

RASOJA Jean de Dieu

**LA CONTRACEPTION EN MILIEU RURAL. ETUDE
REALISEE AU CSB II D'ANJIAMANGIRANA I
FIVONDRONAMPOKONTANY
ANTSOHIHY**

Thèse de Doctorat en Médecine

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
Faculté de Médecine

Année 2001

N° 6208

**LA CONTRACEPTION EN MILIEU RURAL. ETUDE
REALISEE AU CSB II D'ANJIAMANGIRANA I
FIVONDRONAMPOKONTANY
ANTSOHIHY**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 2001
à Antananarivo

Par

Monsieur RASOJA Jean de Dieu

Vers 1957 à Ambodimotso - Haut . BEFANDRIANA NORD

Pour obtenir le grade

de

DOCTEUR EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Membres de Jury :

Président : Professeur RATOVO Fortunat

Juges : Professeur RAKOTOVAO Joseph Dieudonné
: Professeur RAMIALIHARISOA Angeline

Rapporteur : Docteur RAKOTOMALALA Christiane

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	M. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba
Fahafahantsoa	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 Roland	M. RAKOTOARIMANANA Denis
M. RANAIVOZANANY Andrianady	
- Troisième cycle long, Enseignement Rakotomanantsoa post-universitaire, CAMES et Titularisation Fahafahantsoa	M. RABENANTOANDRO
	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

Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme

- Traumatologie

- Urgences Chirurgicales

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Endocrinologie et métabolisme

Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

- Médecine Interne

Pr. SOAVELO Pascal

- Médecine Légale

Pr. RAJAONARIVELO Paul

- Néphrologie

Pr. ANDRIAMBAO Damasy Seth

- Neuropsychiatrie

Pr. ANDRIANARISOA Ange

- Pneumologie-Phtisiologie

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie et Génétique Médicale

Pr. RANDRIANASOLO Olivier

- Pédiatrie et Puériculture, Infectieuse

- Pédiatrie néonatale

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Education pour la Santé

Pr. ANDRIAMANALINA Nirina

- Santé Communautaire

Pr. RANDRIANARIMANANA

Dieudonné

- Santé Publique, Hygiène

Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA

- Santé Publique

Justin

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA

RAHANTALALAO Henriette

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anatomie Et Organogenese

Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel

- Anatomie Pathologique

Pr. FIDISON Augustin

- Anesthésie-Reanimation

Pr. RANDRIAMIARANA Joël

Pr. RAMIALIHARISOA Angeline

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Stomatologie

Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Pr. RAKOTOBE Pascal

- Ophthalmologie

Pr. ANDRIANTSOSA

RASOAVELONORO

Violette

- ORL et Chirurgie Cervico-faciale

Pr. RABENANTOANDRO Casimir

2) PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE :

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Biochimie Pr. RANAIVOHARISOA Lala

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Dermatologie Pr. RAPELANORO RABENJA

Fahafahantsoa

- Néphrologie

Rakotomanantsoa

- Neurologie

Alain

Pr. RABENANTOANDRO

Pr. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO
Noëline

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Médecine du travail Pr. RAHARIJONA 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 CONFÉRENCES :

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

- Ophtalmologie Mme RASIKINDRAHONA Erline

C- ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

PROFESSEURS EMERITES

Pr. RATOVO Fortunat

Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Suzanne U

Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur

Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé

Pr. RANDRIAMAMPANDRY

Pr. RAZANAMPARANY Marcel

Pr. RANDRIAMBOLOLONA Aimée

Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre

Pr. RAKOTOMANGA Robert

Pr. RAHAROLAHY Dhels

Pr. MANAMBELONA Justin
Pr. ZAFY Albert
Pr. ANDRIANJATOVO Joseph
Pr. KAPISY Jules Flaubert
Pr. RAZAKASOA Armand Emile
Pr. RANDRIANARIVO
Pr. RABETALIANA Désiré
Pr. RAKOTOMANGA Samuel
Blaise
Pr. RAJAONA Hyacinthe
Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe

Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
Pr. RABARIOELINA Lala
Pr. SCHAFFNER RAZAFINDRAHABA Marthe
Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand
Pr. RADESA François de Sales
Pr. RATSIVALAKA Razafy
Pr. Pierre AUBRY
Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery Honoré
Pr. RAKOTOZAFY Georges
Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland

D- IN MEMORIAM

Pr. RAJAONERA Richard
Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson
Pr. RAJAONERA Frédéric
Pr. ANDRIAMASOMANANA Velson
Pr. RAKOTOSON Lucette
Pr. ANDRIANJATOVO Jeannette
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa
Pr. RAKOTUBE Alfred
Pr. RAVELOJAONA Hubert
Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel
Dr. RABEDASY Henri
Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard
Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Albert

Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide
Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin
Pr. RAMANANIRINA Clarisse
Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder
Pr. RANIVOALISON Denys
Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana
Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme
Dr. RAKOTONAHARY
Pr. RAKOTONIAINA Patrice
Pr. RANDRIANARISOLO Raymond
Pr. MAHAZOASY Ernest
Pr. RAZAFINTSALAMA Charles

IV- ADMINISTRATION

A- SECRETAIRE PRINCIPAL

Mme RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

B- CHEFS DE SERVICES :

1. ADMINISTRATIF ET FINANCIER
 2. APPUI A LA RECHERCHE ET FORMATION CONTINUE
 3. RELATIONS AVEC LES INSTITUTIONS
 4. RESSOURCES HUMAINES
 5. SCOLARITE ET APPUI A LA PEDAGOGIE
 6. TROISIEME CYCLE LONG
- Bruno

- M. RANDRIARIMANGA Henri
M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin
M. RAMARISON Elysée
Mme RAKOTOARIVELO Harimalala F.
Mme RAZANAJAONA Mariette
M. RANDRIANJAFIARIMANANA Charles

JE DEDIE CETTE THESE

- A mon épouse : Docteur RAZAIARINORO Blandine

Tu as su faire preuve de beaucoup d'amour et de compréhension.

Tu m'as toujours apporté un soutien moral et financier à la
réalisation de ce travail

"Tendresse"!

- A ma sœur : RAVAO Florine

Vous m'avez élevé pendant mes études primaires et secondaires.

*Que ce travail soit pour vous, la preuve de toute ma gratitude et de
ma tendresse*

- A ma mère, mon beau-père, ma belle-mère :

Vos encouragements, votre soutien et votre aide ont été pour moi d'un
grand
secours.

**- A mes fils et mes filles : NANTENAINA, CARELLA, GAËTAN,
CAROLLE :**

Ce moment est le nôtre, vous ferez mieux que votre père.

Toute mon affection !

- A mes frères, mes beaux-frères et mes belles-sœurs,

- A toute ma famille

Toute ma gratitude !

- A tous mes amis (es),

Mes vifs remerciements

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur Le Docteur **RATOVO Fortunat**

Professeur Emérite en Maladies Infectieuses et Tropicales

à la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Ancien Chef de Service des Maladies Infectieuses et Parasitaires
de l'Hôpital Général de Befelatanana.

Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant avec
bienveillance d'assurer la présidence de cette thèse.

Pour tout le savoir que vous nous avez prodigué tout au long de nos
études

Veuillez recevoir, notre gratitude et notre profond respect !

A NOS MAITRES ET JUGES,

Monsieur Le Docteur **RAKOTOVAO Joseph Dieudonné**

Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en
Stomatologie à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
Directeur du Centre de Stomatologie

Madame Le Docteur **RAMIALIHARISOA Angeline**

Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche
en Anesthésie - Réanimation - Toxicologie à la Faculté de
Médecine
d'Antananarivo
Chef de Service de Réanimation Médicale et de Toxicologie
Clinique

Au CHU d' AMPEFILOHA / Hôpital Joseph Ravoahangy
Andrianavalona

Malgré vos lourdes tâches, vous avez accepté de siéger parmi nos membres
du
Jury.

*Nous vous prions de trouver, ici, l'expression de notre sincère et profonde
gratitude.*

A NOTRE RAPPORTEUR,

Madame le Docteur **RAKOTOMALALA Christiane**

Diplômée de Gynécologie-Obstétrique de la Faculté de Médecine
de
Strasbourg
Certificat de Santé de Reproduction John Hopking MARYLAND
USA

Qui a fait l'honneur d'accepter d'être le rapporteur de cette thèse !

Votre présence témoigne l'importance que vous avez attribuée à
notre

modeste ouvrage.

Notre sincère reconnaissance et nos vifs remerciements !

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

Monsieur Le Professeur **RAJAONARIVELO Paul**

Notre profonde considération.

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

Pour leur enseignement et leur formation

Notre respect et notre reconnaissance.

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

Nos remerciements pour votre accueil et votre service durant nos études

**A TOUT LE PERSONNEL MEDICAL ET PARA-MEDICAL DU CSB II
D'ANJIAMANGIRANA I**

Vos collaborations et vos aides nous ont beaucoup facilité la réalisation de

notre travail

Veuillez recevoir notre gratitude et notre profonde reconnaissance !

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

Nos vifs remerciements.

S O M M A I R E

	Pages
INTRODUCTION	
1	
<u>Première Partie : CONSIDERATIONS GENERALES</u>	
1.1.- DEFINITIONS	
2	
1.2.- HISTORIQUE	
2	
1.2.1.- Dans le Monde	
2	
1.2.2.- A Madagascar	
5	
1.3.- LES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES	
6	
1.3.1.- Les méthodes traditionnelles	
6	
1.3.2.- Les méthodes naturelles	
7	
1.3.3.- Les méthodes modernes dans la PF	
9	
1.4.- OBJECTIFS DE LA PF	
17	
<u>Deuxième Partie : NOTRE ETUDE</u>	
2.1.- CADRE DE L'ETUDE	
18	

2.2.- METHODOLOGIE	
20	
2.2.1.- Méthode et matériel	
20	
2.2.2.- Critères d'inclusion	
20	
2.2.3.- Paramètres d'étude	
20	
2.3.- RESULTATS	
34	
2.3.1.- Répartition des utilisatrices régulières selon l'âge	
21	
2.3.2.- Répartition des utilisatrices régulières selon la parité	
22	
2.3.3.- Répartition des utilisatrices régulières selon le lieu de résidence	
23	
2.3.4.- Répartition des utilisatrices régulières selon le niveau d'instruction	
24	
2.3.5.- Répartition des utilisatrices régulières selon la situation matrimoniale	
24	
2.3.6.- Répartition des utilisatrices régulières selon les méthodes utilisées	
25	
2.3.7.- Répartition des utilisatrices régulières selon l'âge et la méthode utilisée	
26	
2.3.8.- Répartition des utilisatrices régulières selon la parité et la méthode utilisée	
27	
2.3.9.- Répartition des utilisatrices régulières selon la situation matrimoniale et la méthode utilisée	
28	
2.3.10.- Répartition des utilisatrices régulières selon le lieu de résidence et la méthode utilisée	
29	

2.3.11.- Répartition des utilisatrices régulières selon le niveau d'instruction et la méthode utilisée	30
2.3.12.- Répartition des abandons selon la méthode utilisée	31
2.3.13.- Répartition des perdues de vue selon l'âge	31
2.3.14.- Répartition des perdues de vue selon la parité	32
2.3.15.- Répartition des perdues de vue selon le niveau d'instruction	32
2.3.16.- Répartition des perdues de vue selon la situation matrimoniale	33
2.3.17.- Répartition des perdues de vue selon le lieu de résidence	33
2.3.18.- Répartition des perdues de vue selon les méthodes utilisées et le lieu de résidence	34
2.4.- QUELS SONT LES PROBLEMES EN PLANIFICATION FAMILIALE ?	34
2.4.1.- Relation prestataire et utilisateurs	
34	
<u>Troisième Partie : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS</u>	
3.1.- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	
37	
3.1.1.- Age des utilisatrices régulières	
37	
3.1.2.- Parité des utilisatrices régulières	
37	
3.1.3.- Niveau d'instruction	
38	

3.1.4.- Lieu de résidence	
	38
3.1.5.- Situation matrimoniale	
	38
3.1.6.- Les méthodes utilisées	
	39
3.1.7.- Age et méthodes	
	39
3.1.8.- La parité et la méthode	
	40
3.1.9.- La situation matrimoniale et la méthode	
	40
3.1.10.- Lieu de résidence et la méthode	
	40
3.1.11.- Concernant le rapport entre le niveau d'instruction et la méthode utilisée	
	41
3.2.- SUGGESTIONS	
	41
CONCLUSION	
	43

	LISTE DES TABLEAUX	<u>Pages</u>
Tableau n° 01 : L'âge	21	
Tableau n° 02 : La parité	22	
Tableau n° 03 : Le lieu de résidence	23	
Tableau n° 04 : Le niveau d'instruction	24	
Tableau n° 05 : La situation matrimoniale	24	
Tableau n° 06 : La méthode utilisée	25	
Tableau n° 07 : L'âge et la méthode	26	
Tableau n° 08 : La parité et la méthode utilisée	27	
Tableau n° 09 : La parité et la méthode utilisée	28	
Tableau n° 10 : Le lieu de résidence et la méthode utilisée	29	
Tableau n° 11 : Le niveau d'instruction et la méthode utilisée	30	
Tableau n° 12 : La méthode utilisée	31	
Tableau n° 13 : L'âge	31	
Tableau n° 14 : La parité	32	
Tableau n° 15 : Le niveau d'instruction	32	
Tableau n° 16 : La situation matrimoniale	33	
Tableau n° 17 : Le lieu de résidence	33	
Tableau n° 18 : La méthode utilisée et le lieu de résidence	34	

LISTE DES FIGURES

	<u>Pages</u>
Figure n° 01 : Représentation graphique selon l'âge	21
Figure n° 02 : Représentation graphique selon la parité	22
Figure n° 03 : Représentation graphique des utilisatrices régulières selon leur lieu de résidence	23
Figure n° 04 : Représentation graphique des utilisatrices régulières selon le niveau d'instruction	24
Figure n° 05 : Représentation graphique des utilisatrices régulières selon la situation matrimoniale	25
Figure n° 06 : Représentation graphique des utilisatrices régulières selon la méthode utilisée	
Figure n° 07 : Représentation graphique des clientes selon l'âge et la méthode utilisée	26
Figure n° 08 : Représentation graphique des clientes régulières selon la parité et la méthode utilisée	27
Figure n° 09 : Représentation graphique des utilisatrices régulières selon la situation matrimoniale	
	28
Figure n° 10 : Représentation graphique des utilisatrices régulières selon le lieu de résidence et la méthode utilisée	29
Figure n° 11 : Représentation graphique des utilisatrices régulières selon le niveau d'instruction et la méthode	30

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

PF : Planification Familiale

IPPF : International Planned Parenthood Federation

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

CSB II : Centre de Santé de Base Niveau II

FISA : Fianakaviana Sambatra

APROPOP : Appui aux Programmes de Population

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population

USAID : United States Aid International Development

CO : Contraception Orale

CI : Contraception Injectables

COC : Contraception Orale Combinée

PP : Pilules Progestatifs

µg : micro-gramme

DIU : Dispositif Intra-Utéerin

RN6 : Route Nationale n° 6

IEC: Information - Education - Communication

INTRODUCTION

La contraception est un des éléments constitutifs de la planification familiale qui, selon l'OMS,(1) « entraîne le développement et l'amélioration de la qualité de vie car les gens et les couples ont le droit de décider librement du nombre et de l'espacement de leurs enfants, d'avoir l'information, les moyens et les responsabilités d'assurer les besoins de leurs enfants ».

De 1993 à 1999, le taux d'accroissement démographique de Madagascar est de 3 %.⁽²⁾ Cet accroissement démographique élevé et rapide va de pair avec la mortalité maternelle estimée à 490 pour 100.000 naissances vivantes en 1995 et la mortalité infantile 96,3 pour 1000 entre 1993 et 1997 avec 82 pour 1000 en milieu rural.⁽²⁾

Tous ces problèmes ont des implications sur le bien-être de la famille, et surtout sur le développement socio-économique du pays. Ainsi, le gouvernement de la République de Madagascar préconise en Décembre 1990, dans sa politique nationale de population, l'amélioration de la qualité de la vie afin de favoriser l'instauration d'un bien-être pour toutes les catégories de population en prônant, entre autres, la réduction du taux de fécondité au moyen d'un programme national de planification familiale.⁽³⁾ 85 % de la population malgache vivant en milieu rural, nous nous sommes proposés d'étudier la connaissance, l'attitude et la pratique de la contraception dans ce milieu et avons choisi le site de planification familiale du centre de santé de base niveau II d'Anjiamangirana I, Fivondronam-pokontany d'Antsohihy.

Notre travail comprend 3 parties :

Dans la première partie, nous présentons l'historique de la contraception et les différentes méthodes contraceptives. La deuxième partie du travail est consacrée aux résultats de l'étude réalisés au CSBII d'Anjiamangirana I, résultats qui seront commentés dans la troisième partie. Quelques suggestions qui nous paraissent utiles pour améliorer le bien-être de la famille seront proposées avant la conclusion.

1.1.- DEFINITIONS

Selon l'OMS : « La planification familiale est la manière de penser et de vivre que l'individu et le couple adoptent de leur libre volonté en se basant sur la connaissance précise, 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 et économique du pays ».(38)

Le Professeur RAMAKAVELO M. P. définit la planification familiale comme « l'ensemble des techniques médico-sociales permettant :

- l'espacement et la régulation des naissances pour protéger la santé de la mère et de l'enfant, d'une part, pour offrir plus de chance d'un niveau de vie à la famille, d'autre part,
- la réduction de la morbidité de la mortalité maternelle et pour donner une valeur nettement positive à la natalité,
- la lutte contre la stérilité pour les couples qui rencontreraient des difficultés dans ce domaine,
- l'épanouissement de la vie sexuelle à une éducation appropriée ».(39)

Meyer dans Planning Familial (41) dit que : « La contraception est l'ensemble des procédés visant à éviter, de façon temporaire et réversible, la conception. Elle n'exclut pas l'avortement ».

1.2.- HISTORIQUE

1.2.1.- DANS LE MONDE

Le contrôle des naissances a toujours été pratiqué par les populations. L'infanticide, l'avortement provoqué, les procédés anti-conceptionnels et la stérilisation ont été les moyens utilisés.

1.2.1.1.- L'infanticide

L'infanticide était le seul recours, dans l'antiquité, car le lien entre le rapport sexuel et la survenue d'un enfant n'a pas été clairement compris.

1.2.1.2.- L'avortement provoqué

Depuis la haute antiquité, il a été un des moyens majeurs de contrôle des naissances, soit par l'usage des drogues abortives, soit par manipulations locales.

1.2.1.3.- Les procédés anti-conceptionnels

Un papyrus égyptien recommande l'application vaginale d'une préparation à base d'excrément de crocodiles. Des textes très anciens de Chine, d'Inde, de Grèce rapportent des formules magiques et de décoctions diverses et de recettes anti-conceptionnelles.

Quand le rôle du sperme fut mieux compris, on eut recours :

- au « retrait », c'était le péché d'ONAN dans la Bible ;
- ou encore à l'introduction dans le vagin de substances supposées arrêter ou neutraliser le sperme : bouchons d'herbes, d'algues, de figues sèches, de cire d'abeilles, etc... D'autres mixtures contenant du miel, du vinaigre, du jus de citron, imbibant une éponge étaient placées dans le fond du vagin pour éviter une grossesse.

Au 16^e siècle, le préservatif masculin avait fait une première apparition dans la Rome antique et était fait de vessie de chèvre.

En 1844, l'invention du caoutchouc vulcanisé devait aboutir à une utilisation très large des condoms.

En 1882, le diaphragme vaginal a été inventé en Allemagne par Mesinga.

Le 29 Juillet 1920, le parlement français vota une loi qui proscrivait l'avortement et restreignait de beaucoup la publicité ou la vente des contraceptifs en France et dans les colonies françaises.(22)

Vers 1935, le japonais OGINO propose la continence périodique.

En 1938, Palmer R. mit au point l'étude de la courbe thermique pour le diagnostic de la date de l'ovulation dans la stérilité, FERIN, puis CHARTIER la proposèrent pour la régulation des naissances.

Autour de 1950, ROCK et PINCUS proposent le blocage de l'ovulation par la « Pilule ». l'International Planned Parenthood (IPPF) dont le siège se trouve à Londres, fût fondée en 1952 au cours de la conférence de BOMBAY. Elle est née des efforts conjugués d'homme et des femmes de nombreux pays qui considéraient le planning familial comme un droit et un besoin fondamental des individus tant du point de vue sanitaire que social.(4)

De 1965 à 1974, les dispositifs intra-utérins (DIU) polyéthylène en forme de spirale, de serpent, de cœur firent leur apparition. Les modèles récents sont des stérilets en T, en 7.

La stérilisation chirurgicale a une histoire beaucoup plus récente

puisque liée aux progrès de la chirurgie et de l'asepsie au XIX^e siècle.

Depuis 1975, l'interruption volontaire de la grossesse (IVG) est autorisée en France par la loi Veil dans les cas de détresse, à condition d'être pratiquée par un Médecin, dans un établissement hospitalier, avant la 10^e semaine de grossesse, après un délai de réflexion de 8 jours depuis la demande et en respectant certaines formalités. L'IVG n'est pas légale à Madagascar.

La planification familiale qui, jusqu'à nos jours, était un sujet très sensible en Afrique, est de plus en plus acceptée en tant que composante essentielle du développement économique.

Actuellement, un grand nombre de dirigeants africains considèrent la PF comme une étape importante dans l'amélioration de la santé des mères et des enfants. Ils la voient aussi comme étant une contribution importante à la l'amélioration de la condition féminine.(30)

1.2.2.- A MADAGASCAR (3,31)

A Madagascar, comme dans les pays en voie de développement, le gouvernement s'est engagé à mettre en action les recommandations issues des conférences et des différentes instances internationales dans le domaine de santé de reproduction.

Dès 1967, une Organisation Non Gouvernementale, la Fianankaviana Sambatra (FISA) ou la famille heureuse, a été la pionnière de la PF, appuyée par l'IPPF.

Depuis 1972, année de changement de la vie politique et socio-économique du pays, la PF a atteint une plus large audience et a élargi ses activités.

En 1974, la participation de Madagascar à l'année mondiale de la population a permis aux dirigeants d'objectiver d'une façon plus convaincante le but de la PF. De 1976 à 1980, « l'espacement des naissances » dans l'intérêt de la santé maternelle et infantile, figurait au programme de santé maternelle et infantile (SMI). Dans l'enseignement, l'éducation sexuelle est introduite dans les programmes en matière de population. A partir de l'année 1984, le projet MAG 85 / P03 financé par le FNUAP est mis en œuvre à Madagascar. Ce n'est qu'à partir de 1985 que le secteur public assisté par le FNUAP, adhère à ce projet. Depuis 1991, le projet GTZ de la coopération bilatérale allemande, a apporté sa contribution à la PF, principalement dans la région de Mahajanga.

En 1993, par le biais de l'USAID et du Ministère de la Santé comme agences d'exécution, les gouvernements Américain et Malgache ont conclu un accord bilatéral d'appui aux programmes de population pour développement des activités de PF (APPROPOP/PF).

Actuellement, tous les dispensaires de l'île offrent des prestations de service de contraception.

1.3.- LES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES

1.3.1.- LES METHODES TRADITIONNELLES

Les méthodes traditionnelles peuvent être regroupées en 3 catégories :

- l'utilisation des plantes et des substances indigènes dans le but de contrôler la fécondité,
- les comportements qui peuvent directement ou indirectement affecter la fécondité, mais qui ne sont pas obligatoirement adoptés dans l'intention d'espacer les naissances,
- le retrait ou le coït interrompu.

1.3.1.1.- L'utilisation des plantes ou des substances indigènes

A pour but :

- de réduire les règles,(6) telle l'huile extraite des graines de Buchholzia macrophylla qui a un effet oestrogénique, utilisée par les femmes de Zaïre,
- de stimuler la lactation (7) : comme la tisane de osyris Wigh-tiana au Kenya,
- de tuer les spermatozoïdes (8) : exemple la saponaria officinalis ou enterolobium cyclocarpum en Egypte,
- de favoriser l'expulsion du produit de la conception (avortement).

1.3.1.2.- Le profit des comportements

En Afrique, la plus importante des pratiques est la continence post-partum accompagnant l'allaitement.

1.3.1.3.- Le coït interrompu ou le retrait (17,20)

C'est la méthode la plus ancienne. Elle est réversible et est mentionnée sans condamnation dans le CORAN. Sa pratique semble être connue de presque toutes les sociétés humaines. Cette méthode consiste au retrait du partenaire masculin à l'instant précis où il sent que l'éjaculation du sperme va se produire.

Le coït interrompu ne nécessite ni dispositifs, ni produits chimiques et ne coûte rien.

Cependant le taux d'échec est élevé :(18)

- 18 grossesses pour 100 femmes par an si l'on utilise le retrait régulièrement ;
- 23 grossesses pour 100 femmes par an parmi les utilisateurs réguliers.

Ces échecs sont dus à un manque du self contrôle masculin parce que souvent les hommes ont tendance à enfoncer davantage le pénis au moment de l'éjaculation.

1.3.2.- LES METHODES NATURELLES

Les méthodes naturelles reposent sur l'observation des signes caractéristiques des périodes de fécondité et d'infécondité du cycle menstruel féminin telles :

- la méthode d'abstinence périodique ou la méthode de calendrier,
- la méthode de la glaire cervicale ou la méthode de BILLINGS,
- la méthode des températures,
- la méthode sympto-thermique.

1.3.2.1.- L'abstinence périodique ou la méthode de calendrier

C'est une méthode qui propose de calculer les jours probables de fécondité à partir de l'observation des cycles précédents. En général, la phase féconde s'étale du 7^e au 20^e jour du cycle. Pour éviter une grossesse, le couple devra s'abstenir de tout rapport sexuel durant cette période.

1.3.2.2.- La méthode de la glaire cervicale

La femme doit apprendre à reconnaître les modifications caractéristiques de la glaire cervicale tout au long du cycle. On distingue 3 phases :

- la phase de la sécheresse vaginale, première phase d'infécondité,
- la phase de lubrification vaginale : le dernier jour de lubrification est appelé « jour du pic ovulatoire », pendant lequel le taux d'œstrogènes est maximal,
- la phase de sécheresse vaginale où le progestérone entre en jeu.

1.3.2.3.- La méthode de température

Le changement de température du corps de la femme survient peu après l'ovulation, après celle-ci la température monte et se stabilise pour baisser à nouveau à la veille des règles.

La phase d'infécondité post-ovulatoire commence le 3^e jour après le changement de température.

1.3.2.4.- La méthode sympto-thermique

Cette méthode combine l'enregistrement des températures, l'observation des caractéristiques de la glaire cervicale et les signes physiologiques de l'ovulation comme la sensibilité des seins, les douleurs en milieu de cycle, les microrragies ou les pertes et les lourdeurs abdominales.

Ces méthodes peuvent être utilisées pour éviter une grossesse ou pour traiter l'infertilité. Elles n'ont aucun effet secondaire favorisant la participation du partenaire masculin, mais imposent des contraintes car les utilisateurs doivent relever quotidiennement des signes caractéristiques de la période de fécondité, observer une abstinence pendant un temps plus ou moins long pour des résultats incertains.

1.3.3.- LES METHODES MODERNES DE LA PF

1.3.3.1.- Les contraceptifs hormonaux

Les contraceptifs hormonaux constituent les méthodes non chirurgicales les plus populaires et les plus efficaces pour l'espacement des naissances et la fécondité en Afrique.

a)- Les contraceptifs oraux

Ce sont des pilules contenant des hormones en proportion variable qui empêchent la survenue d'une grossesse. Ils sont composés d'œstrogène, toujours de l'éthyl-estradiol (EE) et d'un progestatif, lovionorgestrel, gesrodène.

Parmi les méthodes contraceptives non chirurgicales, c'est la « pilule » qui a le taux d'efficacité le plus élevé, en théorie voisine de 100 %.

On distingue 2 types de contraceptifs oraux :

- Les Contraceptifs Oraux Combinés (COC) ou les pilules oestroprogestatives

Les contraceptifs oraux combinés contiennent 20 µg, 30 µg ou 50 µg d'éthyl-oestradiol et un progestatif à dose variée selon le type de pilule.

♦ Mode d'action

Les pilules oestroprogestives :

- bloquent l'ovulation,
- rendent la muqueuse utérine impropre à la nidation ;
- épaissent la glaire cervicale qui devient hostile au spermatozoïde.

♦ Mode d'emploi

Prise régulière d'un comprimé par jour à partir du 1^{er} jour du cycle en commençant par les comprimés de couleur claire et continuer jusqu'à la fin de la plaquette. On prend la 2^e plaquette dès qu'on a terminé la première.

♦ Inconvénients

- aménorrhée,
- risques vasculaires,
- oubli qui peut entraîner une grossesse.

♦ Avantages

- bonne méthode pour une adolescente,
- prise facile,
- réversible.

♦ Contre indications

Les contraceptifs oraux combinés sont contre-indiqués aux femmes :

- épileptiques,
- ayant des pathologies cardio-vasculaires,
- âgées de plus de 35 ans.

• Les pilules progestatives (PP)

Ne contiennent qu'un progestatif faiblement dosé. Elles épaissent la glaire cervicale et empêchent la nidation. Les pilules progestatives conviennent aux femmes qui allaitent plus de six semaines ou présentent une contre-indication aux oestrogènes.

b)- Les contraceptifs injectables (11,27)

Les contraceptifs injectables sont des produits contenant un progestatif à effet prolongé ou « retard », que l'on injecte par voie intra-musculaire profonde. La durée de protection est de 12 semaines. Ils épaissent la glaire cervicale, empêchant la nidation et bloquent l'ovulation, exemple : Depo-provera[®], ampoule de 150 mg.

La 1^{ère} injection s'effectue du 1^{er} au 5^e jour du cycle et renouvelable toutes les 12 semaines.

Les contraceptifs injectables sont efficaces, réversibles, n'altérant ni la qualité ni la quantité du lait maternel. Ils préviennent l'anémie, espacent les crises drépanosytaires, réduisent les risques de cancer de l'endomètre de 80 %, les fibromes utérines ainsi que le nombre des grossesses extra-utérines. Mais des inconvénients peuvent survenir comme l'aménorrhée, le retard du retour de fécondité, les irrégularités des règles, les ballonnements et les lourdeurs abdominales, les jambes lourdes, les céphalées, la diminution de libido, le gain de poids, les tendances dépressives.

Les contraceptifs injectables conviennent aux femmes qui oublient la prise de la pilule, allaient après six semaines, ne sont pas inquiètes même si les règles n'arrivent pas pendant un certain temps et les femmes chez lesquelles les autres méthodes sont contre-indiquées

c)- Les implants contraceptifs sous-dermiques (9,42,43,44)

Il s'agit d'implants contraceptifs sous-cutanés en silastic (un plastique biologiquement inerte) qui libère un progestatif, en continu, pendant un temps prolongé. Le plus utilisé est le NORPLANT® qui libère du LEVONORGESTREL. Insère chirurgicalement sous la peau de la face interne du bras à 8 cm du pli du coude de la femme, cet implant diffuse le produit dans le sang à un rythme lent et constant quelques heures après son insertion. Il annule l'ovulation au moins dans la moitié des cycles menstruels, épaisse la glaire cervicale et empêche ainsi la progression des spermatozoïdes vers l'ovule.

Le NORPLANT® doit être retiré au terme de sa durée contraceptive qui est de 5 ans. L'indice de Pearl est de 99 % année-femme, c'est dire son efficacité.

Le NORPLANT® convient aux femmes :

- qui désirent une contraception efficace de longue durée et un espace-ment long entre les naissances,
- qui ne peuvent pas utiliser le DIU, les pilules et la contraception injectable,
- qui ne veulent pas la ligature des trompes.

Les femmes choisissent le NORPLANT pour son utilisation facile, son efficacité, sa prévention de l'anémie. Mais il peut parfois entraîner des problèmes tels le spotting, l'aménorrhée, le désagrément local, les céphalées, le nervosisme, les lourdeurs abdominales, les variations de poids, l'acné, l'infection au site d'insertion.

d)- Les dispositifs intra-utérins (DIU) ou les stérilets

Depuis 1900, les dispositifs intra-utérins sont apparus sur le marché, formes : en anneaux, en spirales, en T, en 7.

Le DIU utilisé par le programme de planification familiale à Madagascar est le Tcu380.

L'efficacité de la méthode se situe entre 97-98 %.⁽¹⁴⁾

Les DIU peuvent être insérés à n'importe quel moment du cycle menstruel dans un utérus non gravide.⁽¹⁵⁾ Son insertion dans l'utérus doit être effectuée par un clinicien ou une personne qualifiée.

♦ Mode d'action

Le DIU empêche la nidation, la survie et l'arrivée des spermatozoïdes jusqu'à la trompe.

♦ Indications

Cette méthode convient aux femmes :

- qui veulent une contraception efficace d'assez longue durée,
- qui ont le nombre d'enfants voulu,
- qui ne peuvent se soumettre à la prise régulière de la pilule,
- qui ne présentent aucune malformation utérine, ni fibrome, ni menstruas ou règles fortes,
- indemnes d'infections gynécologiques.

♦ Contre indications

Le DIU est contre-indiqué :

- aux nullipares,
- aux femmes qui présentent une infection génitale évolutive ou répétitive, une malformation.

♦ Inconvénients

- risque d'infection,
- augmentation du flux sanguin menstruel,
- douleur au moment de l'insertion,
- douleur abdominale,
- hémorragies,
- risque de grossesse intra et extra-utérine,
- avortement spontané,

- perforation utérine ou du col,
- expulsion partielle ou totale de DIU,
- irritation du pénis du partenaire par les fils de DIU lors du rapport sexuel.

1.3.3.2.- Les méthodes barrières

Les méthodes barrières empêchent les spermatozoïdes de pénétrer dans la glaire cervicale.

a)- Le Condom masculin : le préservatif masculin (Capote)

Les barrières mécaniques recouvrant le pénis ne datent pas d'aujourd'hui. Elles ont été utilisées depuis longtemps, voire des siècles, mais les chercheurs ne cessent de les améliorer.

Le condom est une enveloppe en latex ou en polyuréthane (plastique) qu'on met sur le pénis en érection, qui recueille le sperme lors de l'éjaculation et empêche ainsi les spermatozoïdes de pénétrer le col.

Le condom est très efficace quand les utilisateurs suivent exactement le mode d'emploi.

Pour assurer l'efficacité, il faut ouvrir l'emballage avec soin pour éviter de déchirer le préservatif, le placer directement sur le pénis en érection et le dérouler jusqu'au bout, pincer le bout du préservatif et le déroulant pour laisser de la place aux spermes.

Après l'éjaculation, il faut tenir le bord du préservatif et retirer le pénis du vagin tout en érection. Enfin, on enlève le préservatif en prenant soin de ne pas répandre le sperme et le jeter en respectant les normes d'hygiène.(12,46)

Le condom protège contre les grossesses non désirées, les infections sexuellement transmises et le SIDA, traite l'éjaculation précoce (13) et réduit les chances de cancer du col.

Cependant, des rares allergies au latex peuvent survenir.

b)- Le Condom féminin : le préservatif féminin

Le condom féminin est en forme de tunnel en polyuréthane et possède un anneau à chaque extrémité. Il faut insérer l'anneau de petit diamètre au fond du vagin, contre le col de l'utérus et placer l'anneau plus large à l'orifice externe de l'appareil génital féminin. Le condom doit être mis en place pendant un certain temps avant le rapport sexuel. Pendant les rapports, il faut s'assurer que le pénis est placé à l'intérieur du préservatif féminin.

Le préservatif féminin protège contre les grossesses imprévues et les maladies sexuellement transmises dont le SIDA, en évitant tout contact génital avant de le mettre et après l'avoir retiré.

c)- Le diaphragme

Le diaphragme consiste en une coupe en caoutchouc en forme de dôme comportant une couronne plastique.

On enduit le dôme du diaphragme avec une crème ou une gelée spermicide. Il faut plier le diaphragme par les deux côtés opposés de la couronne d'une main, de l'autre main on écarte le vagin et l'on l'insère dans le canal vaginal de telle sorte que la partie postérieure de la couronne repose à l'intérieur du cul de sac postérieur du vagin, et que la partie antérieure soit bien ajustée derrière la symphyse pubienne.

La mise en place doit être faite avant l'acte sexuel après le rapport sexuel, il faut laisser en place le diaphragme au moins six heures, mais pas plus de 24 heures.

Ce procédé est très efficace pour la contraception. En plus, il protège contre les maladies sexuellement transmises et la dysplasie cervicale.

Mais il existe un lien entre les spermicides, les diaphragmes pouvant causer une certaine irritation due à une réaction allergique. Enfin, resté trop longtemps en place, le diaphragme peut rendre les pertes vaginales fétides et abondantes.(28)

d)- La cape cervicale (37)

La cape cervicale s'ajuste sur le col bloquant le passage aux spermatozoïdes. Pour utiliser correctement la cape, il faut la remplir d'abord au tiers ou à la moitié d'une gelée ou d'une crème spermicide, puis l'insérer, en la pressant entre le pouce et l'index dans le canal vaginal, enfin faire adhérer le bord sur le col. On fait le tour du bord du doigt pour s'assurer que le col est complètement recouvert.

On peut la laisser en place pendant plus de vingt quatre heures et la poser un ou deux jours avant les rapports sexuels.

Après le rapport sexuel, la femme doit attendre au moins six heures avant de prendre une douche vaginale.

Cette méthode n'est pas recommandée aux femmes allergiques au latex ou aux spermicides ou ayant le syndrome du choc toxique dans leurs antécédents.

e)- Les spermicides

Les spermicides sont des produits chimiques qui, lorsqu'on les place dans le vagin tuent les spermatozoïdes et peuvent aussi tuer les virus et bactéries qui sont la cause de maladies.

Les spermicides se présentent sous différentes formes, dont des mousses, des crèmes, des gelées, des ovules vaginaux, d'éponges, des films. Ils doivent être placés au fond du vagin, près du col de l'utérus, peu avant le rapport sexuel et il faut en remettre à chaque rapport avec les mains et applicateur propre. Les mousses, gelées et crèmes sont efficaces dès l'insertion. En revanche, il faut compter entre 5 et 15 minutes pour que les ovules et films se dissolvent.

Pour augmenter leur efficacité, il faut que les spermicides soient utilisés en association avec une autre méthode barrière comme le diaphragme ou le préservatif, et s'abstenir de prendre une douche vaginale dans les 6 heures qui suivent le dernier rapport.

Les spermicides sont utilisés seulement selon les besoins et assurent, autre que la contraception, une certaine protection contre les MST.

Cependant, ils imposent des contraintes. Il existe un lien entre les infections urinaires et les spermicides, et les préservatifs lubrifiés avec un spermicide. Ils sont aussi moins efficaces que de nombreuses autres méthodes de contraception.

En général, les méthodes barrières conviennent aux couples :

- chez qui toutes les autres méthodes sont contre indiquées ou non disponibles,
- en attente d'une autre méthode,
- qui désirent une méthode d'appoint à une autre méthode,
- qui désirent une contraception de courte durée ou occasionnelle et une protection contre le VIH, et aux adolescents.

1.3.3.3.- La stérilisation volontaire définitive

La stérilisation volontaire consiste en une intervention chirurgicale en vue d'une contraception permanente.

En raison du caractère définitif, cette méthode est la meilleure pour les couples ne voulant plus d'enfants.

a)- Chez l'homme : c'est la vasectomie

La vasectomie consiste à couper ou à pratiquer l'occlusion des canaux déférents qui sont les conduits des spermatozoïdes provenant du testicule. L'intervention dure 15 minutes et le patient peut quitter le centre de santé après une heure.

Ce procédé est simple et sans danger, respecte la fonction sexuelle s'il est fait soigneusement avec une bonne anamnèse et un bon examen physique au préalable.

b)- Chez les femmes : c'est la section et la ligature des trompes

L'intervention consiste à couper et à ligaturer les trompes de Fallope qui sont des conduits de passage des ovules.

On peut utiliser des techniques différentes :

- ligature et section,
- ligature, section et séparation,
- coagulation,
- occlusion mécanique à l'aide des pinces (clips), de ligaments ou d'anneaux.

L'accès aux trompes de Fallope peut se faire de deux manières :

- par la voie abdominale : la laparoscopie,
- par la voie vaginale : la colpotomie, la culdoscopie.

La stérilisation volontaire définitive est plus efficace que toute autre méthode de contraception avec taux d'échecs cumulatifs de 0,47 % à 12 mois, de 0,81 % à 24 mois et de 0,85 % à 36 mois après une ligature de trompes.(16) Elle est facile à pratiquer, peu coûteuse et les risques de complication sont rares. Elle peut être choisie à n'importe quel moment, entre les grossesses, pendant le post-partum et après un avortement.

Après avoir été stérilisée, la femme n'a plus le souci de tomber enceinte, des risques que la grossesse peut poser pour la santé, des problèmes et des frais liés à l'usage d'une méthode temporaire de PF. En outre, les femmes sont apparemment légèrement moins susceptibles d'avoir un cancer des ovaires.(36)

Cette méthode convient aux grandes multipares, aux couples ne désirant absolument plus d'enfants, aux femmes ayant des contre indications aux autres méthodes et des antécédents médico-chirurgicaux ou obstétricaux contre-indiquant absolument la grossesse.

Les rares complications de la méthode sont : l'hématome, les infections, la sensation d'inconfort, l'épididymite et le granulome chez l'homme, le traumatisme des intestins et l'hémorragie chez la femme. La stérilisation étant irréversible par certaines cultures.

1.4.- OBJECTIFS DE LA PF (23)

La Planification Familiale est un concept mettant en œuvre des méthodes techniques médico-sociales permettant :

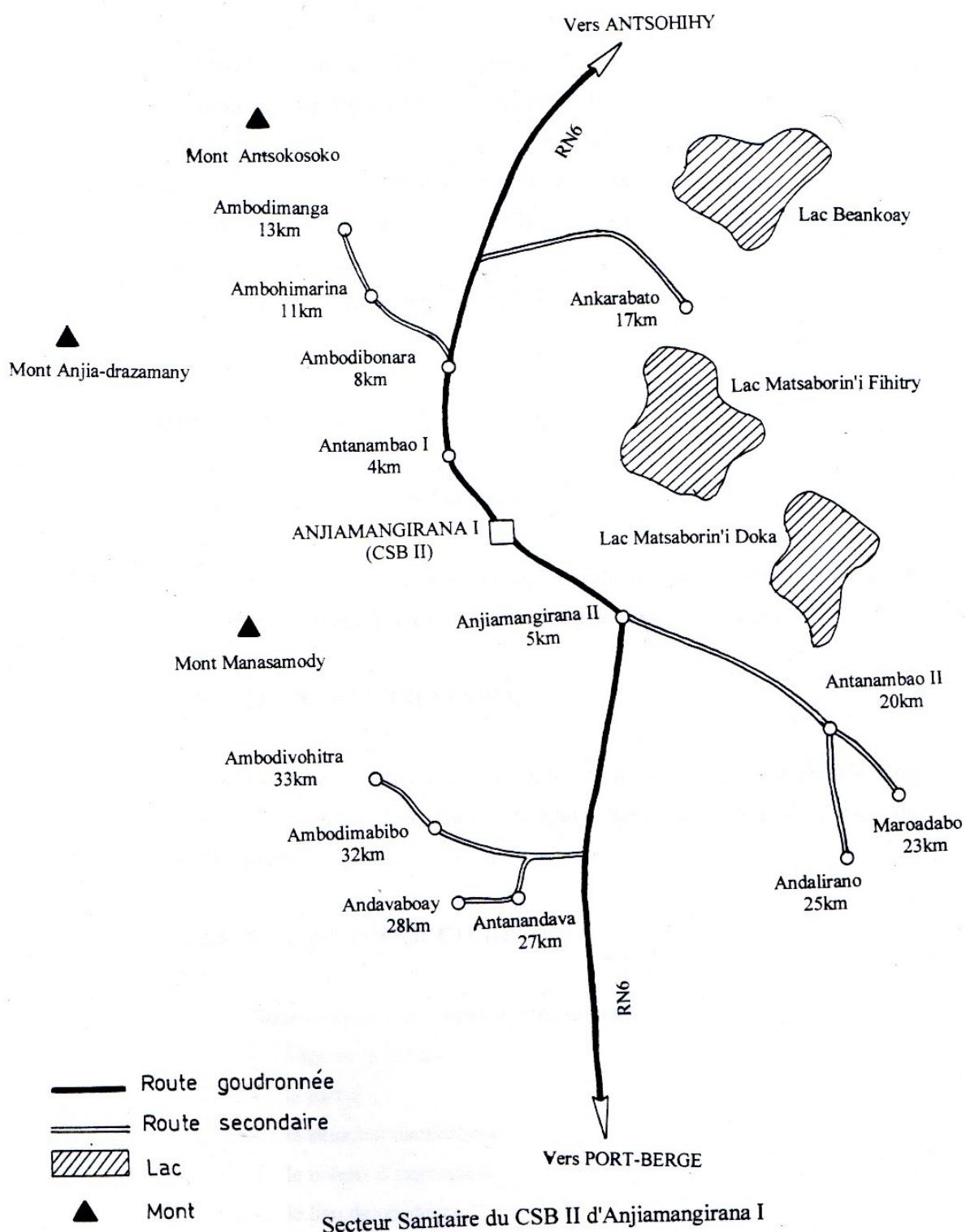
- un espacement avec une régulation des naissances pour protéger la santé de la mère et de l'enfant,
- la réduction de la morbidité et de la mortalité infantile et maternelle,
- la lutte contre la stérilité pour aider les couples,
- la réduction du niveau de fécondité afin de parvenir à des taux plus faibles accroissements de la population compatibles avec la réalisation des objectifs économiques et sociaux de la nation.(26)

Donc, la Planification Familiale fait partie du développement social et économiques. Elle est importante pour diminuer les taux de croissance démographique et améliorer les perspectives du développement.(25)

2.1.- CADRE DE L'ETUDE

Nous avons voulu apprécier l'attitude, la connaissance et la pratique de la Planification Familiale en milieu rural et nous avons choisi la commune rurale d'Anjiamangirana I, Fivondronam-pokontany d'Antsohihy.

Le village d'Anjiamangirana I est situé à 45 km au sud d'Antsohihy et 77 km au nord de Port-



Le CSB II est l'unique formation sanitaire de cette commune.

Le dispensaire d'Anjiamangirana I ouvert en 1960 était tenu par un infirmier. Ce n'est qu'en 1965 qu'une sage-femme y a été affectée. Le 28 Décembre 1999, le dispensaire est devenu un Centre de Santé de Base niveau II.

Actuellement, le personnel de ce CSBII comprend :

- un médecin diplômé d'Etat,
- une aide-sanitaire assurant le rôle de la Sage-Femme,
- une servante.

2.2.- METHODOLOGIE

2.2.1.- METHODE ET MATERIEL

Nous avons consulté les fiches individuelles des clientes de PF, suivies au dispensaire de 1996 date de création du site jusqu'au mois de Juin 2001.

2.2.2.- CRITERES D'INCLUSION

Nous avons inclus dans notre étude les femmes en activité génitale âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive. Sont donc exclues de l'étude, des femmes ménopausées.

2.2.3.- PARAMETRES D'ETUDE

Nous avons étudié les paramètres suivants :

- l'âge de la femme,
- la parité,
- la situation matrimoniale,
- le niveau d'instruction,
- le lieu de résidence,
- la méthode utilisée.

Les méthodes contraceptives disponibles au CSBII sont :

- la contraception injectable,
- la contraception orale,
- la méthode barrière (condom).

2.3.- RESULTATS

2.3.1.- REPARTITION DES UTILISATRICES REGULIERES SELON

L'AGE

Tableau n° 01: L'âge

Age (ans)	Effectif	Pourcentage
15-19	7	8,75
20-29	37	46,25
30-39	28	35
40-49	8	10
Total	80	100

Les femmes âgées de 20 à 29 ans sont les plus nombreuses et constituent

46,25 % de l'effectif, viennent ensuite les femmes de 30 à 39 ans. 35 % à 8,75 % de la population étudiée ont moins de 19 ans et sont donc des adolescentes.

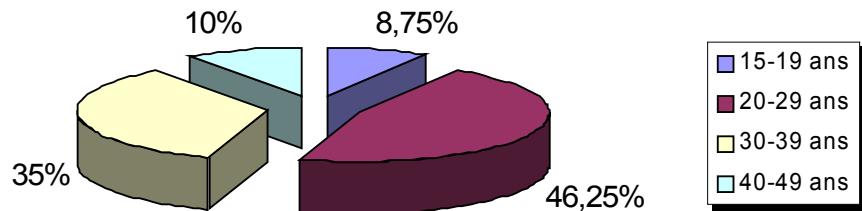


Figure n° 01 : Représentation graphique selon l'âge.

2.3.2.- REPARTITION DES UTILISATRICES REGULIERES SELON LA PARITE

Tableau n° 02 : La parité

Age (ans)	Effectif	Pourcentage
0-2	26	32,50
3-5	28	35
6-8	20	25
9 et +	6	7,50
Total	80	100

35 % des femmes ont 3 à 5 parités et 7,50 % sont de grandes multipares (plus de 9 parités).
Plus de la moitié de l'effectif (57,50 %) ont entre 0 et 5 parités.

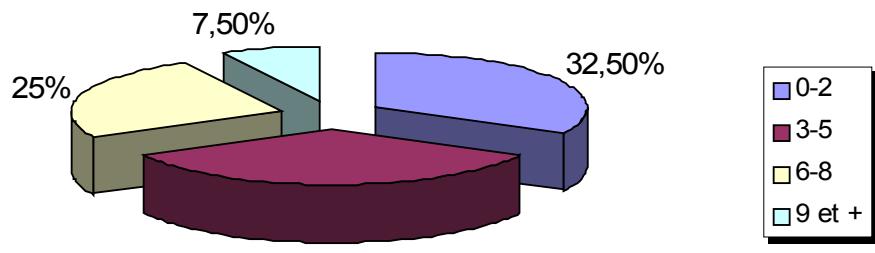


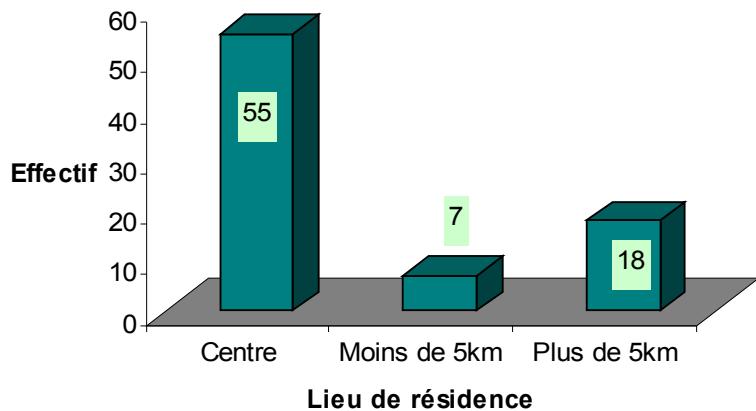
Figure n° 02 : Représentation graphique selon la parité.

2.3.3.- REPARTITION DES UTILISATRICES REGULIERES SELON LE LIEU DE RESIDENCE

Tableau n° 03 : Le lieu de résidence

Lieu de résidence	Effectif	Pourcentage
A proximité du centre	55	68,75
A moins de 5 km	7	8,75
A plus de 5 km	18	22,50
Total	80	100

68,75 % des utilisatrices résident dans le chef lieu de la commune, elles forment la majorité de la population étudiée et 22,50 % habitent à plus de 5 km du centre.



selon leur lieu de résidence

2.3.4.- REPARTITION DES UTILISATRICES REGULIERES SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION

Tableau n° 04 : Le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Illettrée	13	16,25
Primaire	38	47,50
Secondaire	29	36,25
Total	80	100

La majorité des utilisatrices régulières ont effectué des études primaires (47,50 %) et 36,25 % des études secondaires, 16,25 % sont illettrées.

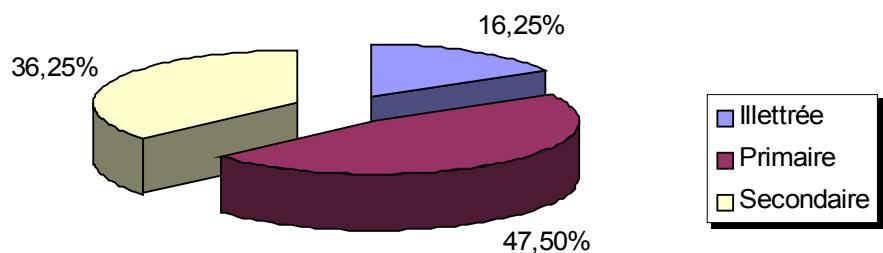


Figure n° 04 : Représentation graphique des utilisatrices régulières selon le niveau d'instruction.

2.3.5.- REPARTITION DES UTILISATRICES REGULIERES SELON LA SITUATION MATRIMONIALE

Tableau n° 05 : La situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Mariée	57	71,25
Célibataire	23	28,75
Total	80	100

71,25 % des femmes sont mariées, les célibataires constituent 28,75 % de l'effectif.

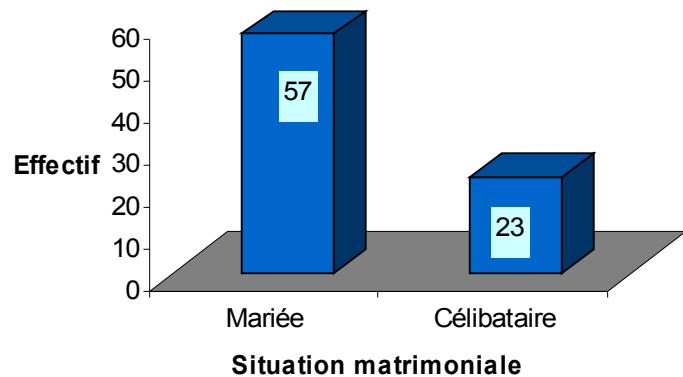


Figure n° 05 : Représentation graphique des utilisatrices régulières selon la situation matrimoniale.

2.3.6.- REPARTITION DES UTILISATRICES REGULIERES SELON LES METHODES UTILISEES

Tableau n° 06 : La méthode utilisée

Méthode utilisée	Effectif	Pourcentage
Contraceptifs oraux	36	45
Contraceptifs injectables	44	55
Total	80	100

55 % des clientes régulières utilisent les contraceptifs injectables et 45 % les contraceptifs oraux.

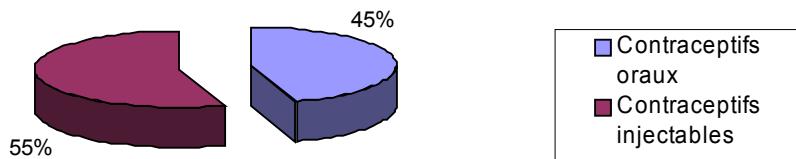


Figure n° 06 : Représentation graphique des utilisatrices régulières selon la méthode utilisée.

N

L'AGE ET LA METHODE UTILISEE

Tableau n° 07 : L'âge et la méthode

AGE (ans)	METHODE				TOTAL
	Contraceptifs oraux		Contraceptifs injectables		
Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage		
15-19	5	6,25	2	2,50	7 8,75
20-29	15	18,75	23	28,75	38 47,50
30-39	12	15	15	18,75	27 33,75
40-49	4	5	4	5	8 10
TOTAL	36	45	44	55	80 100

La contraception injectable est largement utilisée par les femmes âgées de 20 à 39 ans (47,50 %). Les clientes âgées de plus de 40 ans sont rares et utilisent aussi bien la contraception orale qu'injectable (10 %).

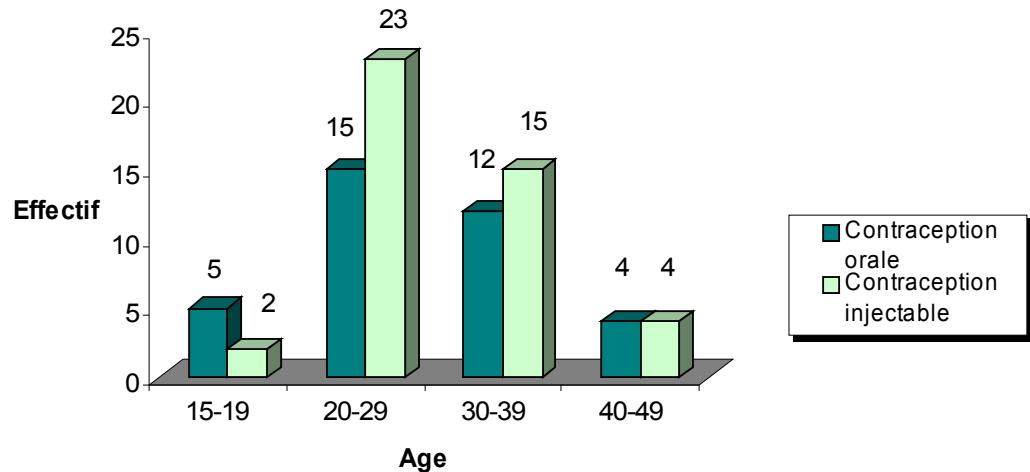


Figure n° 07 : Représentation graphique des clientes selon l'âge et la méthode utilisée.

2.3.8.-REPARTITION DES UTILISATRICES REGULIERES SELON LA PARITE ET LA METHODE UTILISEE

Tableau n° 08 : La parité et la méthode utilisée

PARITE	METHODE				TOTAL	
	Contraception orale		Contraception injectable			
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage		
0-2	15	18,75	11	13,75	26	
3-5	8	10	20	25	28	
6-8	8	10	12	15	20	
9 et +	4	5	2	2,50	6	
TOTAL	35	43,75			80	
					100	

La contraception injectable est la plus demandée (56,25 %), 20 sur les 80 (25 %) ayant 3 à 5 parités l'utilisent tandis que la contraception orale est surtout choisie par les femmes ayant 0 à 2 parités (18,75 %).

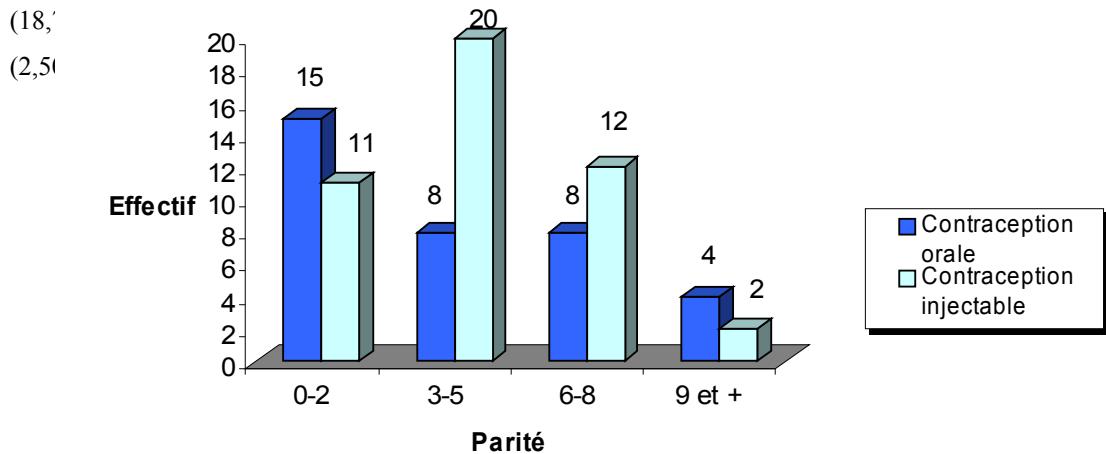


Figure n° 08 : Représentation graphique des clientes régulières selon la parité et la méthode utilisée.

2.3.9.- REPARTITION DES UTILISATRICES REGULIERES SELON LA SITUATION MATRIMONIALE ET LA METHODE UTILISEE

Tableau n° 09 : La parité et la méthode utilisée

SITUATION MATRIMONIALE	METHODE				TOTAL
	Contraception orale		Contraception injectable		
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Mariée	28	35	29	36,25	57 71,25
Célibataire	8	10	15	18,75	23 58,75
TOTAL	36	45	44	55	80 100

La majorité des femmes célibataires utilisent la contraception injectable (18,75 %).

Les femmes mariées préfèrent soit la contraception orale (35 %) soit la contraception injectable (36,25 %).

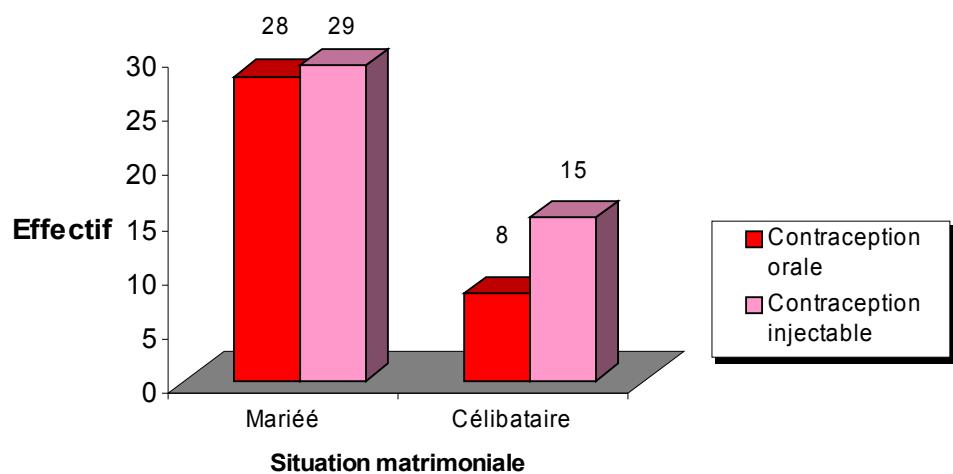


Figure n° 09 : Représentation graphique des utilisatrices régulières selon la situation matrimoniale et la méthode.

2.3.10.- REPARTITION DES UTILISATRICES REGULIERES SELON LE LIEU DE RESIDENCE ET LA METHODE UTILISEE

Tableau n° 10 : Le lieu de résidence et la méthode utilisée

METHODE	LIEU DE RESIDENCE				TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Contraception orale	24	30	12	15	36 45
Contraception injectable	38	47,50	6	7,50	44 55
TOTAL	62	77,50	18	22,50	80 100

Plus de la moitié des femmes qui habitent à moins de 5 km utilisent la contraception injectable, soit 47,50 %, tandis-que les 7,50 % de l'effectif qui résident à plus de 5 km utilisant la contraception injectable. La contraception orale n'est optée par 15 % de femmes résidant à plus de 5 km du site PF.

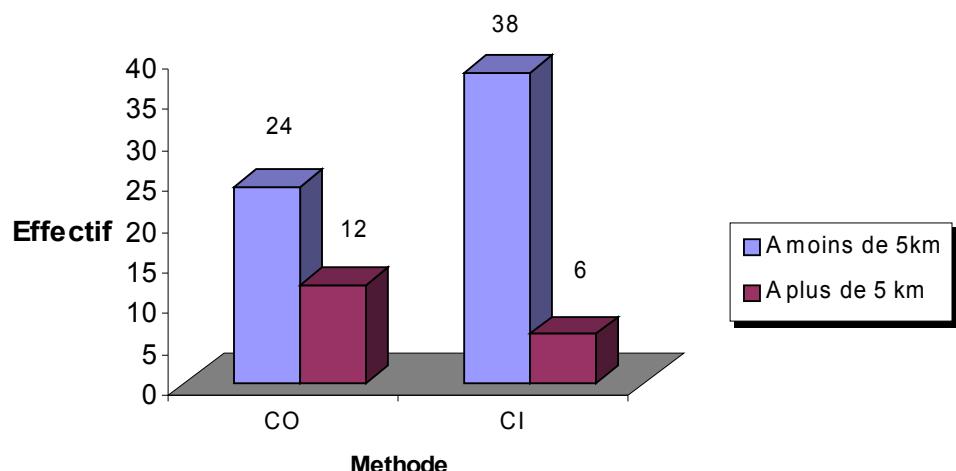


Figure n° 10: Représentation graphique des utilisatrices régulières selon le lieu de résidence et la méthode utilisée.

**2.3.11.- REPARTITION DES UTILISATRICES REGULIERES SELON
LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA METHODE UTILISEE**

Tableau n° 11 : Le niveau d'instruction et la méthode

NIVEAU D'INSTRUCTION	METHODE				TOTAL
	Contraception orale		Contraception injectable		
Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage		
Illettrée	7	8,75	6	7,50	13 16,25
Primaire	14	17,50	24	30	38 47,50
Secondaire	14	17,50	15	18,75	29 36,25
TOTAL	35	43,75	45	56,25	80 100

Les femmes ayant des études primaires sont plus nombreuses à utiliser la contraception injectable (30 %). Cependant, la contraception orale a été choisie aussi bien par les femmes de niveau primaire que secondaires (17,50 % et 17,50 %).

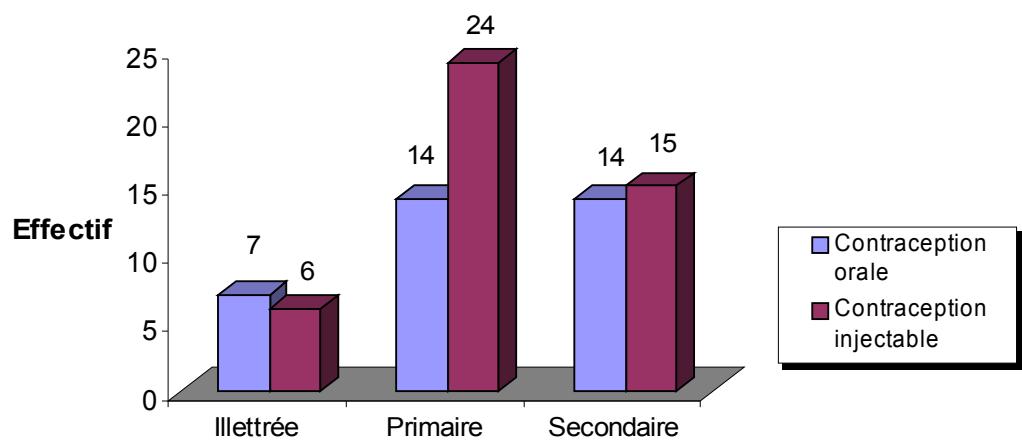


Figure n° 11 : Représentation graphique des clientes régulières selon le niveau d'instruction et la méthode.

2.3.12.- REPARTITION DES ABANDONS SELON LA METHODE UTILISEE

Tableau n° 12 : La méthode utilisée

Méthode utilisée	Effectif	Pourcentage
Contraceptifs oraux	42	36,8
Contraceptifs injectables	68	59,5
Condoms	4	3,7
Total	114	100

59,50 % des femmes qui ne sont plus revenues au centre ont utilisé une contraception injectable et 36,8 % une contraception orale.

2.3.13.- REPARTITION DES PERDUES DE VUE SELON L'AGE

Tableau n° 13 : L'âge

Age (ans)	Effectif	Pourcentage
15-19	18	15,80
20-29	58	50,87
30-39	27	23,68
40-49	11	9,65
Total	114	100

Plus de la moitié soit 50,87 % des perdues de vue sont des femmes âgées de 20 à 29 ans et 23,68 % ont entre 30 et 39 ans.

2.3.14.- REPARTITION DES PERDUES DE VUE SELON LA PARITE

Tableau n° 14 : La parité

Parité	Effectif	Pourcentage
0-2	39	34,03
3-5	53	46,49

6-8	17	14,91
9 et +	5	4,57
Total	114	100

46,49 % des perdues de vue 3 à 5 parités, 34,03 sont paucipares.

2.3.15.- REPARTITION DES PERDUES DE VUE SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION

Tableau n° 15 : Le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Illettrée	19	16,68
Primaire	58	50,87
Secondaire	37	32,45
Total	114	100

Plus de la moitié soit 50,87 % des clientes perdues de vue ont un niveau primaire, 32,45 % un niveau secondaire et 16,68 % des illettrées.

2.3.16.- REPARTITION DES PERDUES DE VUE SELON LA SITUATION MATRIMONIALE

Tableau n° 16 : La situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Mariée	67	58,7
Célibataire	47	41,3
Total	114	100

67 soit 58,7 % des femmes qui ne sont plus revenues au centre sont mariées. 47 soit 41,3 % célibataires.

2.3.17.- REPARTITION DES PERDUES DE VUE SELON LE LIEU DE RESIDENCE

Tableau n° 17 : Le lieu de résidence

Lieu de résidence	Effectif	Pourcentage
A proximité du centre	58	50,87
A moins de 5 km	9	7,89
Plus de 5 km	47	41,24
Total	114	100

—
58 soit 50,87 % des perdues de vue habitent à proximité du site PF, tandis que 47 soit 41,24 % au-delà de 5 km et 9 soit 7,89 % à moins de 5 km.

2.3.18.- REPARTITION DES PERDUES DE VUE SELON LES METHODES UTILISEES ET LE LIEU DE RESIDENCE

Tableau n° 18 : La méthode utilisée et le lieu de résidence

METHODES UTILISEES	LIEU DE RESIDENCE			TOTAL	
	Contre le PF + A moins de 5 km	Plus de 5 km			
Contraceptifs oraux	25	22	17	15	42 37
Contraceptifs injectables	39	34,22	29	25,36	68 59,58
Condoms	4	3,42	0	0	4 3,42
TOTAL	68	59,64	46	40,36	80 100

34,22 % des utilisatrices d'une contraception injectable perdues de vue résident à moins de 5 km du centre, 25,36 % habitent à plus de 5 km. 4 soit 3,42 % à moins de 5 km ont utilisé une méthode barrière.

2.4.- QUELS SONT LES PROBLEMES EN PLANIFICATION FAMILIALE ?

2.4.1.- RELATION PRESTATAIRE ET UTILISATEURS

2.4.1.1.- Problèmes de temps et d'accueil

Les longues files d'attente sur les lieux de prestation des services et la rupture de stock en produits contraceptifs favorisent les abandons et empêchent les clientes de bénéficier des services de planification familiale.

Les centres de santé restent encore insuffisants dans les zones rurales. La mortalité infantile y est donc élevée. Les couples craignant les décès de leur descendance en bas âge, font plus d'enfants.

2.4.1.2.- Problèmes du personnel

L'insuffisance de prestataire formé, ainsi que les inévitables mutations sont des obstacles au fonctionnement des sites existants.

2.4.1.3.- Les barrières traditionnelles (29,33)

Les barrières traditionnelles sont des problèmes auxquels il est difficile d'échapper, tel le désir d'une descendance masculine car les garçons doivent perpétuer la descendance et hériter des biens familiaux. Un grand nombre de couples qui n'ont que des filles hésitent à adopter une méthode de contraception et continuent à avoir des enfants dans le but d'avoir un fils.

Les mythes et les rumeurs :

- "la pilule rend stérile" ; en réalité, une fois que l'on cesse d'en prendre, il y a un décalage d'un à trois mois avant le retour de l'ovulation.
- "la pilule provoque le cancer" ; pourtant, il a été prouvé que les contraceptifs oraux protègent les cancers des ovaires et de l'endomètre.
- "les contraceptifs injectables rendent stériles" ; cette assertion n'a pas été scientifiquement prouvée.
- "le préservatif masculin affaiblit l'homme, ce qui peut entraîner une impuissance". Le préservatif aide plutôt les hommes à conserver leur érection plus longtemps et réduit les cas d'éjaculation prématurée.

2.4.1.4.- L'insuffisance de l'infrastructure routière

Dans les zones rurales, les routes impraticables en saison de pluie entravent l'approvisionnement du site en contraceptifs et empêchent la venue des utilisatrices au centre.

2.4.1.5.- Les causes d'abandon (34)

Les effets indésirables de la méthode, telle l'aménorrhée ou la chute des cheveux sont des causes d'abandon de la méthode. L'accueil peu cordial de certains prestataires font fuir les utilisatrices.

Le manque d'information sur les avantages et les effets secondaires de différentes méthodes, une surveillance incorrecte faite par un prestataire débordé ou non formé, sont des obstacles à l'accès à la planification familiale.

2.4.1.6.- Problèmes socio-économiques

Dans les pays sous développés comme Madagascar où la situation socio-économique ne cesse de se dégrader, les femmes sont obligées de chercher des activités lucratives. Alors, elles voyagent souvent et manquent fréquemment leur rendez-vous au site puis finissent par abandonner la planification familiale.

2.4.1.7.- Problèmes psychologiques

La jalousie de l'homme ; beaucoup d'hommes pensent que "la contraception c'est pour les prostituées". Si leur femme utilise une contraception, ils pensent qu'elles ont plusieurs partenaires sexuels.

La querelle et la suspicion règnent dans le foyer et souvent, les femmes décident d'abandonner la méthode pour éviter une séparation.

3.1.- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

3.1.1.- AGE DES UTILISATRICES REGULIERES

8,75 % (7 sur 80) des utilisatrices régulières sont des adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Elles sont moins nombreuses, est-ce dû à la méconnaissance de la contraception ou du manque d'information et de l'éducation ?.

En général, la sexualité est un sujet peu abordé dans la famille malgache. Il y a une certaine réticence, voire puritanisme à parler du sexe.(45).

La majorité des clientes ont entre 20 à 39 ans. Elles représentent 81,25 % de la population étudiée. C'est la période de pleine activité sexuelle. Les femmes sont donc conscientes de la nécessité d'une Planification Familiale pour surmonter les problèmes socio-économiques.

A partir de 40 ans, le nombre des clientes décroît. La contraception commence à les désintéresser, la pré-ménopause leur faisant penser à la fin de leur fertilité.

3.1.2.- PARITE DES UTILISATRICES REGULIERES

35 % de l'effectif sont 3^e, 4^e et 5^e pares et 25 % de 6^e, 7^e et 8^e pares. Au total 60 % des clientes ont eu 3 à 8 enfants. Cette situation motive ces femmes pour la contraception. Nous avons relevé 26 femmes, soit 32,26 %, nullipares, primipares et secondipares utilisant une méthode contraceptive car elles pensent qu'un nombre élevé d'enfants empêche une participation à la vie active et déstabilise le budget familial.

7,5 % des clientes sont des grandes multipares (plus de 9 parités). Elles sont pourtant nombreuses dans la commune à avoir 6 enfants ou plus. Les rumeurs et l'opposition du conjoint sont les obstacles à leur adhésion.

3.1.3.- NIVEAU D'INSTRUCTION

47,5 % des femmes ont effectué des études primaires et 36,25 %, secondaires. La majorité des clientes sont donc scolarisée (83,75 %). Elles comprennent facilement les informations et les éducations données par les prestataires de la PF.

Cela n'exclut pas l'adhésion des illettrées en matière de contraception, mais elles sont moins nombreuses et ne représentent que 16,25 % des utilisatrices régulières.

Les femmes jouent un rôle primordial sur la santé des membres de la famille, et l'éducation des mères est très importante parce que cela contribue à lutter contre la mortalité infantile et la malnutrition.(40)

3.1.4.- LIEU DE RESIDENCE

Bien que de milieu rural, 68,75 % des clientes résident à proximité du centre. Cette forte proportion s'explique par la proximité, elles sont vite et bien informées, éduquées et ne perdent pas de temps pour aller au site. Elles sont avantagées par rapport à celles qui résident loin du site et qui doivent parcourir plusieurs kilomètres pour venir au centre PF, ce qui demande la grande motivation de ces femmes. La distribution des contraceptifs à base communautaire est ici souhaitée.

3.1.5.- SITUATION MATRIMONIALE

Légalement ou traditionnellement, 71,50 % des clientes sont mariées. Elles sont beaucoup plus nombreuses que les célibataires (28,75 %). Elles sont peut-être conscientes de la difficulté d'élever beaucoup d'enfants dans la situation économique actuelle, et savent que les grossesses fréquentes ont des impacts néfastes sur la santé de la mère donc le bien-être de la famille. Mais le nombre des célibataires n'est pas non plus négligeable. Elles adhèrent à la PF parce qu'elles ont peur d'élever seules plusieurs enfants. Leur faible proportion s'explique par la honte ou par le manque d'information.

3.1.6.- LES METHODES UTILISEES

Le site de PF d'Anjiamangirana I offre 3 méthodes contraceptives : la contraception orale, la contraception injectable et la méthode barrière par les condoms. Les condoms n'ont aucun succès, est-ce par le refus du partenaire de l'utiliser ?.

55 % des utilisatrices régulières sont sous contraceptifs injectables. La durée d'action de 3 mois et l'oubli de la prise de la pilule les incitent à pratiquer cette méthode.

45 % ont adopté la contraception orale par peur de l'injection et des effets indésirables de la contraception injectable.

3.1.7.- AGE ET METHODES

Notre étude montre que toutes les femmes pratiquent une contraception quelque soit leur âge. Mais nous n'avons relevé que 8,75% (7 clientes sur 80) adolescentes (15 à 19 ans) : 6,25 % soit 5 d'entre elles sous contraception orale et 2,50 % soit 2 sous contraception injectable. Une sensibilisation des moins de 20 ans est donc indispensable.

Les femmes de 20 à 39 ans sont les plus nombreuses à utiliser une contraception. La méthode injectable est la plus demandée (47,50 %) car plus efficace et de durée d'action contraceptive assez longue évitant les fréquentes visites au site.

Nous n'avons dénombré que 8 femmes de 40 ans et plus soit 10 %, sont- elles déjà ménopausées ou la fréquence des MST dans cette région est-elle à l'origine d'une stérilité secondaire ?

Dans cette région, en effet, les MST occupent le 6^e rang des pathologies rencontrées.

3.1.8.- LA PARITE ET LA METHODE

40 % de la population étudiée compte 3 à 8 parités et ont opté pour la contraception injectable. Les nullipares, primipares et secondipares préfèrent la contraception orale (18,75 %).

Les multipares souhaitent les contraceptions de longue durée ou définitives qui ne sont pas encore disponibles dans le site, aussi sont-elles plus nombreuses à utiliser la contraception injectable dont la durée d'action est plus longue.

Il est donc nécessaire d'élargir la gamme des méthodes contraceptives de ce centre en introduisant les méthodes de longue durée comme le dispositif intra-utérin (DIU) et les implants contraceptifs.

3.1.9.- LA SITUATION MATRIMONIALE ET LA METHODE

Ici encore, la contraception injectable est la plus demandée car la plupart des femmes mariées utilisent une contraception sans le consentement de leur conjoint. Le contraceptif injectable peut être utilisé en cachette.

Les célibataires préfèrent également la contraception injectable plus discrète, évitant les visites fréquentes au site PF, 35 % des femmes mariées cependant sont sous contraception orale.

3.1.10.- LIEU DE RESIDENCE ET LA METHODE

47,50 % des femmes résidant aux environs du site PF utilisent une contraception injectable. Ce choix est motivé par sa longue durée d'action.

Curieusement, les femmes résidant à plus de 5 Km du centre (15 %) ont opté pour une contraception orale qui les oblige donc à venir tous les mois au site pour s'approvisionner.

Un approvisionnement trimestriel éviterait l'abandon de la méthode car diminuera la fréquence des visites.

3.1.11.- CONCERNANT LE RAPPORT ENTRE LE NIVEAU D' INSTRUCTION ET LA METHODE UTILISEE

Ici encore, la contraception injectable est utilisée par les clientes scolarisées (48,75 %).

Les illettrées choisissent plutôt une contraception orale qu'elles prennent régulièrement, ce qui prouve qu'une bonne IEC (Information, Education, Communication) permet l'utilisation correcte de la contraception orale même chez les femmes illettrées.

L'utilisation correcte d'une contraception ne dépend donc pas du niveau scolaire mais d'une information et éducation correctement menées.

3.2.- SUGGESTIONS

85% des malgaches sont des paysans. Nous avons constaté que la planification familiale, malgré les efforts réalisés pour faciliter son succès, n'a pas encore été

totalemen t adoptée par les ruraux. Or la planification familiale permet de lutter contre la pauvreté, d'améliorer le bien-être familial, donc de développer le pays. Aussi, nous permettons-nous d'apporter quelques suggestions :

- développer les infrastructures routières pour désenclaver certaines zones rurales,
- multiplier les centres de planification familiale pour les rendre accessibles à tous les malgaches,
- intégrer dans les programmes scolaires l'éducation sexuelle pour éviter les grossesses précoces non désirées,
- informer les jeunes sur les risques que comportent les rapports non protégés ou avant l'âge adulte ; les aider également à se protéger des abus sexuels (35),
- créer une maison des jeunes dans chaque village afin d'enseigner entre autre à ces jeunes une sexualité responsable,
- améliorer les prestations de service de planification familiale pour réduire le nombre d'abandon en renforçant les compétences et les connaissances de tous les agents de santé par l'auto-apprentissage assisté,
- encourager la participation des hommes dans les programmes de planification familiale,
- former des agents de base communautaire dans les villages éloignés du centre,
- élargir la gamme de méthodes contraceptives pour permettre à la population un choix éclairé,
- lutter contre les rumeurs qui sont les principaux obstacles à l'adhésion à la planification familiale dans les zones rurales,
- intensifier les visites à domicile pour faire revenir les abandons à la planification familiale.

C O N C L U S I O N

La planification familiale a fait de grands pas dans notre pays et elle est une composante essentielle du développement économique de la nation par l'amélioration de la santé de la mère et des enfants, et de la condition féminine.

Le programme de planification familiale a été adopté dans le Centre de Santé de Base Niveau II d'Anjiamangirana I depuis 1996. Nous avons élaboré le présent travail pour essayer de vérifier la connaissance, l'attitude et la pratique de la contraception en milieu rural.

L'étude des dossiers de 1996 à Juin 2001, nous a permis de relever 194 clients avec 114 abandons dont les causes ne sont pas mentionnées sur les fiches individuelles. Seules 80 clientes (41,23%) utilisent régulièrement une méthode contraceptive.

Dans le site, la contraception injectable est largement utilisée par les femmes de 20 à 39 ans (47,5%) mais elle est peu choisie par les clientes plus de 40 ans (10%).

25% de notre effectif sont des 3è, 4è et 5è pares. Elles ont choisi la contraception injectable. Les paucipares qui représentent 10% de la population étudiée ont opté pour la contraception orale.

Concernant la situation matrimoniale, les femmes célibataires qui représentent 18,75% de l'effectif sont sous contraception injectable comme les 36,25% des femmes mariées. La contraception orale a cependant été adoptée par 35% des mariées.

Nous avons remarqué que plus de la moitié des femmes habitant à proximité du centre (47,50%) sont sous contraception injectable.

Les femmes ayant fait des études primaires sont plus nombreuses à utiliser la contraception injectable. Elles représentent 30% des utilisatrices régulières. Cependant, la contraception orale a été adoptée aussi bien par les femmes de niveau primaire que secondaire.

Les femmes qui habitent loin du centre, celles qui ont au moins 3 enfants ou sont plus âgées, les illétrées, certaines adolescentes ont opté pour la contraception orale. La peur de l'injection, les rumeurs, les mythes ont influencé ce choix.

La contraception injectable est donc la plus demandée dans le site de planification familiale d'Anjiamangirana I.

Le personnel débordé du centre consacre peu de temps à l'information et l'éducation, et aux visites à domicile qui pourraient améliorer la performance du site.

L'adhésion de la population à la planification familiale est un moyen de lutte contre la pauvreté. La majorité de la population productive se trouve en zone rurale, il est donc indispensable de faciliter l'accès à la planification familiale pour ces 85% de nos compatriotes.

Le développement de Madagascar passe par l'amélioration de la condition de vie des paysans.

B I B L I O G R A P H I E

- 1.- IPPF:** Le Droit Humain à la Planification Familiale. Rapport du groupe de travail sur la promotion de la Planification Familiale en tant que Droit Fondamental de l'Homme. 1993.
- 2.- MINISTÈRE DE LA SANTE, Secrétariat Général, Direction des Etudes et de la Planification :** Données et indicateurs démographiques et Socio-Sanitaires à Madagascar.
- 3.- Raharivelo L. :** Résultats de l'étude de Pré-introduction de la méthode contraceptive NORPLANT à Madagascar. Thèse Médecine. Antananrivo, 1994, 2112
- 4.- Mahatsara D. :** Adhésion à la Planification Familiale dans la Ville de Mahajanga. Thèse Médecine, Mahajanga, 1993.
- 5.- Brochure :** FISA - Behoririka. Antananarivo.
- 6.- Bouquet A. :** Féticheurs et Médecines Traditionnelles du Congo (Brazzaville). Paris, Mem. Orstom., 1969.
- 7.- Watt J.M., Breyer-Brandwijk M.G.:** The Médicinal and Poisonous Plants of Southern anb Estern Africa. London. E & S. Livingstone LTD. 1962.

8.- ABD Elbary A., Nour S.A. : Correlation between the Spermicidal Activity and the haemolytic index of certain plant Saponins. *Pharmazie*. 1979, 34 :560-561.

9.- Planification Familiale : Méthodes et Pratiques pour l'Afrique.

10.- Stoll B.A. : Contraceptive Steroids and breast Cancer. *British Medical Journal* 1. 1978, 6123 : 1350-1351.

11.-Elisabeth W., Marcel V. : Pratique et Gestion de la Planification Familiale dans les pays en voie de développement.

12.- Family Health International : Méthodes de Barrière. 14/03/01/FPA/3246.

13.- Masters W.H., Johnson V.E. : Human Sexual reponse. Boston, Little, Brown and Company. 1966.

14.- Bernstein R.L. : Review and analysis of the scientific and clinical data on the safety, efficacy, adverse reactions, biologic action, utilization and design of intrauterine devices. Final report, Department of Health, Education and Welfare/Food and Drug Administration. Technical Resources Development. Seattle, Washington, Batelle Memorial Institute, 1975.

15.-White M.K., Ory H.W., Rooks J.B., Rochat R.W. : Intrauterine device termination notes and the menstrual Cycle day of insertion. *Obstetrics and Gynecology*. 1980, 55, 2 : 220-224.

16.- Cheng MC.E., Wong Y.M., Rochat R.W., Ratman S.S. : Sterilization failures in Singapore. *Studies in Family Planning*. 1977, 8,4.

17.- Jean D., Raoul P. : La Contraception ; problèmes biologiques et psychologiques. 1972.

- 18.- Free M.J., Alexander N.J. :** Male Contraception without prescription : a reevaluation of the condom and coits interruptus Public Health Reports. 1976, 91(5) : 437-445.
- 19.-** Les méthodes naturelles de Planification Familiale. Guide pour la prestation du service. OMS - Genève. 1989.
- 20.- Rvelomanantsoa A.J.C. :** Contribution à l'étude des méthodes contraceptives. Revue de la littérature - Aspect du problème à Madagascar. Thèse Médecine. Antananarivo.
- 21.- Palmer R., Dourlem-Rollier A.M., Audebert A., Geraud R.:** La stérilisation volontaire en France et dans le Monde.
- 22.- Saint Jours Y.:** L'Interruption Volontaire de la Grossesse. Rev. Med. 1976, 17 : 833-936.
- 23.- Ramananirina R.C.:** Parenté responsable. Bulletin de Congrégation des Sœurs Religieuses de Madagascar. Conférence du 20 Septembre 1975.
- 24.- Rakotoarimanana née Farasoa :** Réflexion sur la Planification Familiale à Madagascar. Thèse Médecine. Antananarivo. 1990, 1927
- 25.- FNUAP, IPPF, Population Council :** La planification Familiale dans les années 80 : Défis et Possibilités. Rapport de la Conférence Internationale sur la Planification Familiale dans les années 80. Djakarta - Indonésie. Avril 1981.
- 26.- Politique National de Population** pour le développement économique et Social. Loi n° 90-030 du 19 Décembre 1990.

27.- Cullins V.E. : Non contraceptive Benefits and therapeutic uses of Depot Medroxyprogesterone Acetate. Journal of Reproductive Medicine (5 supplement, Mai 1996) : 428-433.

28.- Gaines, Recommandations for Updating Selected Practices.

29.- Miller E.R., Barbara S., Murphy E. : L'innocuité des contraceptifs. Mythes et Réalités. IIè Edition.

30.- Fred T. S. : Senior Population Advisor. Population, Health and Nutrition Department. The World Bank. Washington, D.C.

31.- Raharison E.Z.E. : Evaluation du Programme de Planification Familiale à Madagascar. Mémoire Santé Publique. 21 Décembre 1999.

32.- Stratégies de gestion pour améliorer les Services de Planification Familiale : Un compendium du Management de la Planification Familiale. Le Projet FPMD. Management Sciences for Health.

33.- Inquiétudes Féminines : Textes sur la Santé de la Reproduction. Population Reference Bureau.

34.- Barbara S., Kate CH. : Comment la recherche opérationnelle améliore les services de Santé en matière de reproduction.

35.- Réduire la mortalité maternelle : Déclaration Commune OMS/FNUAP/UNICEF/BANQUE MONDIALE. OMS Genève. 1999

36.- Grimes et Company : Primary Prevention of Gynecologic Cancers.

37.- Rakoto M. D.: La Planification Familiale dans le Fivondronampokotany d'Arivonimamo. Thèse Médecine, Antananarivo, 1999, 5170.

38.- OMS : L'éducation Sanitaire en matière de Planification Familiale. Série de rapports techniques, 1971, 15,16.

39. Ramakavelo M.P. et Coll.: Introduction - Définition et Objectifs du terme P.F.. La Planification Familiale à Madagascar, 1999, 2,3.

40.- Schultz P.T. : Le Magazine de l'OMS. Santé du Monde, 1990, 14.

41.- Meyer L. : Planning Familial : Objectifs - Moyens - Règlementations et Structures. La Revue du Praticien. 1991, XLI, 17 : 1615-1617.

42.- OMS : Les implants sous-cutanés contraceptifs : Le NORPLANT. Directives concernant les aspects techniques et gestionnaires. Genève. 1972.

43.- FISA : Le NORPLANT, 1993 : 1-3.

44.- Population Council : Guide pour faciliter les conseils sur le NORPLANT. Etats-Unis d'Amérique, 1989,4.

45.- OMS - FNUAP - MINSAN : Projet MAG-90/P01, Mai-Juin 1990.

46.- Net Work : Les Méthodes de Barrières. Family Health International. 1996, 16,3.

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 raharaha-m-pitsaboana.

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

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

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

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalan'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 rakotra henatra sy ho rabirabian'ireo mpitsabo namako aho raha mivadika amin'izany.

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

Last and first name : **RASOJA Jean de Dieu**

Tilte of the thesis : **“CONTRACEPTION IN RURAL ENVIRONMENT IN THE CSBII OF ANJIAMANGIRANA I IN THE FIVONDRONAMPOKONTANY OF ANTSOHIHY ”.**

Heading : Public health Number of pages : 44 Number of figures : 11

Number of tables : 18 Number of bibliographic references : 46

SUMMARY

85% of Malagasy consist in rural people that explains the choice of our study for rural town of Anjiamangirana I under the theme of contraception.

This work has been led in order to check in this site the rate of rural population's partaking in contraception.

We have collected 80 regular users who are written down; 114 were out of sight and the causes are not mentioned in individual cards. Injectable contraception is the most in demand by regular patients.

As a result, we have noticed an insufficient in knowledge, attitude, and practice of contraceptive methode in rural zone, that requires an intense motivation of the population.

Then, the IEC is the best way to increase the use of contraception in rural zone for fight against poverty and the improvement of family welfare as well as the development of the country.

Key-words : IEC – Regular women users – Contraception – Rural zone

Director of thesis : Professor **RATOVO Fortunat**

Assisted by : Doctor **RAKOTOMALALA Christiane**

Address : Lot VB II 032 Malaza - Tanjombato - 102 ANTANANARIVO

Nom et Prénoms : **RASOJA Jean de Dieu**

Titre de la Thèse : **LA CONTRACEPTION EN MILIEU RURAL. ETUDE**

REALISEE

**AU CSB II D'ANJIAMANGIRANA I - FIVONDRONAM-POKONTANY
D'ANTSOHIHY**

Rubrique : Santé Publique **Nombre de pages** : 44 **Nombre de tableaux** : 18

Nombre de figure : 11 **Nombre de Carte**: 1 **Nombre de références bibliographiques** : 46

RESUME

85% des malgaches sont des ruraux. C'est pourquoi nous avons choisi d'effectuer notre étude dans la Commune Rurale d'Anjiamangirana I sur le thème de la contraception.

Cette étude a été menée dans le but de vérifier dans ce site le taux de participation de la population rurale en matière de contraception.

Nous avons relevé 80 utilisatrices régulières sur 194 inscrites avec 114 perdues de vue dont les causes ne sont pas mentionnées dans les fiches individuelles. La contraception injectable est la plus demandée par les clientes.

Les résultats nous ont permis de dire que la connaissance, l'attitude et la pratique de la méthode contraceptive en milieu rural ne sont pas encore satisfaisants et cela demande une motivation intense de la population.

L'IEC est alors le moyen principal pour progresser la contraception dans les zones rurales afin de lutter contre la pauvreté, d'améliorer le bien-être familial et le développement du pays.

Mots clés : I.E.C - Utilisatrice régulière - Contraception - Zone rurale

Directeur de Thèse : Professeur **RATOVO Fortunat**

Rapporteur : Docteur **RAKOTOMALALA Christiane**

Adresse de l'auteur : Lot VB II 032 Malaza Tanjombato - 102 ANTANANARIVO

Nom et Prénoms : **RASOJA Jean de Dieu**

N° 3485

Titre de la Thèse : **LA CONTRACEPTION DANS UN MILIEU RURAL. ETUDE REALISEE AU CSB II D'ANJIAMANGIRANA I - FIVONDRONAM-POKONTANY D'ANTSOHIHY**

CONCLUSION

La planification familiale a fait de grands pas dans notre pays et elle est une composante essentielle du développement économique de la nation par l'amélioration de la santé de la mère et des enfants, et de la condition féminine.

Le programme de planification familiale a été adopté dans le Centre de Santé de Base Niveau II d'Anjiamangirana I depuis 1996. Nous avons élaboré le présent travail pour essayer de vérifier la connaissance, l'attitude et la pratique de la contraception en milieu rural.

L'étude des dossiers de 1996 à Juin 2001, nous a permis de relever 194 clients avec 114 abandons dont les causes ne sont pas mentionnées sur les fiches individuelles. Seules 80 clientes (41,23%) utilisent régulièrement une méthode contraceptive.

Dans le site, la contraception injectable est largement utilisée par les femmes de 20 à 39 ans (47,5%) mais elle est peu choisie par les clientes plus de 40 ans (10%).

25% de notre effectif sont des 3è, 4è et 5è pares. Elles ont choisi la contraception injectable. Les paucipares qui représentent 10% de la population étudiée ont opté pour la contraception orale.

Concernant la situation matrimoniale, les femmes célibataires qui représentent 18,75% de l'effectif sont sous contraception injectable comme les 36,25% des femmes mariées. La contraception orale a cependant été adoptée par 35% des mariées.

Nous avons remarqué que plus de la moitié des femmes habitant à proximité du centre (47,50%) sont sous contraception injectable.