | | | | | | |
| 3.7. Spéculum : - cervicite purulente | | | | | | 4 | | | |
| - cancer du col | | | | | | 4 | | | |
| 3.8. T. V. : - signes de grossesse | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| - malformations | | | | | | 4 | | | |
| - douleur ou masse annexielle ou utérine | | | | | | 4 | | | |
| 4. CONCLUSION Méthode suggérée au départ par le client Méthode proposée : Méthode adoptée | | | | | | | | | |

x Ne pas utiliser, promouvoir l'allaitement maternel

4 Ne pas utiliser

3 Ne pas utiliser s'il y a d'autres méthodes

| E. Suivi | | | | | | | |
|-----------------|------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------|---------|
| Date | Date de DR | Examen clinique** Résultats | Effets secondaires à préciser | Méthode prescrite et quantité | Raison de changement de méthode | Nom du prestataire | Date RV |
| | | | | | | | |

** INSTRUCTIONS : COC, PP, CI, NOR :
 A chaque visite : TA, Poids
 Une fois par an TV plus spéculum, examen seins
 DIU :
 A chaque visite Conjonctives, TV plus spéculum

RAPPORT D'ACTIVITES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Ministère de la Santé

| I. Identification | | | |
|------------------------|--|--|--------------|
| 1. Formation Sanitaire | | | |
| 2. District Sanitaire | | | 4. Année |
| 3. Région | | | 5. Trimestre |

| II. Utilisation des méthodes contraceptives | | | | | | | |
|---|-----------------------|---------------|------------------------|----------------|--------------------|-------|----------------------------|
| | A | B | C | D | E | F | G |
| Méthodes | Nouveaux utilisateurs | Perdus de vue | Utilisateurs réguliers | Quantité reçue | Quantité consommée | Reste | Nb Mois de Stock (F/(E/3)) |
| 1. Microgynon (cycle) | | | | | | | |
| 2. Lo- femenal (cycle) | | | | | | | |
| 3. Microlut (cycle) | | | | | | | |
| 4. Ovrette (cycle) | | | | | | | |
| 5. Noristerat (dose) | | | | | | | |
| 6. Depo-provera (dose) | | | | | | | |
| 7. DIU (unité) | | | | | | | |
| 8. Conceptrol (unité) | | | | | | | |
| 9. Condom (unité) | | | | | | | |
| 10. Norplant | | | | | | | |
| 11 Vasectomie | | | | | | | |
| 12. Mini-lap | | | | | | | |
| 13 PFN | | | | | | | |
| 14. Total | | | | | | | |

| III. Activités spéciales / Remarques | |
|--|--|
| 1. Nombre de séances de communication de groupe de Planification Familiale | |
| 2. Remarques (continuer au verso) | |
| | |

SUMMARY

Name and Christian name: ANDRIANTSILAIZINA Harijaona

Title of the thesis : ACTIVITIES OF FAMILY PLANNING AT THE
HEALTH CENTER LEVEL II OF ANDOHALO
DURING 1999-2000 YEARS

Classification : PUBLIC HEALTH

Number of tables : 23 Number of pages : 79 Number of references :
46

Number of pictures : 30 Number of appendix : 05

Number of schemas : 12

Family Planning is adopted by the Malagasy State to reduce fruitfulness in its Policy of development promulgated in 1990. The laid down objective is to ensure the well-being and the happiness of the family.

Our retrospective study relating to the 186 recorded women practising the FP on the level of the CSB II of Andohalo from the 01/01/99 to 31/12/00 showed that :

- The Injectable Contraceptives are more used (62,37 %) because of their easy use, then OC (29,57 %) and finally the BAR and the NFP.
- 73,11 % of the customers are old 20 to 34 years, paucipares (77,96 %), alive couples some (94,62%) and having an average educational level (secondary level: 68,26%).
- 66,67 % are justified by the spacing of births, 52,69% live with the centre even of Fokontany of membership of the Center.
- The Personnel of Health was the first sources of information of the female users (46,23 %).
- 43,35 % are lost sight of the fact for various reasons: desire of pregnancy, assignment of the husband, rumours...

To have more outputs: to intensify the CCC, to analyze the causes of abandonments and and to find the solutions adequate to recover these lost sight of the fact. Also, all the actors concerned should redouble their efforts.

Key words : Familial Planning, contraceptive methods, female users, Sources of information , Abandonment.

Thesis Director : Professor RATOVO Fortunat

Thesis Reporter : Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal

Correspondence : Lot II R 194 A Betongolo – Antananarivo 101

RESUME

Nom et prénom : ANDRIANTSILAIZINA Harijaona

Titre de thèse : LES ACTIVITES DE PLANNING FAMILIAL AU CENTRE DE SANTE DE
BASE NIVEAU II (CSB II) D'ANDOHALO DURANT LES ANNEES 1999-
2000

Rubrique : SANTE PUBLIQUE

Nombre de tableaux : 23

Nombre de pages : 79

Nombre de références
bibliographiques : 46

Nombre de figures : 30

Nombre d'annexes : 05

Nombre de schémas : 12

La Planification Familiale est adoptée par l'Etat Malgache pour réduire la fécondité dans sa Politique de développement promulguée en 1990. L'objectif fixé est d'assurer le bien-être et le bonheur de la famille.

Notre étude rétrospective portant sur les 186 femmes enregistrées pratiquant la PF au niveau du CSB II d'Andohalo à partir du 01/01/99 au 31/12/00 a montré que :

- Les méthodes Contraceptives Injectables sont les plus utilisées (62,90 %) à cause de leur usage facile, puis les CO (29,57 %) et enfin les BAR et PFN.
- 73,11 % des clientes sont âgées de 20 à 34 ans, paucipares (77,96 %), vivant en couple (94,62 %) et ayant un niveau d'instruction moyen (niveau secondaire : 68,26 %).
- 66,67 % sont motivées par l'espacement des naissances, 52,69 % habitent au sein même du Fokontany d'appartenance du Centre.
- Les Personnels de Santé ont été les premières sources d'informations des utilisatrices (46,23 %).
- 43,35 % sont perdues de vue pour diverses raisons : désir de grossesse, affectation du mari, les rumeurs...

Pour avoir plus de rendements : intensifier la CCC , analyser les causes d'abandons et trouver les solutions adéquates pour récupérer ces perdues de vue. Aussi, tous les acteurs concernés devraient-ils redoubler leurs efforts.

Mots-clés : Planification Familiale, méthodes contraceptives, utilisatrices, Sources d'information, abandon.

Directeur de thèse : Professeur RATOVO Fortunat

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

Adresse de l'Auteur : Lot II R 194 A Betongolo - Antananarivo 101 -