

RASEHENONTSOA Baovola

**ENQUETE SUR LA CONTRACEPTION MODERNE
DANS LA VILLE DE MORAMANGA**

Thèse de Doctorat en Médecine Humaine

**UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE**

ANNEE : 2014

N°8567

**ENQUETE SUR LA CONTRACEPTION MODERNE
DANS LA VILLE DE MORAMANGA**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} Juillet 2014 à Antananarivo
par

**Madame RASEHENONTSOA Baovola
Née le 11 Avril 1983 à Soavinandriana TANA III**

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

Directeur de Thèse : Professeur RANDRIA Mamy Jean de Dieu

MEMBRES DU JURY :

Président : Professeur RANDRIA Mamy Jean de Dieu
Juges : Professeur ANDRIANASOLO Roger
: Professeur RAKOTO ALSON Aimée Olivat
Rapporteur : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi



MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO

FACULTE DE MEDECINE

Fax : 22 277 04 - BP. 375 Antananarivo
E-mail : facultedemedecine_antananarivo@yahoo.fr

I. CONSEIL DE DIRECTION

A. DOYEN

M. ANDRIAMANARIVO Mamy Latatiana

B. VICE-DOYENS

❖ *Médecine Humaine*

- Troisième Cycle Long (Internat Qualifiant,
Clinicat, Agrégation et Formations
Professionnalisantes)

Pr. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck
Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora

- Scolarités

- 1^{er} et 2^{ème} cycles et communication
- 3^{ème} cycle court (stage interné, examens
de clinique et Thèses)

Pr. RAHARIVELO Adeline
Pr. VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle

- Téléenseignement, LMD et projets

Pr. ROBINSON Annick Lalaina
Pr. SOLOFOMALALA Gaëtan Duval

- Recherche

Pr. RAVELOSON Nasolotsiry Enintsoa

❖ *Pharmacie*

Pr. SAMISON Luc Hervé

❖ *Médecine Vétérinaire*

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO
Henriette

C. SECRETAIRE PRINCIPAL

- Administration Générale et Finances

Mr. RANDRIANJAFIARIMANANA Charles Bruno

II. CONSEIL D'ETABLISSEMENT

PRESIDENT

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO
Henriette

III. CHEFS DE DEPARTEMENT

- Biologie
- Chirurgie
- Médecine
- Mère et Enfant
- Pharmacie
- Santé Publique
- Sciences Fondamentales et Mixtes
- Tête et cou
- Vétérinaire

Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat
Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora
Pr. RABEARIVONY Nirina
Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao
Dr. RAOELISON Guy Emmanuel
Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie
Pr AHMAD Ahmad
Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam
Pr. RAFATRO Herintsoa

IV. CONSEIL SCIENTIFIQUE

PRESIDENT

Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana

V. COLLEGE DES ENSEIGNANTS

A. PRESIDENT

Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense

B. ENSEIGNANTS PERMANENTS

B.1. PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENTS SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Dermatologie Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

- Endocrinologie et métabolisme Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

- Néphrologie Pr. RAJAONARIVELO Paul
Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa

- Neurologie Pr. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba Alain

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO Noëline
Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Administration et Gestion Sanitaire Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO
Henriette

- Education pour la Santé Pr. ANDRIAMANALINA Nirina Razafindrakoto

- Santé Communautaire Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné

- Santé Familiale Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin

- Statistique et Epidémiologie Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anatomie Pathologique Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa

- Radiodiagnostic et Imagerie Médicale Pr. AHMAD Ahmad

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Ophtalmologie Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette
Pr. BERNARDIN Prisca

B.2. PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Hématologie Biologique Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat
- Parasitologie Pr. RAZANAKOLONA Lala Rasoamialy Soa

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie Cardio-Vasculaire Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès
- Chirurgie Générale Pr. RAKOTO-RATSIMBA Hery Nirina
- Chirurgie Pédiatrique Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana
- Pr. HUNALD Francis Allen
- Chirurgie Thoracique Pr. RAKOTOVAO Hanitrana Jean Louis
- Chirurgie Viscérale Pr. SAMISON Luc Hervé
- Pr. RAKOTOARIJAONA Armand Herinirina
- Orthopédie Traumatologie Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude
- Pr. SOLOFOMALALA Gaëtan Duval
- Urologie Andrologie Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora
- Pr. RAKOTOTIANA Auberlin Felantsoa

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Cardiologie Pr. RABEARIVONY Nirina
- Pr. RAKOTOARIMANANA Solofonirina
- Dermatologie Vénérologie Pr. RAMAROZATOVO Lala Soavina
- Hépto-Gastro-Entérologie Pr. RAMANAMPAMONJY Rado Manitrana
- Maladies Infectieuses Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu
- Pr. ANDRIANASOLO Radonirina Lazasoa
- Médecine Interne Pr. VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle
- Néphrologie Pr. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck
- Pr. RANDRIAMANANTSOA Lova Narindra
- Psychiatrie Pr. RAHARIVELO Adeline
- Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense
- Radiothérapie-Oncologie Médicale Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINANA Florine
- Réanimation Médicale Pr. RAVELOSON Nasolotsiry Enintsoa

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Gynécologie Obstétrique Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao
- Pr. RANDRIAMBELOMANANA Joseph Anderson
- Pédiatrie Pr. ROBINSON Annick Lalaina

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Physiologie Pr. RAKOTOAMBININA Andriamahery Benjamin

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Neuro-Chirurgie Pr. ANDRIAMAMONJY Clément
- Pr. RABARIJAONA Mamiarisoa
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Pharmacologie Pr. RAFATRO Herintsoa

B.3. MAITRES DE CONFERENCES

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie Dr. RAJAONATAHINA Davidra Hendrison

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALISTES MEDICALES

- Endocrinologie et Métabolisme Dr. RAKOTOMALALA Andrinirina Dave Patrick
- Neurologie Dr. ZODALY Noël
- Pneumo-phtisiologie Dr. RAKOTOMIZAO Jocelyn Robert
Dr. RAKOTOSON Joëlson Lovaniaina

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Gynécologie Obstétrique Dr. RASOLONJATOVO Jean de la Croix

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie Thoracique Dr. RASOLONJATOVO Andrimihaja Jean Claude

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique Dr. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi
Dr. RATSIMBASOA Claude Arsène
Dr. RAKOTONIRINA El-C Julio

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Sciences Ecologiques, Vétérinaires
Agronomiques et Bioingénieries Dr. RAHARISON Fidiniaina Sahondra
- Evolution – Ecologie – Paléontologie -
Ressources Génétiques Dr. RASAMOELINA Andriamanivo
Harentsoaniaina

DEPARTEMENT PHARMACIE

- Pharmacologie Générale Dr. RAMANITRAHASIMBOLA David
- Pharmacognosie Dr. RAOELISON Emmanuel Guy
- Biochimie Toxicologie Dr. RAJEMIARIMOELISOA Clara Fredeline
- Chimie Organique et Analytique Dr. RAKOTONDRAMANANA
Andriamahavola Dina Louisimo

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Biophysique Dr. RASATA Ravelo Andriamparany

B.4. ASSISTANTS

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Virologie Dr. KOKO
- Technologie Dr. RAHARIMALALA Edwige Marie Julie

DEPARTEMENT PHARMACIE

- Procédés de Production, Qualité
et Contrôle des Produits de Santé Dr. RAVELOJAONARATSIMBAZAFIMAHEFA
Hanitra Myriam

C. ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

C.1. PROFESSEURS EMERITES

Pr. ANDRIAMBAO Damasy	Pr. RAKOTOMANGA Robert
Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur	Pr. RAKOTOMANGA Samuel
Pr. ANDRIANARISOA Ange Christophe Félix	Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA S.U
Pr. AUBRY Pierre	Pr. RAKOTOZAFY Georges
Pr. FIDISON Augustin	Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe
Pr. KAPISY Jules Flaubert	Pr. RAMONJA Jean Marie
Pr. RABARIOELINA Lala	Pr. RANDRIAMAMPANDRY
Pr. RABENANTOANDRO Casimir	Pr. RANDRIANASOLO Jean Baptiste Olivier
Pr. RABETALIANA Désiré	Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery Honoré Blaise
Pr. RADESA François de Sales	Pr. RATSIVALAKA Razafy
Pr. RAJAONA Hyacinthe	Pr. RAZANAMPARANY Marcel
	Pr. ZAFY Albert

C.2. CHARGE D'ENSEIGNEMENT

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie Générale

Pr. RAVELOSON Jean Roger

DEPARTEMENT TETE ET COU

- ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Pr. RAKOTO Fanomezantsoa Andriamparany

VI. SERVICES ADMINISTRATIFS

CHEFS DE SERVICES

TROISIEME CYCLE LONG

Mme RANIRISOA Voahangy

SCOLARITE

Mme SOLOFOSAONA R. Sahondranirina

PERSONNEL

Mme RAKOTOARIVELO Liva Harinivo Vonimbola

SERVICE DES AFFAIRES GENERALES

M. RANDRIANARISOA Rija Hanitra

COMPTABILITE

M. RATSIMBAZAFIARISON Nivison Espérant

VII. IN MEMORIAM

Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson	Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard
Pr. RAJAONERA Frédéric	Pr. RAZAFINTSALAMA Charles
Pr. ANDRIAMASOMANANA Veloson	Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme
Pr. RAKOTOSON Lucette	Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre
Pr. ANDRIANJATOVO RARISOA Jeannette	Pr. MANAMBELONA Justin
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa	Pr. RAZAKASOA Armand Emile
Pr. RAKOTOBÉ Alfred	Pr. RAMIALIHARISOA Angéline
Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide	Pr. RAKOTOBÉ Pascal
Dr. RAKOTONANAHARY	Pr. RANAIVOZANANY Andrianady
Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël	Pr. RANDRIANARIVO
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin	Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
Pr. RAMANANIRINA Clarisse	Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder	Pr. RAHAROLAHY Dhels
Pr. RANIVOALISON Denys	Pr. ANDRIANJATOVO Jean José
Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana	Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand
Pr. RAVELOJAONA Hubert	Pr. RANDRIAMBOLOLONA RASOAZANANY Aimée
Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel	Pr. RATOVO Fortunat
Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme	Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel
Pr. RAKOTONIAINA Patrice	Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé
Pr. RAKOTO- RATSIMAMANGA Albert	Dr. RAZAKAMANIRAKA Joseph
Pr. RANDRIANARISOLO Raymond	Pr. ANDRIANJATOVO Joseph
Dr. RABEDASY Henri	Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie
Pr. MAHAZOASY Ernest	Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

DEDICACES

« Par la grâce de Dieu, je suis ce que je suis ; et sa grâce envers moi n'a pas été vaine. » I Cor 15 ; 10. Gloire soit au Seigneur tout Puissant de sa bénédiction.

Cette thèse est dédiée à mon mari qui a toujours été mon plus fidèle soutien. Tu es toujours à mes côtés dans les meilleurs comme dans les pires moments. Je te remercie pour ton amour, ta patience, ta compréhension et ta participation très active à la réalisation de cette thèse.

A mes trois enfants, Johann, Judickaël, Lorraine

A mes parents qui n'ont pas ménagé leur vie entière pour notre réussite. Je vous remercie de votre amour, de votre encouragement, et de votre soutien surtout dans les moments difficiles. Veuillez accepter cette thèse comme le témoignage de mon immense gratitude.

A mes frères et à mes sœurs, qui m'ont toujours épaulé et m'ont entouré avec amour et compréhension. Tout mon amour et ma reconnaissance.

A ma famille qui m'a soutenue durant ce long cursus. Mes sincères remerciements.

A toute la promotion « NIAVO ». Les meilleurs moments que nous avons partagés durant ces longues années d'études sont inoubliables.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette thèse. Sans oublier mes amis qui m'ont soutenu constamment par leur prière. Mes sincères reconnaissances.

A NOTRE MAITRE, PRESIDENT ET DIRECTEUR DE THESE

- **Monsieur le Docteur RANDRIA Mamy Jean de Dieu**

Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Maladies Infectieuses
à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.

*« Vous nous avez accueillie avec aimabilité et bienveillance. Vous nous avez
fait l'honneur de présider et de diriger notre Jury de Thèse.*

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude »

A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE

- **Monsieur le Docteur ANDRIANASOLO Roger**

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

- **Madame le Docteur RAKOTO ALSON Aimée Olivat**

Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Hématologie à la
Faculté de Médecine d'Antananarivo.
Chef du Département de Biologie.
Médecin Chef de Service Hématologie à l'HJRA.

« Qui ont accepté très spontanément de siéger dans ce jury.

Nous leur sommes très reconnaissants d'avoir voulu porter intérêt à ce travail.

Soyez en vivement remerciés »

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE

- **Monsieur le Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi**

Maître de Conférences à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
Diplômé de Paris de Santé Publique et Médecine Sociale, d'Economie de la
Santé, Epidémiologie et de Médecine Tropicale.

*« Malgré vos multiples et lourdes responsabilités, vous n'avez pas ménagé votre
temps pour nous encadrer avec bonne volonté et patience à la réalisation de ce
travail. Vous avez bien voulu nous faire l'honneur de rapporter cette thèse.
Veuillez accepter ici l'expression de nos sentiments respectueux ».*

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

Monsieur le Professeur ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana

« Nous vous exprimons nos hommages les plus respectueux »

**A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES
HOPITAUX D'ANTANANARIVO**

Qui nous ont donné le meilleur d'eux-mêmes pour faire de leurs élèves de bons praticiens.

« En témoignage respectueux pour les précieux enseignements qu'ils nous ont généreusement prodigués. Recevez ici l'expression de notre vive reconnaissance »

**A TOUT LE PERSONNEL ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE DE LA
FACULTE DE MEDECINE D'ANTANANARIVO**

« Pour le chaleureux et sympathique accueil qu'il a bien voulu nous réserver »

**A TOUS CEUX QUI, DE PRES OU DE LOIN, ONT CONTRIBUE A LA
REALISATION DE CET OUVRAGE**

« Trouvez ici l'expression de notre grande reconnaissance et nos très vifs remerciements »

SOMMAIRE

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	01

PREMIERE PARTIE :

RAPPELS SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

1. CONNAISSANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES...	03
1.1. Les méthodes contraceptives modernes.....	03
1.1.1. Les contraceptifs hormonaux.....	03
1.1.2. Les méthodes barrières.....	10
1.1.3. Les méthodes chirurgicales.....	12
1.2. La connaissance des méthodes contraceptives par les femmes et les hommes à Madagascar.....	13
2. UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES.....	14
2.1. Utilisation chez les femmes.....	14
2.2. Utilisation chez les hommes.....	16
2.3. Raison de non utilisation de la contraception.....	16
3. SOURCES D'INFORMATIONS SUR LA CONTRACEPTION.....	16

DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS

1. METHODES.....	18
1.1. Cadre d'étude.....	18
1.1.1. Les fokontany de la ville de Moramanga.....	18
1.1.2. La démographie.....	21
1.1.3. Les formations sanitaires.....	21
1.2. Méthode d'étude.....	22
1.3. Période d'étude.....	22
1.4. Population d'étude.....	22
1.5. Echantillonnage et taille de l'échantillon.....	22

1.5.1. Nombre de sujets (taille de l'échantillon).....	22
1.5.2. Identification des sujets de l'enquête.....	23
1.5.3. Critères d'inclusion.....	23
1.5.4. Critères d'exclusion.....	23
1.6. Hypothèse et objectifs.....	24
1.6.1. Hypothèse.....	24
1.6.2. Objectifs.....	24
1.7. Recueil des données.....	24
1.7.1. Questionnaire.....	24
1.7.2. Type d'enquête.....	24
1.8. Saisie et traitement.....	24
1.9. Limite et éthique.....	25
1.10. Paramètres d'étude.....	25
2. RESULTATS.....	26
2.1. Répartition des sujets de l'enquête.....	26
2.1.1. La tranche d'âge.....	26
2.1.2. Le genre.....	27
2.1.3. La tranche d'âge et le genre.....	28
2.1.4. La situation matrimoniale.....	29
2.1.5. Le nombre d'enfants.....	30
2.1.6. Le niveau d'instruction.....	31
2.1.7. La profession.....	32
2.2. Connaissance.....	33
2.3. Attitude.....	35
2.4. Pratique.....	36
2.4.1. Utilisation des méthodes contraceptives modernes.....	36
2.4.2. Prévalence.....	38
2.4.3. Raisons de non utilisation des méthodes contraceptives.....	39
2.5. Sources d'informations.....	41

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

1. Caractères de l'échantillon.....	42
1.1. Age et genre.....	42
1.2. Situation matrimoniale et nombre d'enfants.....	43
1.3. Niveau d'instruction et profession.....	43
2. Connaissance des méthodes contraceptives modernes.....	43
3. Attitude.....	44
4. Pratique des méthodes.....	44
4.1. Chez les femmes.....	44
4.2. Chez les hommes.....	44
4.3. Prévalence contraceptive globale.....	45
4.4. Aperçu de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.....	45
5. Non utilisation des méthodes contraceptives modernes.....	46
5.1. Non utilisation des méthodes contraceptives modernes en général.....	46
5.2. Non utilisation du condom.....	46
6. Sources d'informations et récapitulation.....	47

CONCLUSION.....	51
------------------------	-----------

ANNEXE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

LISTE DES TABLEAUX

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Tableau I :	Répartition de la population selon le fokontany.....	21
Tableau II :	Nombre de sujets à enquêter par fokontany.....	23
Tableau III :	Répartition des sujets de l'enquête selon la tranche d'âge.....	26
Tableau IV :	Répartition des sujets de l'enquête selon le genre.....	27
Tableau V :	Répartition des sujets de l'enquête selon la tranche d'âge et le genre	28
Tableau VI :	Répartition des sujets de l'enquête selon la situation matrimoniale...	29
Tableau VII :	Répartition des sujets de l'enquête selon le nombre d'enfants.....	30
Tableau VIII :	Répartition des sujets de l'enquête selon le niveau d'instruction.....	31
Tableau IX :	Répartition des sujets de l'enquête selon la profession.....	32
Tableau X :	Connaissance des méthodes contraceptives modernes par les femmes de l'enquête.....	33
Tableau XI :	Connaissance des méthodes contraceptives modernes par les hommes de l'enquête.....	34
Tableau XII :	Attitude des sujets de l'enquête vis-à-vis de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.....	35
Tableau XIII :	Utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes...	36
Tableau XIV :	Utilisation des méthodes contraceptives modernes par les hommes..	37
Tableau XV :	Prévalence contraceptive globale chez les sujets de l'enquête.....	38
Tableau XVI :	Raisons de non utilisation des méthodes contraceptives modernes...	39
Tableau XVII :	Raisons de non utilisation du condom en particulier.....	40
Tableau XVIII :	Répartition des sujets de l'enquête selon les sources d'informations sur les méthodes contraceptives modernes.....	41

LISTE DES FIGURES

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Figure 1 :	Prévalence contraceptive moderne pour l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans de 1992 à 2004.....	15
Figure 2 :	Carte de localisation du district de Moramanga.....	19
Figure 3 :	Plan schématique de la ville de Moramanga.....	20
Figure 4 :	Plan schématique des actions stratégiques d'IEC dans la ville de Moramanga (une séance d'IEC/fokontany/trimestre).....	49

LISTE DES ABREVIATIONS

Connaissance, Attitude et Pratique :	CAP
Centre Hospitalier de District niveau 2 :	CHD2
Contraceptifs Oraux Combinés :	COC
Centre de Santé de Base niveau 2 :	CSB2
Dispositif Intra-Utérin :	DIU
Enquête Démographique Sanitaire :	EDS
Hypertension Artérielle :	HTA
Information, Education et Communication :	IEC
Marie Stopes International :	MSI
Organisation Mondiale de la Santé :	OMS
Organisations Non Gouvernementales :	ONG
Planning Familial :	PF
Syndrome de l'Immunodéficience Acquise :	SIDA
Santé Maternelle Interentreprises de Moramanga :	SMIMO

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Dans la plupart des pays développés, la planification familiale fait partie de l'organisation de chaque famille et la croissance démographique est faible, voire nulle ; les naissances équilibrent juste les décès. En revanche, dans la majorité des pays en développement, la natalité reste très élevée alors que l'espérance de vie augmente progressivement : la croissance démographique dépasse souvent 3 p.100 par an, ce qui représente un doublement de la population en une vingtaine d'années [1].

Le contrôle de l'accroissement de la population, la limitation de la fécondité constituent pour beaucoup d'économistes un préalable au développement. Cet impératif est reconnu et accepté par de nombreux pays, en Asie du Sud-Ouest et au Moyen-Orient notamment où il est considéré comme une nécessité d'intérêt public relevant d'une décision politique et administrative. Dans les pays d'Afrique, la situation n'est pas exactement la même. L'utilisation des méthodes contraceptives modernes n'est pas encore un fait habituel à la population compte tenu des problèmes d'accessibilité aux informations et aux moyens modernes de contraception ainsi que des traditions familiales.

A Madagascar, une politique nationale en santé de la reproduction a été élaborée en novembre 2000, dont l'un des quatre grands domaines d'activités est la planification familiale. Cette dernière vise, outre le contrôle de l'accroissement de la population, la protection de la santé contre les infections sexuellement transmissibles notamment le Sida [2].

Mais des problèmes d'accessibilité à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes subsistent, notamment dans les localités qui en ont vraiment besoin comme la ville de Moramanga où la proximité des zones d'exploitation du nickel et cobalt a amené compte tenu de l'affluence des employés venant des quatre coins du pays et de l'étranger un développement des contacts humaines suivi souvent de rapports sexuels non protégés.

« Enquête sur la contraception moderne dans la ville de Moramanga » est une étude qui repose sur l'hypothèse qu'une meilleure accessibilité aux méthodes contraceptives modernes favoriserait l'utilisation de ces dernières notamment les préservatifs.

Les objectifs de recherche visent à :

- déterminer la prévalence de la contraception moderne,
- déterminer la prévalence de l'utilisation des préservatifs,
- évaluer le taux d'accessibilité aux préservatifs et aux autres moyens modernes de contraception,
- suggérer des éléments stratégiques d'amélioration de la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes dont le condom.

Le plan de notre étude comprend, outre l'introduction et la conclusion, trois parties principales : les généralités sur les méthodes contraceptives modernes, notre étude proprement dite sur l'enquête CAP relative aux méthodes contraceptives modernes, les commentaires et suggestions.

PREMIERE PARTIE :
RAPPELS SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES
MODERNES

RAPPELS SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

1. CONNAISSANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé ou OMS, la planification familiale se définit comme l'ensemble des mesures permettant de favoriser les naissances, d'agir sur l'intervalle entre les naissances, d'éviter les naissances non désirées et de donner à chaque couple les moyens de déterminer le nombre d'enfants qu'il désire. Elle englobe donc la lutte contre la stérilité et l'infécondité, la mise en œuvre des moyens de contraception, l'éducation sexuelle et familiale [3]. Avant d'aborder les méthodes modernes, quelques méthodes naturelles méritent d'être rappelées :

➤ **L'allaitement maternel**

L'allaitement maternel pourrait retarder le retour de l'ovulation et avoir un effet contraceptif jusqu'à six mois après l'accouchement. Il est efficace à condition que le lait constitue le seul aliment de base du bébé (allaitement maternel exclusif), et que le nombre de tétées soit le plus fréquent possible.

➤ **Les méthodes d'auto-observation**

Ces méthodes consistent à identifier la période fertile de chaque cycle menstruel afin d'éviter la conception. Elles comprennent :

- La méthode de la température

Elle est basée sur la variation des températures journalières. La période féconde chez la femme se superpose à la période des hausses de la température.

L'étude de la courbe de température est basée sur l'effet hyperthermiant de la progestérone. Dans un cycle normal, le décalage thermique survient vers la 14^e jour du cycle, le gradient thermique est de 0,5° au minimum, et la durée du plateau est supérieure à 11 jours.

Classiquement, le nadir, c'est-à-dire, le jour le plus bas de la courbe de température, correspond à l'ovulation. En fait, la surveillance par l'échographie et les dosages de LH (Luteinizing Hormone), corrélée à la courbe de température montre que le dernier jour de température basse, ou le premier jour du début du plateau ne correspond pas toujours à l'ovulation qui peut survenir dans une fourchette comprise entre 5 jours avant ou 4 jours après ce point.

- La méthode de la glaire ou de Billings
 - les jours secs suivent les règles,
 - les jours humides précèdent l'ovulation,
 - les jours mouillés correspondent à l'ovulation.

➤ Le retrait

Il consiste à retirer le pénis hors du vagin avant l'éjaculation. Cette méthode s'appelle également la méthode du coït interrompu.

1.1. Les méthodes contraceptives modernes

La pratique volontaire du contrôle des naissances passe par une première étape très importante au cours de laquelle la population cible est mise au courant et informée des méthodes contraceptives. Ce qui nécessite un processus de diffusion de l'information. Etant donné que le niveau de connaissance des moyens contraceptifs dans une population fournit un indicateur précieux des efforts consentis par le biais des canaux d'information, éducation et communication, la collecte des informations relatives à la connaissance des méthodes contraceptives est très importante.

Les méthodes modernes de contraception peuvent être classées en trois groupes : les contraceptifs hormonaux, les méthodes barrières et les méthodes chirurgicales.

1.1.1. *Les contraceptifs hormonaux*

On peut distinguer :

- les contraceptifs oraux,
- les contraceptifs injectables,
- les implants [4].

1.1.1.1. *Les contraceptifs oraux*

Les contraceptifs oraux fréquemment utilisés sont :

i) Les Contraceptifs Oraux Combinés (COC)

Ils sont à base d'œstrogène et de progestatif. Le pilplan est un contraceptif oral combiné.

- Présentation et composition

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

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

- Mode d'action

L'action est réversible sur :

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

- Mode d'emploi

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

- Indications

- femme désirant une méthode contraceptive très efficace,
- dysménorrhée,
- cycle irrégulier,
- antécédent de kyste ovarien ou de grossesse extra-utérine,
- contraception d'urgence,
- prévention de l'anémie, de l'ostéoporose et des cancers de l'endomètre et de l'ovaire.

- Contre indications absolues

- grossesse,

- antécédents cardio-vasculaires : HTA, coronaropathie, angine de poitrine,
- antécédents cérébro-vasculaires,
- antécédents thromboemboliques : thrombophlébites,
- affections hépatiques sévères ou récentes : cirrhose, hépatite,
- ictère,
- saignements génitaux anormaux non diagnostiqués,
- nodules mammaires,
- tumeurs malignes : hypophyse, seins, utérus,
- tabagisme,
- âge plus de 35 ans.

- Contre-indications relatives

- migraines chroniques,
- diabète,
- allaitement d'un bébé de moins de 6 mois,
- tabagisme et âge de moins de 35 ans,
- varice,
- obésité.

- Effets secondaires

Ils sont transitoires et passagers (pendant les trois premiers mois au maximum) :

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

- Interactions médicamenteuses

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

- rifampicine,
- ampicilline,
- tétracycline,

- phénobarbital,
- insuline.

ii) La pilule progestative

La pilule progestative contient un progestatif seul, par exemple l'Ovrette® avec le levonorgestrel [5, 6].

- Avantages
 - elle n'agit pas sur l'allaitement,
 - elle ne contient pas d'œstrogène.
- Inconvénients
 - moins efficace que le COC,
 - nécessite une prise quotidienne de la pilule.
- Indications
 - femmes ayant des contre-indications aux COC,
 - femmes allaitantes inférieures à 6 mois,
 - nullipares.
- Contre-indications absolues
 - grossesse,
 - ictère,
 - cirrhose,
 - cancer du foie,
 - métrorragie d'origine inconnue.
- Contre-indications relatives
 - adolescentes (<18 ans),
 - épilepsie sous barbiturique,
 - tuberculose, lèpres sous rifampicine,
 - maladies cardio-vasculaires.
- Effets secondaires
 - Ils sont les mêmes que ceux des COC.

1.1.1.2. *Les contraceptifs injectables*

Il s'agit en général d'un produit progestatif que l'on injecte par voie intramusculaire. Deux produits sont souvent utilisés [7, 8] :

- l'énantate de noréthistérone (Noristérat®),
- le médroxyprogestérone acétate (Dépo-provéra®) ou encore (Confiance®).
- Présentation et composition
 - suspension aqueuse injectable (1 flacon de 1 ml avec une seringue et une aiguille à usage unique par boîte) ;
 - progestatif de synthèse (acétate de médroxyprogestérone) 150 mg.
- Mode d'action

Action réversible sur :

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

Contraception hormonale de longue durée (12 semaines) pour :

 - les femmes en âge de procréer,
 - les femmes qui allaitent,

- les femmes présentant des contre-indications à l'œstrogène,
- les femmes qui fument.
- Avantages médicaux
 - Diminution des risques de :
 - tumeurs bénignes du sein,
 - cancer de l'endomètre,
 - cancer de l'ovaire,
 - grossesse extra-utérine.
- Contre-indications
 - allergie à la médroxyprogestérone,
 - grossesse,
 - allaitement d'un bébé de moins de 6 semaines,
 - hémorragies génitales non diagnostiquées,
 - affections hépatiques sévères ou récentes,
 - cancer du sein,
 - hypertension artérielle sévère.
- Effets secondaires
 - troubles du cycle menstruel : aménorrhée, spotting, métrorragie, cycles irréguliers ;
 - légère prise de poids (ne dépassant pas 2 kg par an).
- Interactions médicamenteuses
 - Certains médicaments diminuent l'effet des contraceptifs injectables :
 - rifampicine,
 - barbituriques,
 - certains anti-convulsivants (hydantoïnes),
 - traitement anticancéreux.

1.1.1.3. *Les implants*

Le plus utilisé est le Norplant® [9].

- Mécanisme d'action

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

- Avantages
 - pas d'interférence avec l'allaitement maternel,
 - une seule implantation pour 5 ans d'action contraceptive,
 - retour précoce de la fertilité après ablation des implants.
- Inconvénients
 - irrégularité du cycle menstruel,
 - nécessité d'un acte chirurgical pour l'insertion et l'ablation.
- Contre-indications absolues
 - grossesse,
 - métrorragie d'origine inconnue,
 - ictère de moins de 6 mois,
 - adolescente de moins de 18 ans.

1.1.2. Les méthodes barrières

Les méthodes barrières sont nombreuses. On peut citer [10-12] :

1.1.2.1. Le préservatif masculin ou condom

Le condom est fait pour revêtir le pénis en érection avant le début du rapport sexuel et constitue une barrière à la pénétration des spermatozoïdes dans le vagin. Mise à part l'allergie au latex qui est rare, l'utilisation du condom n'a pas d'effets secondaires. Le condom protège contre les infections sexuellement transmissibles et le Sida.

La méthode exige l'interruption des préliminaires et de la stimulation sexuelle.

1.1.2.2. Le diaphragme

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

- Effets secondaires
 - infections des voies urinaires,
 - irritation locale,

- compression sur la vessie ou sur le rectum,
- pertes vaginales fétides si le diaphragme est laissé plus de 24 heures dans le vagin,
- lésion vaginale causée par le retrait du diaphragme.
- Contre-indications
 - allergie au latex,
 - antécédents de syndrome de choc toxique,
 - infections répétées des voies urinaires,
 - anomalie anatomique vaginale ou utérine,
 - prolapsus utérin,
 - lésion périnéale,
 - fibrome postérieur,
 - accouchement à terme au cours des 6 à 12 semaines passées.

1.1.2.3. *Le Dispositif Intra-Utérin ou DIU*

- Produits utilisés

Il s'agit d'une matière plastique imprégnée d'un progestatif que l'on place au niveau du col utérin. Le DIU empêche la nidation [13, 14].

- Avantage

Effet contraceptif avec possibilité de fécondité dès que le DIU est enlevé.

- Efficacité théorique

Très efficace mais moins que la pilule.

- Facteur limitant

Visite médical nécessaire pour l'insertion, surveillance des complications.

- Contre-indications

- grossesse,
- infections génitales,
- métrorragie d'origine inconnue,
- dysménorrhée ou hyperménorrhée,
- nulliparité,
- cervicite purulente,
- cancer du col,

- malformations utérines,
- douleur ou masse annexielle ou masse utérine,
- anémie sévère.
- Effets secondaires
 - contraceptions ou malaises disparaissant avec l'usage,
 - rarement infection utérine ou perforation.

1.1.3. Les méthodes chirurgicales

1.1.3.1. La vasectomie

La vasectomie est une méthode propre à l'homme. Elle consiste à obstruer ou à sectionner le canal déférent de chaque côté pour arrêter la libération des spermatozoïdes. C'est une méthode contraceptive irréversible [15, 16].

- Efficacité théorique
 - 100 p.100 si la réalisation est correcte.
- Avantages
 - contraception définitive,
 - pas d'effet hormonal,
 - n'affecte ni l'orgasme ni le libido.
- Facteur limitant
 - petite intervention chirurgicale chez le médecin ou à l'hôpital,
 - la vasectomie n'est efficace qu'après 2 mois ou jusqu'après la 20^e éjaculation.
- Effets secondaires
 - gonflement temporaire du scrotum,
 - douleur ou gêne dans certain cas.
- Indication
 - Limitation de naissance.
- Contre-indications
 - infections généralisées ou infections au niveau de la zone à opérer,
 - hydrocèle ou varicocèle,
 - hernie inguinale,

- tumeur testiculaire ou ectopie testiculaire,
- filariose (éléphantiasis),
- traitement anticoagulant.

1.1.3.2. *La stérilisation tubaire*

C'est une méthode pratiquée chez la femme. Elle consiste à interrompre la capacité reproductive de la femme par la ligature, la section ou l'occlusion des conduites par lesquelles passent les ovules jusqu'à l'utérus. Elle vise à empêcher la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovule au niveau de la trompe [17, 18].

- Efficacité théorique

100 p.100 si la réalisation est correcte.

- Facteur limitant

Nécessite une intervention chirurgicale hors de l'hôpital ou même une hospitalisation. C'est une méthode contraceptive irréversible.

- Effets secondaires

- plusieurs jours de convalescence,
- risques des opérations chirurgicales.

- Indications

- limitation des naissances,
- raison de santé maternelle,
- antécédents d'accouchements par opérations césariennes itératives.

- Contre-indications

- nulliparité,
- allergies aux anesthésies,
- maladies hémorragiques.

1.2. La connaissance des méthodes contraceptives par les femmes et les hommes à Madagascar

Il y a moins d'une décennie, 83% des femmes et 82% des hommes ont déclaré connaître, au moins une méthode de contraception moderne. La connaissance d'une méthode contraceptive moderne est légèrement plus élevée chez les femmes et

les hommes en union. Cependant chez les femmes, ce sont les célibataires sexuellement actives qui ont déclaré le plus fréquemment connaître une méthode (88% pour une méthode moderne). Ces femmes connaissent, en moyenne, 5,2 méthodes. Chez les hommes célibataires, la proportion est plus faible (81%). Ils ne connaissent que 3,9 méthodes. C'est parmi les femmes et les hommes célibataires qui n'ont jamais eu de rapport sexuels que le niveau de connaissance d'une méthode contraceptive est le plus faible (respectivement 74% et 68%) [19, 20].

2. UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

La prévalence contraceptive est ici mesurée par le pourcentage de femmes/hommes qui utilisent une méthode de contraception moderne.

2.1. Utilisation chez les femmes

En général, chez les femmes en âge de procréer 22% (une femme sur cinq) utilise une méthode quelconque de contraception. Celles qui utilisent une méthode moderne ne représentent que 14%. Dans 8% des cas, celles-ci utilisent les méthodes injectables.

La prévalence contraceptive des femmes en union est légèrement plus importante que celle de l'ensemble des femmes. Chez les femmes en union, 27% utilisent une méthode quelconque ; près d'une sur cinq a recours à une méthode moderne (18%). Parmi celles-ci, 10% utilisent les méthodes injectables, 3% utilisent la pilule et 2% utilisent l'allaitement maternel. En outre, 9% des femmes en union utilisent une méthode traditionnelle et dans la quasi-totalité des cas, il s'agit de la continence périodique.

Par ailleurs, c'est parmi les femmes qui ne sont pas en union mais sexuellement actives que la prévalence est la plus élevée (22% pour une méthode moderne). Dans 8% des cas, elles utilisent des injectables dans 7% des cas la pilule et dans 6% des cas, le condom. Ces femmes ont recours également dans 15% des cas à une méthode traditionnelle, essentiellement la continence périodique.

Le niveau maximal d'utilisation des méthodes quelconque se situe entre 25-34 ans pour toutes les femmes (28%). Mais quel que soit l'âge, pour les méthodes contraceptives modernes, les méthodes injectables constituent la méthode contraceptive la plus utilisée par les femmes en union.

La prévalence contraceptive, qu'elle soit moderne ou traditionnelle, augmente de façon très importante avec le niveau d'instruction. La comparaison avec l'ENDS 1992 et l'EDS 1997, montre que la prévalence contraceptive a connu une augmentation très importante au cours des années 1992 à 2004. Elle est passée de 5,1% en 1992 à 9,7% en 1997 pour atteindre 18,3% en 2004 pour les méthodes modernes (figure 1).

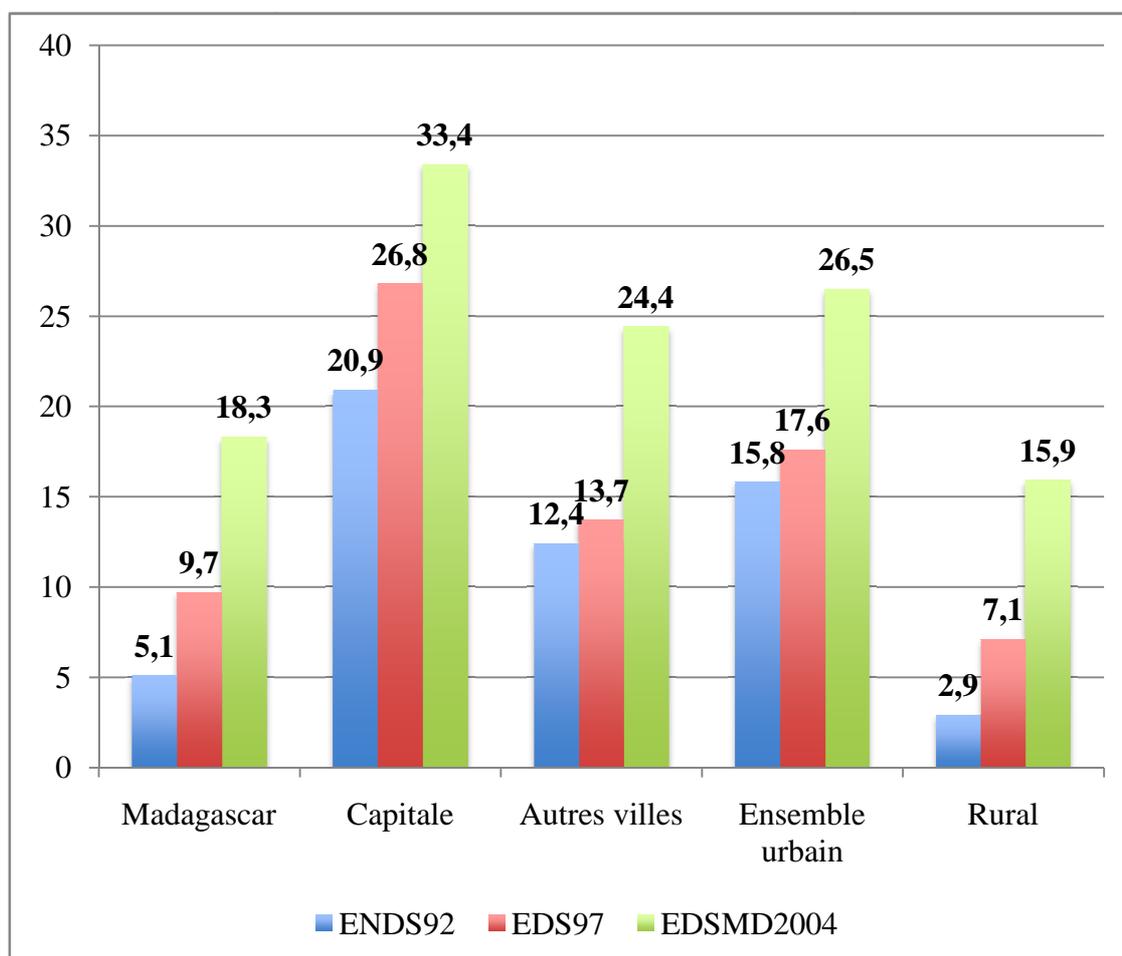


Figure 1 : Prévalence contraceptive moderne pour l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans de 1992 à 2004 [20].

2.2. Utilisation chez les hommes

Chez les hommes, la prévalence contraceptive est plus élevée que chez les femmes en général (25% contre 22%). Chez les hommes en union, un tiers (33%) utilise une méthode contraceptive dont 20% une méthode moderne. Les méthodes les plus fréquemment utilisées par les hommes en union sont les méthodes injectables (10%) ; seulement 2% utilisent un condom. Les méthodes traditionnelles, uniquement la continence périodique sont utilisées par 13% des hommes en union.

Les hommes célibataires, mais sexuellement actifs utilisent dans 14% des cas une méthode moderne essentiellement le condom (13%). C'est entre 20 et 29 ans que la prévalence contraceptive est la plus élevée [20].

2.3. Raison de non utilisation de la contraception

Dans 40% des cas environ, la non utilisation de la contraception par les femmes est due à des raisons liées à la fécondité : désir d'avoir plus d'enfants pour les jeunes femmes de moins de 30 ans notamment, rapports sexuels peu fréquents, ménopause, hystérectomie.

Dans 31,3% des cas, la non utilisation de la contraception est due à des raisons liées à la méthode : problèmes de santé, peur des effets secondaires, manque d'accès, coût trop élevé des méthodes, utilisation gênante.

Une proportion non négligeable des femmes de moins de 30 ans n'utilise pas la contraception parce qu'elles y sont opposées (10%) ou parce que le mari est opposé (3,9%). Le manque de connaissance (ne connaît aucune méthode, ne connaît aucune source d'information) constitue aussi dans 8,1% des cas une raison de non utilisation des méthodes contraceptives [21].

3. SOURCES D'INFORMATIONS SUR LA CONTRACEPTION

L'utilisation des médias est un moyen indispensable pour l'information et la sensibilisation dans le domaine de la contraception. Elle permet également la vulgarisation et le développement de la pratique contraceptive.

Dans l'ensemble, plus d'une femme sur deux (54%) et un peu moins deux hommes sur trois (62%) n'avaient entendu aucun message au sujet de la planification familiale ni à la radio, ni à la télévision, ni dans un journal ou un magazine, au cours des années 2003-2004.

C'est par la radio que les hommes et les femmes ont le plus fréquemment entendu des messages concernant la planification familiale (45% pour les femmes et 36% pour les hommes) ; pour la télévision, ces proportions sont plus faibles (16% pour les deux sexes). Seulement 5% des femmes et 8% des hommes ont lu dans la presse des messages sur la planification familiale.

Il existe des écarts importants en matière d'information sur la contraception selon le niveau d'instruction : les femmes et les hommes n'ayant aucun niveau d'instruction sont largement moins informés que ceux ayant atteint ou dépassé le niveau secondaire.

On constate les mêmes tendances selon le niveau de bien-être puisque 85% des femmes et 82% des hommes vivant dans les ménages les plus pauvres n'ont été exposés à aucun média contre seulement 23% des femmes et 37% des hommes dans les ménages les plus riches.

Par ailleurs, dans la grande majorité des cas (93%) les femmes non utilisatrices de la contraception n'ont eu aucun contact et n'ont pas reçu d'informations sur la planification familiale de la part d'un agent de terrain. Quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques, ces proportions restent toujours élevées et on ne constate pas de variation importante [21].

DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS

METHODES ET RESULTATS

1. METHODES

1.1. Cadre d'étude

L'étude a été réalisée dans la ville de Moramanga.

1.1.1. *Les fokontany de la ville de Moramanga*

La ville de Moramanga compte 13 fokontany :

- Moramanga ville (1)
- Moramanga ambony (2)
- Ambohitranjavidy (3)
- Tsarahonenana (4)
- Tanambao (5)
- Tsaralalana (6)
- Antanamandroso Est (7)
- Antanamandroso Ouest (8)
- Ambodiakondro (9)
- Tsarafasina (10)
- Ambohimadera (11)
- Camp des mariés (12)
- Ambarilava (13)

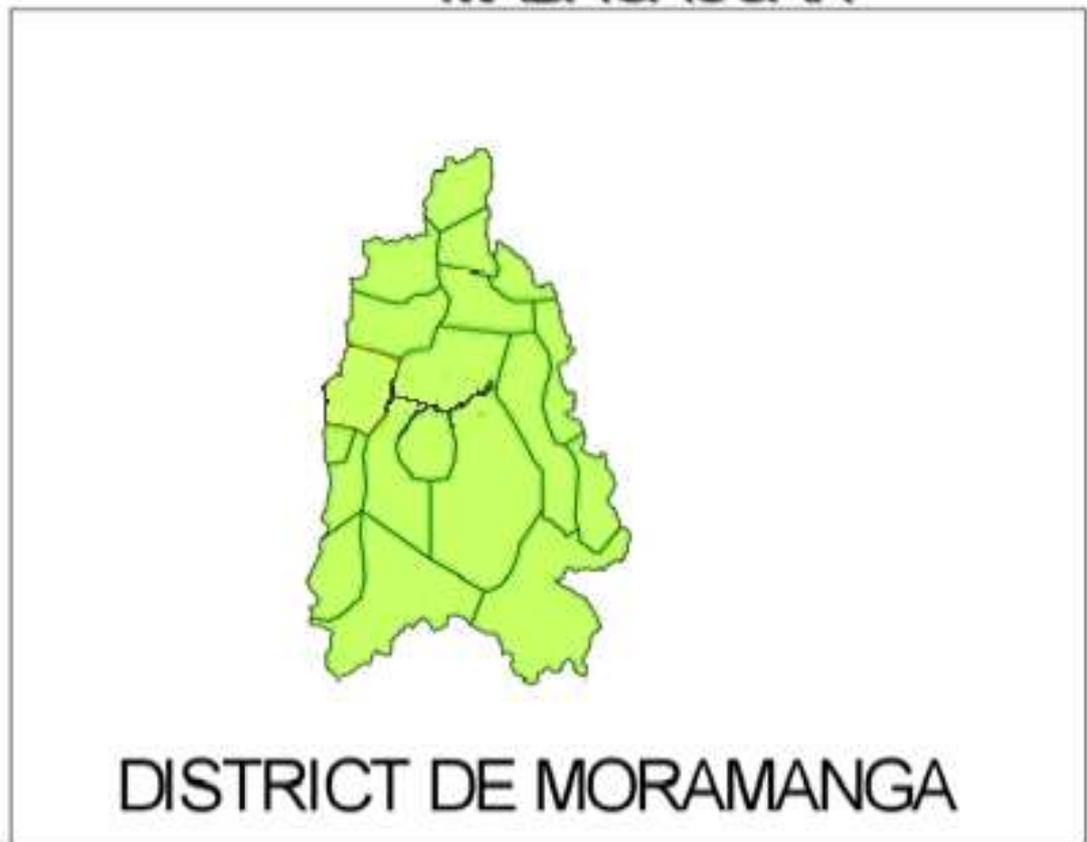


Figure 2 : Carte de localisation du district de Moramanga.

Source : Mairie de Moramanga.

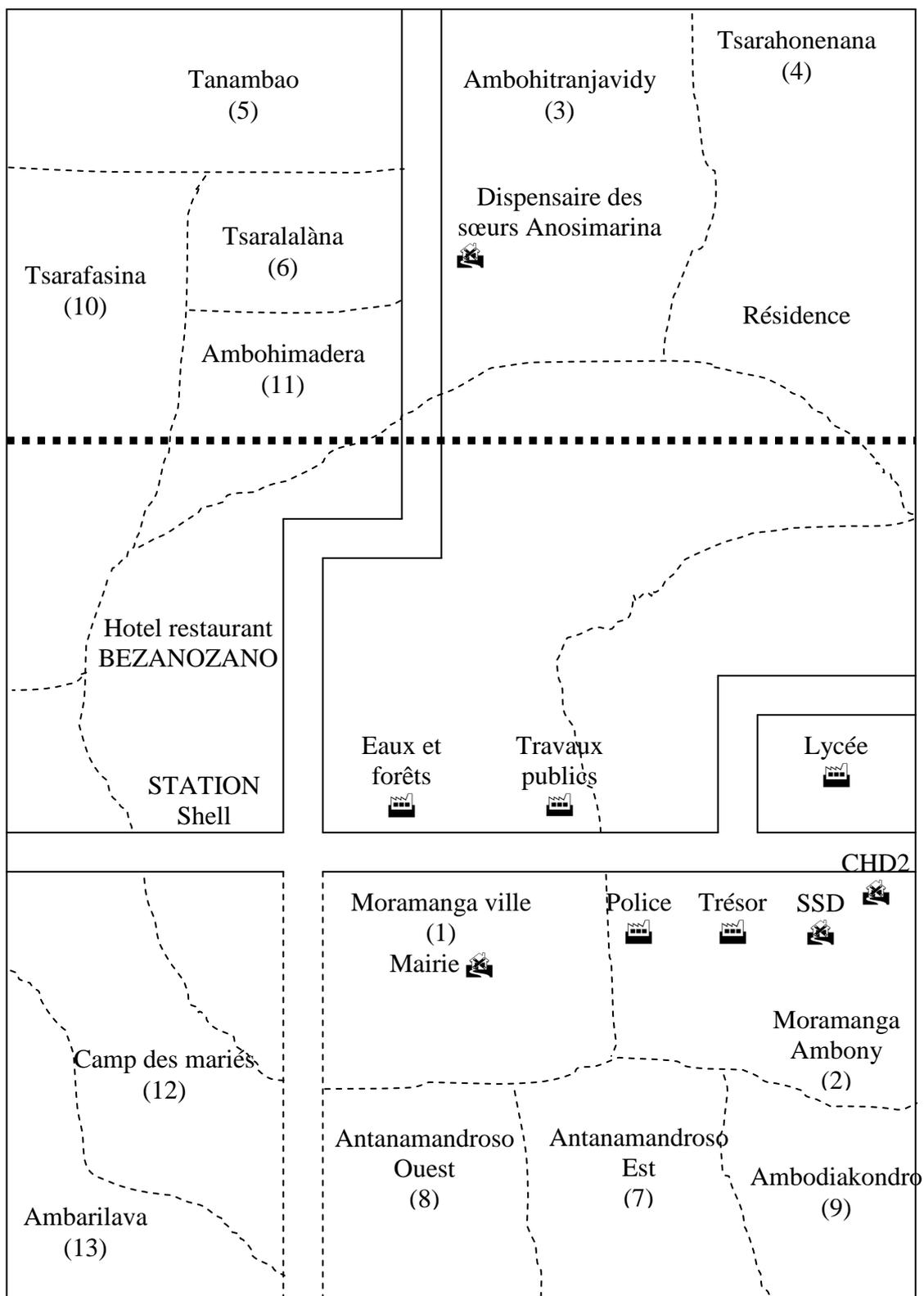


Figure 3 : Plan schématique de la ville de Moramanga.

Source : Mairie de Moramanga.

1.1.2. *La démographie*

La ville de Moramanga compte 36.988 habitants.

Tableau I : Répartition de la population selon le fokontany.

N°	Fokontany	Effectif	Population en âge de procréer
1	Moramanga ville	2.548	1.193
2	Moramanga Ambony	2.646	1.239
3	Ambohitranjavidy	1.224	573
4	Tsarahonenana	1.968	922
5	Tanambao	2.828	1.324
6	Tsaralalàna	1.766	827
7	Antanamandroso Est	4.954	2.319
8	Antanamandroso Ouest	3.813	1.785
9	Ambodiakondro	2.267	1.061
10	Tsarafasina	2.421	1.134
11	Ambohimadera	3.364	1.575
12	Camp des mariés	5.057	2.367
13	Ambarilava	2.132	998
	Total	36.988	17.317

1.1.3. *Les formations sanitaires*

La ville de Moramanga dispose de :

- 3 formations sanitaires publiques :
 - un Centre Hospitalier de District niveau 2 (CHD2),
 - un Centre de Santé de Base niveau 2 (CSB2),
 - un hôpital annexe à Ambohitranjavidy.
- 3 formations sanitaires privées :
 - un dispensaire MSI (Marie Stopes International),

- un dispensaire des sœurs à Ambohimarina,
- un centre de santé (SMIMO : Santé Maternelle Inter-entreprise de Moramanga)[22, 23].

1.2. Méthode d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale qui s'appuie sur les résultats d'une enquête sur le terrain.

1.3. Période d'étude

L'étude porte sur l'année 2013.

1.4. Population d'étude

La population d'étude est constituée par les personnes en âge de procréer.

1.5. Echantillonnage et taille de l'échantillon

L'enquête porte sur un échantillon représentatif des sujets âgés de 15 à 49 ans de la population de la ville de Moramanga.

1.5.1. Nombre de sujets (taille de l'échantillon)

Le nombre "n" de sujets est donné par la formule suivante :

$$n = \frac{(\varepsilon^2 p q)}{i^2}$$

$$p = q = 0,50$$

$$i = 0,05$$

ε = écart réduit correspondant au risque ∞ consenti (en général on choisit $\infty = 5\%$ d'où $\varepsilon = 1,96$).

$n = 384$ sujets

1.5.2. Identification des sujets de l'enquête

Le nombre de sujets enquêtés au niveau de chaque fokontany correspond à la proportion de sujets en âge de procréer calculée (tableau II). Sur le terrain, la méthode de l'itinéraire indique les sujets à enquêter.

Tableau II : Nombre de sujets à enquêter par fokontany.

N°	Fokontany	Population en		Nombre de sujets à enquêter
		âge de procréer	Proportion	
1	Moramanga ville	1.193	6,9	26
2	Moramanga Ambony	1.239	7,2	28
3	Ambohitranjavidy	573	3,3	13
4	Tsarahonenana	922	5,3	20
5	Tanambao	1.324	7,6	29
6	Tsaralalàna	827	4,8	18
7	Antanamandroso Est	2.319	13,4	51
8	Antanamandroso Ouest	1.785	10,3	40
9	Ambodiakondro	1.061	6,1	24
10	Tsarafasina	1.134	6,5	25
11	Ambohimadera	1.575	9,1	35
12	Camp des mariés	2.367	13,7	53
13	Ambarilava	998	5,8	22
	Total	17.317	100%	384

1.5.3. Critères d'inclusion

Sont inclus dans l'étude, les sujets âgés de 15 à 49 ans et domiciliés dans la ville de Moramanga.

1.5.4. Critères d'exclusion

Sont exclus de l'étude, les sujets cibles qui refusent l'enquête.

1.6. Hypothèse et objectifs

1.6.1. Hypothèse

Une meilleure accessibilité aux méthodes contraceptives modernes favoriserait l'utilisation de ces dernières notamment les préservatifs.

1.6.2. Objectifs

Les objectifs sont de :

- déterminer la prévalence de la contraception moderne,
- déterminer la prévalence de l'utilisation des préservatifs,
- évaluer le taux d'accessibilité aux préservatifs et aux autres moyens modernes de contraception,
- suggérer des éléments stratégiques d'amélioration de la prévalence de l'utilisation des préservatifs.

1.7. Recueil des données

L'enquête sur le terrain fournit les données.

1.7.1. Questionnaire (annexe I)

Les données à recueillir concernent principalement :

- les caractéristiques individuelles et socio-économiques des sujets de l'enquête,
- la connaissance, l'attitude et la pratique en ce qui concerne les méthodes contraceptives modernes.

1.7.2. Type d'enquête

Il s'agit d'une enquête interview : l'enquêteur pose les questions et remplit le questionnaire conformément aux réponses obtenues.

1.8. Saisie et traitement

Les informations sont regroupées et classées sur des fiches confectionnées arbitrairement. Elles sont ensuite saisies à l'ordinateur et traitées selon les logiciels Word et Excel.

1.9. Limite et éthique

L'incertitude liée à l'identification des sujets de l'enquête et au recueil des données ne disparaissent pas totalement malgré les mesures de correction prise.

Le caractère rétrospectif de l'étude n'exclut pas les défaillances de mémorisation.

L'exploitation des données a été réalisée de façon anonyme et dans le respect de la confidentialité et du secret médical.

1.10. Paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

- la répartition des sujets de l'enquête selon :
 - la tranche d'âge,
 - le genre,
 - la situation matrimoniale,
 - le nombre d'enfants,
 - le niveau d'instruction,
 - la profession,
- la connaissance des méthodes contraceptives modernes,
- l'attitude vis-à-vis de la contraception moderne,
- l'utilisation des méthodes contraceptives modernes,
- la prévalence de l'utilisation des préservatifs,
- le lieu d'approvisionnement en méthodes contraceptives,
- l'accessibilité aux préservatifs.

2. RESULTATS

2.1. Répartition des sujets de l'enquête

2.1.1. *La tranche d'âge*

Tableau III : Répartition des sujets de l'enquête selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Proportion
15 à 19 ans	36	9,4
20 à 24 ans	122	31,8
25 à 29 ans	81	21,1
30 à 34 ans	64	16,6
35 à 39 ans	48	12,5
40 à 44 ans	21	5,5
45 à 49 ans	12	3,1
Total échantillon	384	100

2.1.2. Le genre

Tableau IV : Répartition des sujets de l'enquête selon le genre.

Genre	Effectif	Proportion
Masculin	83	21,6
Féminin	301	78,4
Total	384	100

2.1.3. *La tranche d'âge et le genre*

Tableau V : Répartition des sujets de l'enquête selon la tranche d'âge et le genre.

Tranche d'âge \ Genre	Masculin	Féminin	effectif
	15 à 19 ans	6	30
20 à 24 ans	22	100	122
25 à 29 ans	18	63	81
30 à 34 ans	14	50	64
35 à 39 ans	11	37	48
40 à 44 ans	8	13	21
45 à 49 ans	4	8	12
Total	83	301	384

2.1.4. *La situation matrimoniale*

Tableau VI : Répartition des sujets de l'enquête selon la situation matrimoniale.

Situation matrimoniale	Effectif	Proportion
Célibataire	132	34,4
Femmes ou hommes en union	230	59,9
Séparés ou divorcés	17	4,4
Veufs(ves)	5	1,3
Total	384	100

2.1.5. *Le nombre d'enfants*

Tableau VII : Répartition des sujets de l'enquête selon le nombre d'enfants.

Nombre d'enfants	Effectif	Proportion
0	56	14,6
1	63	16,4
2	144	37,5
3	47	12,2
4	54	14,1
5	12	3,1
6 et plus	8	2,1
Total	384	100

2.1.6. Le niveau d'instruction

Tableau VIII : Répartition des sujets de l'enquête selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Proportion
Sans instruction	33	8,6
Niveau primaire	160	41,7
Niveau secondaire	115	29,9
Niveau universitaire	76	19,8
Total	384	100

2.1.7. *La profession*

Tableau IX : Répartition des sujets de l'enquête selon la profession.

Profession	Effectif	Proportion
Travailleurs du secteur public	28	7,3
Employés du secteur privé	120	31,3
Travailleurs du secteur informel	153	39,8
Etudiants	83	21,6
Total	384	100

2.2. Connaissance

Tableau X : Connaissance des méthodes contraceptives modernes par les femmes de l'enquête.

Méthodes connues par les femmes	Nombre par rapport à l'ensemble de 301 femmes	Proportion
Pilule	211	70,1
Méthode injectable	229	76,1
Implants	102	33,9
DIU	93	30,9
Diaphragme	5	1,7
Mousse ou gelée	31	10,3
Condom	198	65,8
Méthode chirurgicale	78	25,9
Pilule du lendemain	4	1,3

Tableau XI : Connaissance des méthodes contraceptives modernes par les hommes de l'enquête.

Méthodes connues par les hommes	Nombre par rapport à l'ensemble de 83 hommes	Proportion
Pilule	48	57,8
Méthode injectable	54	65,1
Implants	16	19,3
DIU	13	15,7
Diaphragme	4	4,8
Mousse ou gelée	3	3,6
Condom	64	77,1
Méthode chirurgicale	18	21,7
Pilule du lendemain	1	1,2

2.3. Attitude

Tableau XII : Attitude des sujets de l'enquête vis-à-vis de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Attitude	Effectif	Proportion
Très favorable	103	26,8
Favorable	127	33,1
Assez favorable	65	16,9
Peu favorable	58	15,1
Pas du tout favorable	31	8,1
Total	384	100

2.4. Pratique

2.4.1. Utilisation des méthodes contraceptives modernes

Tableau XIII : Utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes.

Méthodes modernes	Tranche d'âge							
	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	Ensemble
Utilisatrices actuelles de méthodes modernes	2 (6,6%)	22 (22%)	17 (27%)	10 (20%)	8 (21,6%)	2 (15,4%)	1 (12,5%)	62 (20,6%)
Pilule	1 (3,3%)	6 (6%)	4 (6,3%)	1 (2%)	1 (2,7%)	0	0	13 (4,3%)
Injectables	1 (3,3%)	14 (14%)	11 (17,5%)	9 (18%)	6 (16,2%)	2 (15,4%)	1 (12,5%)	44 (14,6%)
Implants	0	0	0	0	0	0	0	0
DIU	0	0	0	0	1	0	0	1 (0,33%)
Diaphragme	0	0	0	0	0	0	0	0
Mousse ou gelée	0	0	0	0	0	0	0	0
Condom	0	2	2	0	0	0	0	4 (1,32%)
Méthode chirurgicale	0	0	0	0	0	0	0	0
Pilule du lendemain	0	0	0	0	0	0	0	0
N'utilisent pas actuellement	28	78	46	40	29	11	7	239 (79,4%)
Effectif	30	100	63	50	37	13	8	301 (100%)

Tableau XIV : Utilisation des méthodes contraceptives modernes par les hommes.

Méthodes modernes	Tranche d'âge							Ensemble
	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	
Utilisatrices actuelles de méthodes modernes	1 (16,7%)	4 (18,2%)	7 (38,9%)	3 (21,4%)	2 (18,2%)	1 (12,5%)	0	18 (21,7%)
Pilule	0	1	1	1	0	0	0	3 (3,6%)
Injectables	1 (16,7%)	1 (4,5%)	4 (22,2%)	2 (14,3%)	1 (9,1%)	1 (12,5%)	0	10 (12%)
Implants	0	0	0	0	0	0	0	0
DIU	0	0	0	0	1	0	0	1 (1,2%)
Diaphragme	0	0	0	0	0	0	0	0
Mousse ou gelée	0	0	0	0	0	0	0	0
Condom	0	2	2	0	0	0	0	4 (4,8%)
Méthode chirurgicale	0	0	0	0	0	0	0	0
Pilule du lendemain	0	0	0	0	0	0	0	0
N'utilisent pas actuellement	5	18	11	11	9	7	4	65 (78,3%)
Effectif	6	22	18	14	11	8	4	83 (100%)

2.4.2. Prévalence

Tableau XV : Prévalence contraceptive globale chez les sujets de l'enquête (concernant l'utilisation régulière des méthodes contraceptives modernes).

Dénomination	Femmes	Hommes	Total
Utilisateurs réguliers de méthodes contraceptives modernes	62	18	80 (20,8%)
Non utilisateurs de méthodes contraceptives modernes	239	65	304 (79,2%)
Effectif	301	83	384 (100%)

2.4.3. *Raisons de non utilisation des méthodes contraceptives*

Tableau XVI : Raisons de non utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Raisons de non utilisation	Effectif	Proportion
Problèmes de santé	14	4,6
Peur des effets secondaires	98	32,2
Manque d'accès	10	3,3
Refus du partenaire	12	3,9
Interdite par la religion	44	14,5
Désir d'enfants	126	41,5
Total	304	100

Tableau XVII : Raisons de non utilisation du condom en particulier.

Raisons de non utilisation du condom	Effectif	Proportion
Problèmes d'accessibilité au prix	26	6,8
Interrompt le déroulement de l'acte sexuel	81	21,1
Diminue le plaisir du rapport sexuel	58	15,1
Absence de points de distribution ouvert en ville	131	34,1
Désir d'enfants	88	22,9
Total	384	100

2.5. Sources d'informations

Tableau XVIII : Répartition des sujets de l'enquête selon les sources d'informations sur les méthodes contraceptives modernes.

Sources d'informations	Effectif	Proportion
Radio	67	17,4
Télévision	98	25,5
Journal et/ou magazine	6	1,6
Ami(e)	8	2,1
Personnel de santé	183	47,7
Membre de la famille	22	5,7
Total	384	100

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

DISCUSSION

La prévalence contraceptive est utilisée comme un indicateur d'impact du programme de planification familiale dans un pays qui développe une politique nationale en santé de la reproduction comme Madagascar. Elle est définie comme étant le pourcentage de femmes/hommes en âge de procréer (15 à 49 ans pour les femmes et 15 à 59 ans pour les hommes) qui utilisent actuellement (ou qui a un partenaire qui utilise actuellement) une méthode contraceptive moderne.

La ville de Moramanga est un vrai point de rencontre de gens d'origine et de provenance diverses. C'est un carrefour pour la route nationale RN2 vers Toamasina, la route nationale n° 44 vers le lac Alaotra, et la route provinciale menant à Nosibe An'Ala. Cette situation que l'implantation de la zone d'exploitation du nickel et cobalt d'Ambatovy a encore développée, favorise les contacts humains et les relations sexuelles non protégées.

Ainsi pour appréhender la situation actuelle dans la ville de Moramanga, nous avons mené une enquête sur le terrain qui porte sur la connaissance, l'attitude et la pratique concernant les méthodes contraceptives modernes. Nos résultats donnent une idée sur la situation à Moramanga dans le domaine de la contraception moderne [22-24].

1. CARACTERES DE L'ECHANTILLON

L'enquête que nous avons réalisée dans la ville de Moramanga porte sur un échantillon représentatif de la population en âge de procréer de la ville, qui a une taille de 384 sujets.

1.1. Age et genre

Les sujets de l'étude sont constitués en majorité par des personnes âgées de 20 à 24 ans (31,8%) de 25 à 29 ans (21,1%) et de 30 à 34 ans (16,6%). Celles qui ont 15 à 19 ans ne représentent que 9,4% de l'échantillon. L'échantillon est composé de 83 sujets de sexe masculin (21,6%) et de 301 sujets de sexe féminin (78,4%).

1.2. Situation matrimoniale et nombre d'enfants

Les sujets de l'enquête sont des personnes en union (59,9%), des célibataires (34,4%) essentiellement. Dans 37,5% des cas ils ont 2 enfants, et dans 14,6% des cas, ils n'ont pas d'enfants.

1.3. Niveau d'instruction et profession

Les sujets de l'étude sont du niveau primaire dans 41,7% des cas et du niveau secondaire dans 29,9% des cas. Ils travaillent essentiellement dans le secteur informel (39,8%) ou dans le secteur privé (31,3%), ou sont étudiants dans 21,6% des cas.

2. CONNAISSANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

La pratique volontaire du contrôle des naissances nécessite la mise au courant des personnes cibles sur les méthodes contraceptives modernes disponibles, une motivation forte à l'utilisation et une mise en confiance dans l'adoption d'une méthode. Les résultats de notre enquête montrent que la connaissance des méthodes contraceptives modernes est plus élevée chez les femmes que chez les hommes :

Par exemple :

- la pilule est connue par 70,1% des femmes contre 57,8% chez les hommes ;
- les méthodes injectables sont connues par 76,1% des femmes contre 65,1% chez les hommes.

En revanche, le condom est connu par 77,1% des hommes contre 65,8% chez les femmes. A Madagascar, il semblerait que les méthodes injectables sont la méthode moderne la mieux connue (78% chez les femmes en union et 81% chez les célibataires sexuellement actives). A l'opposé, le diaphragme, le condom féminin et la pilule du lendemain ne sont pas très bien connus [25, 26]. De même chez les hommes à Madagascar, le condom est mieux connu (78% de ceux qui sont en union le connaissent et 80% des célibataires, qu'ils soient sexuellement actifs ou non). C'est en milieu urbain que le niveau de connaissance des méthodes contraceptives modernes est le plus élevé, quel que soit le sexe. Il semble que le niveau d'instruction a une

influence importante sur le niveau de connaissance des méthodes contraceptives modernes.

3. ATTITUDE

Nos résultats montrent que dans la majorité des cas, les sujets de l'enquête sont pour l'utilisation des méthodes contraceptives modernes :

- favorable (33,1%)
- très favorable (26,8%)

4. PRATIQUE DES METHODES

Les résultats de notre étude montrent l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes et chez les hommes.

4.1. Chez les femmes

Chez les femmes, l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives modernes a une prévalence de 20,6%. Ceci concerne essentiellement :

- les méthodes contraceptives injectables (14,6%)
- la pilule (4,3%)
- le condom (1,32%)
- le DIU (0,33%)

4.2. Chez les hommes

Chez les hommes, l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives modernes en une prévalence de 21,7%. Ceci concerne essentiellement :

- les méthodes contraceptives injectables (12%)
- le condom (4,8%)
- la pilule (3,6%)
- le DIU (1,2%)

Selon l'âge, le niveau maximum d'utilisation des méthodes contraceptives modernes se situe entre 25 et 29 ans chez les femmes. Il correspond à la même tranche d'âge chez les hommes.

4.3. Prévalence contraceptive globale

La prévalence contraceptive globale est d'après nos résultats de 20,8%. A Madagascar, au niveau national, la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes augmente de façon très importante avec le niveau d'instruction.

4.4. Aperçu de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes

4.4.1. A Madagascar

A Madagascar, la prévalence contraceptive augmente de manière considérable avec le niveau de bien-être puisque dans les ménages les plus pauvres, seulement 7% des femmes utilisent une méthode moderne et que dans les plus riches, cette proportion est de 30%.

La comparaison entre les résultats des enquêtes 1992, 1997 et 2004 sur la prévalence contraceptive montre pour les méthodes modernes une variation de taux passant respectivement de 5%, 10% à 18%. Les résultats de notre étude montrent une prévalence globale de 20,8%.

Si l'utilisation du condom atteint une prévalence de 3,9% dans la capitale en 2004, le taux de prévalence d'utilisation est de 2,7 dans les zones urbaines. En revanche en zone rurale, le taux d'utilisation du condom est négligeable avec 0,5% seulement. Les résultats de notre étude montrent une légère amélioration du taux de l'utilisation du condom chez les hommes (4,3%).

Selon le Ministère chargé de la santé, l'utilisation de préservatifs au cours des rapports sexuels occasionnels est encore faible, car il n'y a que 2,6% des hommes et 0,3% des femmes qui l'ont pratiqué [27, 28].

4.4.2. A l'étranger

En Thaïlande, la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) notamment le Sida et celle contre les grossesses non désirées sont jumelées. Ainsi, à partir de 1989, le gouvernement Thaïlandais a lancé une campagne nationale d'éducation et de distribution de préservatifs. Un solide engagement politique et financier a été entrepris pendant les années qui suivent.

Actuellement, une étude menée récemment à Bangkok a montré que 89% des professionnels du sexe utilisent les préservatifs.

Au Bangladesh, un programme de planning familial a été lancé en 2000 dans le but d'atteindre des objectifs démographiques. Il comporte quatre éléments :

- le premier élément est le déploiement de jeunes femmes mariées recrutées comme agents de terrain et formées pour effectuer des visites à domicile auprès des femmes ;
- le deuxième élément est la mise à disposition d'un éventail large de méthodes contraceptives ;
- le troisième élément est l'ouverture de cliniques de planning familial dans les zones rurales ;
- le quatrième élément est constitué par les activités d'information, d'éducation et de communication menées auprès de la population.

5. NON UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

5.1. Non utilisation des méthodes contraceptives modernes en général

D'après les résultats de notre étude, les sujets de l'enquête ne veulent pas utiliser les méthodes contraceptives pour des raisons liées à la fécondité, plus particulièrement parce qu'ils désirent des ou d'autres enfants (41,5%). D'autres évoquent d'autres raisons comme les problèmes de santé (4,6%) la peur des effets secondaires (32,2%), le manque d'accès aux méthodes contraceptives.

5.2. Non utilisation du condom

Au cours de l'enquête, quand on a demandé les raisons de non utilisation du condom lors des relations sexuelles, la réponse la plus fréquemment donnée est l'absence ou l'insuffisance des points de distribution de préservatifs dans la ville de Moramanga. D'autres raisons ont été également données comme :

- le désir d'enfants,
- l'interruption de l'acte sexuel occasionnée par la mise en place du condom,
- la diminution du plaisir sexuel,
- le problème d'accès au prix du condom.

Cette dernière raison est souvent donnée par les étudiants.

6. SOURCES D'INFORMATIONS ET RÉCAPITULATION

Les sources d'informations citées par les sujets de l'enquête concernant les méthodes contraceptives modernes sont : essentiellement le personnel de la santé (47,7%), la télévision (25,5%) et la radio (17,4%). D'autres sources sont citées mais plus rarement comme les amis, les membres de la famille, les journaux ou les magazines.

Au niveau national, c'est par la radio que les hommes et les femmes ont le plus fréquemment entendu des messages concernant la planification familiale et les méthodes contraceptives modernes (45% pour les femmes et 36% pour les hommes). Pour la télévision, ces proportions sont plus faibles (16% pour les deux sexes) [26].

En récapitulation, les résultats de notre enquête sur le terrain, dans la ville de Moramanga ont permis de connaître que la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives est globalement de 20,8%. Les méthodes injectables sont mieux connues par les femmes (76,1%), tandis que chez les hommes c'est le condom qui est le mieux connu (77,1%). Ainsi, la pratique de la méthode injectable concerne 14,6% des femmes de l'enquête. Le condom est utilisé par 1,32% des femmes et 4,8% des hommes.

Nos suggestions portent sur le renforcement des activités d'informations sur les méthodes contraceptives modernes,

L'objectif est de faire connaître les méthodes contraceptives modernes par les sujets cibles.

Les stratégies reposent sur :

- La réalisation de séances d'IEC (Information, Education et Communication) au niveau des fokontany de la ville de Moramanga, à raison d'une séance d'IEC par fokontany par trimestre (figure 4).
 - Les séances d'IEC pourraient être menées par les responsables du CSB2 de Moramanga sous la coordination du médecin inspecteur chef du district de santé.
 - Les ressources complémentaires (matérielles et financières) pourraient être fournies par l'action conjointe du service de santé de district et de la mairie de Moramanga.
- L'utilisation par le bureau de santé de district d'une double stratégie :
 - stratégie fixe : des séances d'IEC menées au niveau du CSB2 de Moramanga à raison d'une séance par semaine ;
 - stratégie mobile : des séances d'IEC menées au niveau des fokontany de la ville de Moramanga à raison d'une séance par fokontany par trimestre.
- La mise en œuvre d'un programme d'IEC qui porte sur :
 - la présentation des méthodes contraceptives modernes disponibles,
 - les avantages et les inconvénients de chaque méthode,
 - les conduites à tenir et précaution à prendre dans l'utilisation,
 - les points et conditions de distribution des méthodes et outils de contraception moderne.

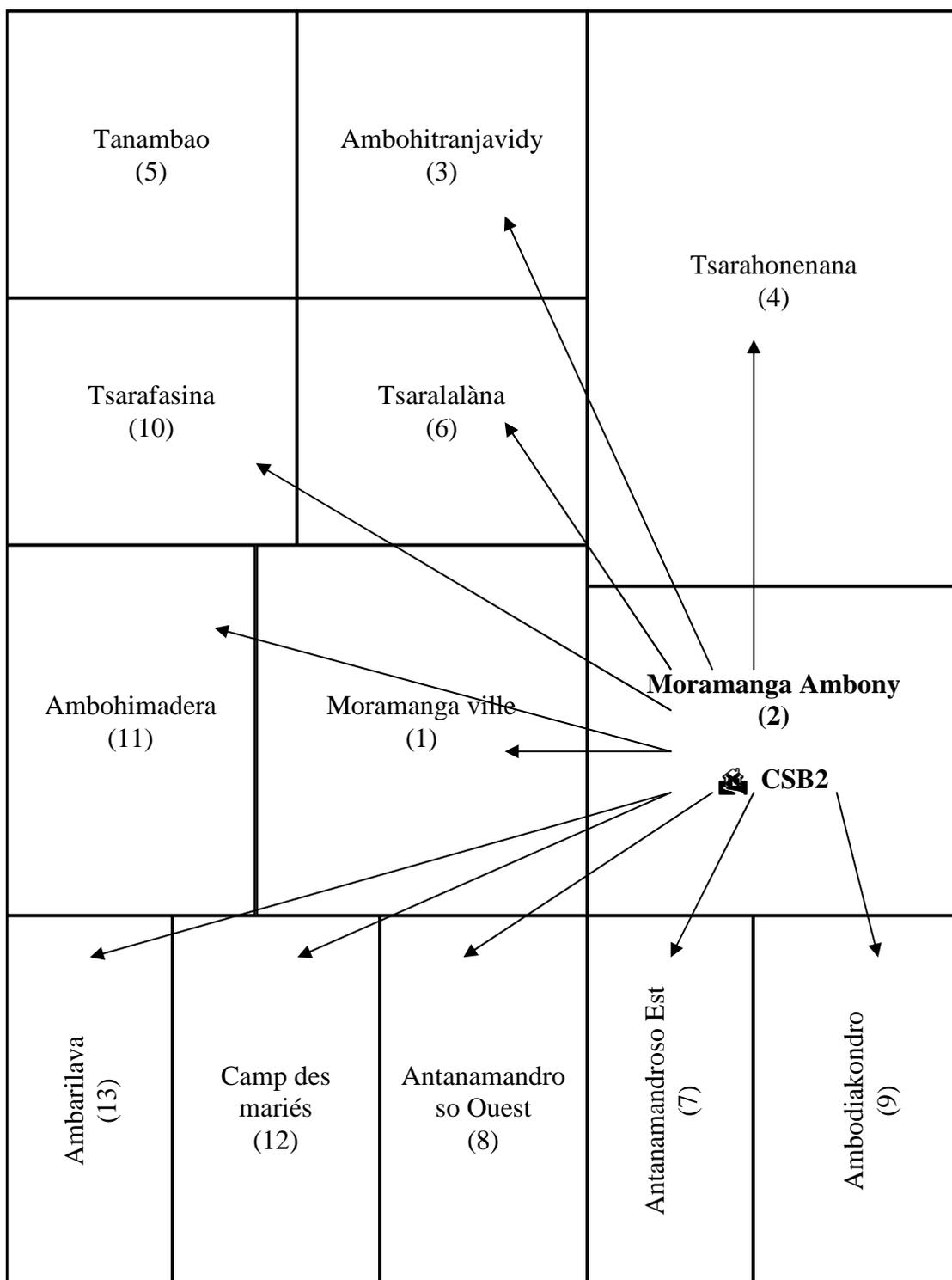


Figure 4 : Plan schématique des actions stratégiques d'IEC dans la ville de Moramanga (une séance d'IEC/fokontany/trimestre).

Ensuite, une amélioration de l'accessibilité aux méthodes contraceptives notamment au condom qui a pour objectif d'améliorer la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Les stratégies reposent sur :

- la mise en place de point de distribution de condom au niveau des 13 fokontany de la ville de Moramanga ;
- la création de centres de planification familiale au niveau de 2 fokontany éloignés du CSB2 :
 - Tanambao
 - Ambarilava

Ces centres de planification familiale pourraient être ouvert une fois par semaine sous la responsabilité d'un personnel paramédical du service de santé du district de Moramanga.

- Vente subventionnée des préservatifs ou condom

Exemple : 10 condoms pour 100 ariary.

La subvention peut être prise en charge par la région d'Alaotra Mangoro et les organismes qui œuvrent pour la famille (Organisations Non Gouvernementales ou ONG) et associations qui travaillent dans le domaine de la planification familiale.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'enquête CAP que nous avons réalisée dans la ville de Moramanga sur les méthodes contraceptives modernes a permis de montrer la situation dans le domaine de la planification familiale. En effet, au niveau de la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, le taux global de la prévalence chez les femmes et les hommes s'élève à 20,8%. Chez les femmes, la méthode injectable bénéficie la préférence des utilisatrices de la contraception avec une prévalence de 14,6%, avec seulement 1,32% pour l'utilisation du condom.

Chez les hommes en revanche, cette prévalence de l'utilisation des méthodes injectables est de 12% avec 4,8% pour l'utilisation du condom. Les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives modernes et particulièrement le condom sont le désir d'avoir des enfants, la peur des effets secondaires, l'absence ou l'insuffisance de points de distribution des produits et moyens de contraception.

Afin d'améliorer la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, notre première suggestion porte sur le renforcement des activités d'Information, Education et Communication ou IEC en menant des séances périodiques au niveau des fokontany et au niveau du CSB2. La deuxième suggestion porte sur l'amélioration de l'accessibilité aux méthodes contraceptives modernes. Les stratégies reposent sur la mise en place de point de distribution de condom au niveau de 13 fokontany de la ville de Moramanga, la création de centre de planification familiale dans les fokontany de Tanambao et d'Ambarilava et la vente subventionnée des préservatifs ou condom.

ANNEXE

QUESTIONNAIRE

(Enquête CAP sur les méthodes contraceptives modernes)

N° d'identification / _____/

Date : /__/_/___/

Enquêteur : /_____/

1. Etat civil

- Age : /___/
- Genre : Masculin Féminin
- Situation matrimoniale : Célibataire
 En union
 Séparé(e) ou divorcé(e)
 Veuf(ve)
- Nombre d'enfants : /___/
- Niveau d'instruction : Sans instruction
 Primaire
 Secondaire
 Universitaire
- Profession : Etudiant
 Secteur public
 Secteur privé
 Secteur informel

2. Connaissance

Quelles sont les méthodes modernes de contraception que vous connaissez ?

- Pilule
- Méthode injectable
- DIU (Dispositif Intra-Utérin)
- Mousse ou gelée
- Condom
- Méthodes chirurgicales
- Pilule du lendemain Autres :

3. Attitude

Etes-vous favorables à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ?

- Très favorable
- Favorable
- Assez favorable
- Peu favorable
- Pas du tout favorable

4. Pratique

Utilisez-vous en permanence une méthode contraceptive moderne ?

- Oui
- Non

Si oui laquelle ?

/ _____ /

Si non pourquoi ?

- Problème de santé
- Peur des effets secondaires
- Manque d'accès
- Autres :

Utilisez-vous en particulier le condom ?

- Oui
- Non

Si oui quand ? / _____ /

pourquoi ? / _____ /

5. Sources d'information sur la contraception

D'où recevez-vous vos informations sur la contraception moderne ?

- Radio
- Télévision
- Journal ou magazine
- Personnel de santé
- Amis
- Autres

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Gérard H. Intégrer population et développement. Paris : L'Harmattan ; 2003.
2. Ministère de la Santé et du Planning Familial. Politique nationale de la santé de l'enfant. Madagascar : MSPF ; 2005.
3. PSI Madagascar. Etude sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes de 15 à 24 ans à Toamasina en matière de planification familiale. PSI Mad. 2003 ; (6) : 11-9.
4. Baudet JH. Méthodes contraceptives hormonales. Rev Acc Gyn. 1993 ; (47) : 56-8.
5. OMS. Choix des méthodes contraceptives, guide pratique et théorique. Genève : OMS ; 1993.
6. Collomb P. La diffusion des méthodes contraceptives modernes en France. Rev Int Ped. 2001 ; (12) : 1045-6.
7. OMS. Contraceptifs injectables, leur rôle en PF. Genève : OMS ; 1999.
8. Miller ER, Skane B, Merphy E. L'innocuité des contraceptifs, mythes et réalités. IPPF. 1998 ; (7) : 15-6.
9. Randriambololomanana ML. L'utilisation des méthodes contraceptives modernes au CSB2 cité des assureurs Itaosy. [Thèse]. Médecine Humaine : Antananarivo ; 2003. 61p.
10. Jamison DT, Breman JG, Measham AR. Priorités en matière de santé. Washington : Banque Mondiale ; 2006.
11. Feneshield. Un nouveau contraceptif barrière pour les femmes. Bull. Méd. de l'IPPF. 1988 Juin ; 22 : 12-4.

12. Medlin CA, Jamison DT, Measham AR. Améliorer la santé des populations. Washington : Banque Mondiale ; 2006.
13. Gray RH. Manuel pour l'emploi des DIU. Genève : OMS ; 2008.
14. Chasteland JC. Les politiques de population. Paris : Inst Nat Etud Dém ; 1996.
15. Courtier C, Maces P. Contraception : méthodes, efficacité, choix, contre-indications, surveillance et risques. Rev Prat. 1998 ; 198(5) : 2223-7.
16. Kleiman RL. Vasectomie. Bull Med de l'IPPF. 1982 ; 124(4) : 24-9.
17. OMS. La stérilisation féminine volontaire. Genève : OMS ; 1990.
18. Ki-Zerbo J. Aspects socio-culturels de la planification familiale. Paris : L'Harmattan ; 2003.
19. Pomey MP, Poullier JP, Lejeune B. Santé Publique. Paris : Ellipses ; 2000.
20. Rabeloson V. Planification familiale. Antananarivo : EDS ; 2004.
21. Vololoniaina N. Prévalence contraceptive. [Thèse]. Médecine Humaine : Antananarivo ; 2007. 65p.
22. Schwartz D. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes. Paris : Flammarion Médecine-sciences ; 1988.
23. Dabis F, Drucker J, Moren A. Epidémiologie d'intervention. Paris : Arnette ; 1992.
24. Saoly Roger KT. Couverture de la planification familiale et prévalence des effets secondaires au CSB2 de Belo sur Tsiribihina. [Thèse]. Médecine Humaine : Antananarivo ; 2010. 63p.

25. Rakotovao A. Evaluation des activités de planning familial au niveau d'un centre de santé urbain. [Thèse]. Médecine Humaine : Antananarivo ; 2011. 65p.
26. Razafimiarantsoa TT. Exposition au risque de grossesse. Antananarivo : EDS ; 2004.
27. Ministère de la Santé et du Planning Familial. Politique Nationale de Santé de l'Enfant. MSPF, Newprint. 2005 : 34p.
28. PSI Madagascar. Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24 ans à Toamasina en matière de PF. PSI Mad. 2003 : 6-9.

VELIRANO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : **Professeur RANDRIA Mamy Jean de Dieu**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : **Professeur ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana**

Name and first name : RASEHENONTSOA Baovola

Title of the thesis : “SURVEY OF MODERN CONTRACEPTION IN THE CITY
OF MORAMANGA”

Heading : Public Health

Number of figures : 04 **Number of pages :** 51 **Number of annexes :** 01

Number of tables : 18 **Number of bibliographical references :** 28

SUMMARY

"Survey of modern contraception in the city of Moramanga" is a study that suggest strategic elements to improve the prevalence of use of modern contraceptive methods including condoms main objective.

The results of the survey show an overall prevalence of use of 20,8% with only 1,32% for the condom, 14,6% in women and 4,8% among men. The condom is not used according to objective of prévalence of use, lack of informations and access.

To improve the prevalence of use, our first suggestion is the strengthening of Information, Education and Communication and IEC activities at fokontany. The second suggestion relates to improving the accessibility of contraceptive methods by implementing family planning clinic to Tanambao and Ambarilava, and the establishment of condom distribution points at fokontany.

Key-words :Survey - Contraception - Modern methods - Condom -
Prevalence.

Director of the thesis : Professor RANDRIA Mamy Jean de Dieu

Reporter of the thesis : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Address of author : Lot VS 21 A/d Bis Ankatso Atsimo

Nom et Prénom : RASEHENONTSOA Baovola

Titre de la thèse : « ENQUETE SUR LA CONTRACEPTION MODERNE DANS LA
VILLE DE MORAMANGA »

Rubrique : Santé publique

Nombre de figures : 04

Nombre de pages : 51

Nombre d'annexes : 01

Nombre de tableaux : 18

Nombre de références bibliographiques : 28

RESUME

« Enquête sur la contraception moderne dans la ville de Moramanga » est une étude qui a pour principal objectif de suggérer des éléments stratégiques d'amélioration de la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes dont le condom.

Les résultats de l'enquête montrent une prévalence globale d'utilisation de 20,8%, avec seulement pour le condom 1,32%, chez les femmes 14,6% et 4,8% chez les hommes. Le condom n'est pas utilisé selon l'objectif de prévalence d'utilisation, faute d'insuffisance d'information et d'accès.

Afin d'améliorer la prévalence de l'utilisation, notre première suggestion porte sur le renforcement des activités d'Information, Education et Communication ou IEC au niveau des fokontany. La deuxième suggestion porte sur l'amélioration de l'accessibilité aux méthodes contraceptives par l'implantation de centre de planification familiale à Tanambao et Ambarilava, et la mise en place de points de distribution de condom au niveau des fokontany.

Mots-clés : Enquête – Contraception – Méthodes modernes – Condom – Prévalence.

Directeur de thèse : Professeur RANDRIA Mamy Jean de Dieu

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Adresse de l'auteur : Lot VS 21 A/d Bis Ankatso Atsimo