

**UNIVERSITE D'ANTANANARIVO  
FACULTE DEGS  
DEPARTEMENT ECONOMIE**

**MEMOIRE DE DEA EN ECONOMIE  
OPTION DEVELOPPEMENT**

**PRATIQUE DU PLANNING FAMILIAL**



**DANS LA COMMUNE URBAINE DE  
TOAMASINA**

**Soutenu le 26 Février 2008**

**Impétrant : LAINKANA Ernest Zafivanona**

**Les membres du Jury :**

**Monsieur RAVELOMANANA Mamy (Président)  
Professeur agrégé à la Faculté DEGS**

**Madame RICHARD Blanche Nirina (Encadreur)  
Professeur à la Faculté DEGS**

**Monsieur MANDRARA Eric Thusson (Examineur)  
Maître de conférence à la Faculté DEGS**

**UNIVERSITE D'ANTANANARIVO**

**MEMOIRE DE DEA**

**PRATIQUE DU PLANNING FAMILIAL DANS  
LA COMMUNE URBAINE DE TOAMASINA**

**Présenté par :**

**LAINKANA Ernest Zafivanona**

**Sous la direction de :**

**Mme Le Professeur RICHARD Blanche Nirina**

**Février 2008**

## Remerciement

Je souhaite adresser ici tous mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont ainsi contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord Madame Le Professeur RICHARD Blanche Nirina, directeur de ce mémoire, pour l'aide et le temps qu'elle a bien voulu me consacrer et sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

J'exprime ma gratitude à tous les ménages et les personnels ressources rencontrés lors de mes recherches et qui ont accepté de répondre à mes questions avec gentillesse.

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à tous mes proches et amis qui m'ont toujours soutenu et encouragé au cours de la réalisation de ce mémoire.

LAINKANA Ernest Z.

## **SOMMAIRE**

<b><i>INTRODUCTION</i></b> .....	<b>9</b>
<b><i>METHODES UTILISEES</i></b> .....	<b>15</b>
<b><i>RESULTATS DE LA RECHERCHE</i></b> .....	<b>29</b>
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>70</b>
<b><i>CONCLUSION</i></b> .....	<b>95</b>
<b><i>BIBLIOGRAPHIE</i></b> .....	<b>100</b>
<b><i>LISTE DES TABLEAUX</i></b> .....	<b>102</b>
<b><i>LISTE DES FIGURES</i></b> .....	<b>103</b>
<b><i>TABLE DES MATIERES</i></b> .....	<b>104</b>

## ACRONYMES

ACB	Analyse Coût-Bénéfice
ADRA	Adventist Development & Relief Agency
CAP	Couple-Année-Protection
CSB 2	Centre de soins de Base de niveau 2
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FISA	Fianakaviana Sambatra
PMI	Programme Maternel et Infantile
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
MAP	Madagascar Action Plan
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMSI	Organisation Médico-Sanitaires Inter-entreprises
PF	Planning Familial
PF -	Les ménages qui ne pratiquent pas les méthodes modernes de planning familial
PF +	Les ménages qui pratiquent les méthodes modernes de planning familial
PSI	Population Survey International
SIDA	Syndrome d'Imuno Déficience Acquise
TOP RESEAU	Programme mis en œuvre par PSI à Madagascar
UNICEF	United Nations Children's Fund
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

# **INTRODUCTION**

**L**a population est étroitement liée à l'économie et au développement, le problème démographique est un problème de développement. Ainsi, une meilleure gestion de la natalité permet non seulement aux ménages mais aussi à l'Etat une meilleure gestion de leurs ressources.

Le premier argument de la peur démographique réside sur l'« effet population ». La croissance démographique entraverait le développement économique dans les pays sous-développés et menacerait la sécurité alimentaire, les ressources naturelles et l'environnement. A cela s'ajoute aussi les dépenses sur l'éducation, la santé, le bien être du ménage et l'urbanisation. La recherche<sup>1</sup> au cours de ces dix dernières années a permis d'établir qu'il y a des avantages économiques substantiels pouvant découler d'une baisse de fécondité. Connus sous l'expression du « bonus démographique », ces avantages résultent de la baisse de la natalité. La baisse du pourcentage d'enfants dépendants et la hausse concomitante du pourcentage d'adultes actifs dans la population ont pour effet d'accroître la productivité, l'épargne et les investissements tels que l'investissement en capital humain.

Le deuxième argument est sanitaire : il met l'accent sur la réduction des externalités négatives d'une forte fécondité sur les mères et les enfants. Des grossesses trop nombreuses, des grossesses trop rapprochées, les grossesses chez les adolescentes et la première grossesse chez les femmes de plus de 35 ans mettent en danger la vie des mères. Les liens entre les deux arguments se manifestent particulièrement au niveau microéconomique, dans la gestion de portefeuille des ménages. La diminution des dépenses attribuées à la santé permet au ménage d'accroître son investissement physique ou en capital humain.

Depuis le Sommet du Millénaire des Nations Unies en 2000, la communauté internationale a renforcé son engagement face aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ainsi qu'à d'autres objectifs internationaux visant à améliorer la santé relative à la reproduction. L'objectif<sup>2</sup> vise à réduire d'ici 2015 la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infantiles. Le quatrième objectif a pour objet de réduire de deux tiers pour cette période le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans; tandis que le cinquième vise à améliorer la santé maternelle en y réduisant de trois quarts le taux de mortalité.

---

<sup>1</sup> Judith R. Seltzer, *Les origines et l'évolution des programmes de planning familial dans les pays en voie de développement*, Lexington Books, 1981, Londres, 207p.

<sup>2</sup> *Pour engager le XXI<sup>e</sup> siècle sous de bons auspices, les États Membres des Nations Unies sont convenus de huit objectifs essentiels à atteindre d'ici à 2015. Ces objectifs du Millénaire pour le développement, qui vont de la réduction de moitié de l'extrême pauvreté à l'éducation primaire pour tous, en passant par la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé maternelle, l'arrêt de la propagation du VIH/sida, et ce à l'horizon 2015, constituent un schéma directeur pour l'avènement d'un monde meilleur.*

Jusqu'à présent<sup>3</sup> l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile à travers le monde a été lente et inégale, du fait en premier lieu de l'absence d'attention politique et de ressources nécessaires pour renforcer la couverture des interventions essentielles mais également à cause d'un faible espacement de naissance et une forte fécondité dans les pays en voie de développement. Presque 90%<sup>4</sup> des naissances ont lieu dans 75 pays en Afrique, en Asie et en Amérique latine, ce qui représente plus de 75% de la population mondiale. Dans le monde, 585 000 femmes meurent chaque année des complications de la grossesse et de l'accouchement. 99% des décès maternels se situent dans les pays en développement. Dans ces régions, plus de 31 000 enfants moins de 5 ans meurent chaque jour. A Madagascar, entre 15-49 ans, un (1) décès de femmes sur trois (3) est lié à des causes maternelles<sup>5</sup>. Au total, 469 femmes sont décédées de causes maternelles pour 100 000 naissances à Madagascar en 2004 contre 488 en 1997. Même si la mortalité infantile s'est un peu regressée ces dix dernières années et en plaçant Madagascar au rang des pays d'Afrique subsaharienne où les chances de survie sont parmi les meilleures, il s'avèrent que les enfants<sup>6</sup> nés 4 ans ou plus, après leur frère ou sœur ont trois fois moins de risques de mourir avant l'âge de 1 ou 5 ans que ceux nés moins de 2 ans après. A cause de ce taux de morbidité très élevé, les ménages sont contraints de fréquenter souvent les centres de soins et dépense beaucoup en matière de soins ce qui diminue l'investissement des familles et leur épargne. L'équation qui en résulte est : sans gestion appropriée de la naissance, il y aura des grossesses nombreuses et rapprochées, forte prévalance de grossesses non désirées et avortements provoqués, des ménages avec de nombreux enfants et pauvres.

Il<sup>7</sup> a été suggéré que la mortalité maternelle pourrait être réduite de moitié d'ici 2015 par le biais d'un programme équilibré de PF (Planning familial). A Madagascar, la politique de gestion des naissances fait partie intégrante de la stratégie de développement du gouvernement. Dans le cadre du MAP<sup>8</sup> (Madagascar Action Plan), l'Etat a pour objectif<sup>9</sup> d'ici 2012 de réduire de : 94 à 97 pour 1000 la mortalité infantile, de 469 à 273 pour 100 000 la mortalité maternelle et de 32 à 17 pour 1000 la mortalité à la naissance. Dans ces objectifs, l'accroissement de la prévalance contraceptive de 18 en 2005 à 30% en 7ans est planifié. Ces objectifs ne peuvent pas être atteints sans une stratégie efficace d'intervention.

Dans la commune urbaine de Toamasina, le taux de prévalance du planning familial est de l'ordre de 14%<sup>10</sup>. Depuis 1992, ce taux n'a connu qu'une légère augmentation de 5% malgré

---

<sup>3</sup> Les données statistiques d'argumentation sont des résultats des études de l'années 2005-2006

<sup>4</sup> OMS, *Ten statistical highlights, in global public health, Statistique 2006*,

<sup>5</sup> C'est à dire lié à la maternité et la naissance, la complication à la naissance du à titre d'exemple : l'hémorragie de la délivrance, les embolies amniotiques etc...

<sup>6</sup> Enquête démographique et de la santé EDS-III

<sup>7</sup> Mpebele SALA-DIAKANDA, Raphaël MFOULOU, Richard DACKAM NGATCHOU, *Population et Santé Familiale en Afrique. Fédération Internationale pour la PF, 2004, p.5-8*

<sup>8</sup> Lancé à l'initiative du Président de la République de Madagascar, le MAP (Madagascar Action Plan) est une stratégie quinquennale dont le but est d'assurer le développement du pays en réponse aux défis de la mondialisation et conformément à la vision Madagascar - Naturellement ! et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement.

<sup>9</sup> La santé des ménages fait partie des objectifs spécifiques pour atteindre ce développement visé par le MAP.

<sup>10</sup> *Statistique Sanitaire du Ministère de la Santé, du planning familial et de la protection sociale, Antananarivo 2005*

les efforts<sup>11</sup> déployés et avec la disponibilité de 22 centres fournisseurs de services PF. En effet, le problème ne réside pas seulement sur la disponibilité et l'accessibilité des kits<sup>12</sup> mais surtout sur l'attitude des ménages. Les ménages dans la ville de Toamasina, ne sont pas motivés à pratiquer le PF parce qu'ils ne perçoivent pas l'intérêt de gérer leur naissance. Beaucoup ont également une attitude pronataliste parce qu'ils pensent qu'il est plus rentable pour leur famille d'avoir beaucoup d'enfants. Aux seins des ménages Malgache et comme surtout en Afrique, il<sup>13</sup> a été rare que les couples mariés cherchent à éviter une naissance tant qu'ils ne se trouvaient pas dans des conditions d'obligations et d'interdictions. La famille traditionnelle, a pour but essentiel la procréation. « Hanambadian-kiterahana »<sup>14</sup>.

La manque d'information pèse et constitue un handicap dans l'amélioration du taux de prévalence du planning familial. Beaucoup de ménages pensent qu'il y a plus de mal que de bien dans la pratique de la contraception. Seulement 3%<sup>15</sup> des femmes affirment avoir reçu la visite d'un agent de terrain ou ont discuté de PF lors d'une visite à un service de santé.

Pour cette recherche, nous nous basons sur l'hypothèse que l'avantage lié à la pratique du planning familial existe.

Sur la santé il permet:

- ~ de diminuer le risque d'avoir une grossesse non désirée
- ~ de diminuer le taux de prévalence d'avortement provoqué
- ~ de bien gérer les espaces intergénéraliques
- ~ de diminuer le taux de fréquentation des centres de soins par les ménages
- ~ de faire baisser les dépenses de santé

Sur l'éducation, il permet:

- ~ d'avoir un taux de scolarisation meilleur
- ~ d'avoir un meilleur choix d'enseignement pour les enfants (privés ou publiques)
- ~ d'allouer plus de revenu à l'éducation

Sur l'environnement matériel des ménages, il permet à la famille de vivre dans une cadre de vie plus saine, en matière d'habitation, habillement, matériels ménagers, etc...

En bref, quand les ménages peuvent planifier et espacer les grossesses, elles voient leur dépense en matière de soins diminuer, les familles sont moins nombreuses, plus prospères et les enfants sont en meilleure santé et sont mieux éduqués, les grossesses non désirées diminuent, donc le nombre d'avortement également.

Un changement d'opinion vis à vis du PF, par la suite un changement d'attitude permettra de faire augmenter la pratique des ménages et de bénéficier par la suite des avantages liés au planning familial.

Cette recherche a été entreprise, pour mettre en évidence l'impact économique de l'utilisation du PF au sein des ménages. Elle essaye d'apporter de l'éclaircissement aux avantages liés à la pratique du PF, qui pourrait être servie pour convaincre les ménages de pratiquer le PF.

---

<sup>11</sup> *Mise en oeuvre des projets intervenant dans la promotion du planning familial, entre autres PSI Madagascar, ADRA Mahatoky, CRS, etc... et également la mise en disponibilité des kits PF dans les centres de santé publiques.*

<sup>12</sup> *Les contraceptifs : la pilule, les préservatifs, le stérilet,*

<sup>13</sup> *Mpembele SALA-DIAKANDA, Raphaël MFOULOU, Richard DACKAM NGATCHOU, Population et Santé Familiale en Afrique. Fédération Internationale pour la PF, 2004, p.11*

<sup>14</sup> *Qui, littéralement, veut dire « On se marie pour procréer »*

<sup>15</sup> *INSTAT/FNUAP Enquête démographique et de la santé EDS-III, 360, 150-210*

Toamasina est la deuxième grande ville de Madagascar, la pauvreté<sup>16</sup> y a décliné et s'est accentuée, contrairement à la plupart des grandes villes de l'île. Pour apporter notre contribution à la rectification de cette tendance, nous avons choisi la ville comme zone d'étude.

La comparaison entre les ménages utilisant une méthode PF et ceux qui n'en utilisent pas dans la commune urbaine de Toamasina nous permettra de déceler les bénéfices liés à la pratique du PF en passant par les objectifs intermédiaires suivants :

- La connaissance plus approfondie des contextes en santé et PF dans la commune urbaine de Toamasina et ;
- La collecte d'informations nécessaires pour mesurer les changements au sein des ménages résultant de la pratique de planning familial dans la zone d'étude.

Avant de présenter les résultats de notre recherche et de les discuter, nous allons d'abord avancer les méthodes que nous avons utilisées.

---

<sup>16</sup> Extrait du rapport préliminaire « Dynamique de la pauvreté à Madagascar », INSTAT/Cornell University/Banque Mondiale, INSTAT 2004, Antananarivo. 12 p.

# **METHODES UTILISEES**

Afin d'aboutir au résultat, nous avons procédé pour notre recherche à une double perspective, qui combine les méthodes et des instruments tant quantitatives que qualitatives. Nous sommes de même avis qu'Holman<sup>17</sup>, l'efficacité de la recherche sur les avantages<sup>18</sup> liés à la pratique du Planning familial passe non seulement par la mise en commun des résultats des chercheurs disponibles sur le sujet, mais aussi par des enquêtes auprès des ménages et auprès des personnes ressources, qui permettront d'observer dans le temps les bénéfices liés au PF.

## **I. Méthode Qualitative :**

L'analyse de contenu est la méthode qualitative que nous avons privilégiée dans cette recherche. Compte tenu du temps qui nous était imparti, nous n'avons pas pu entreprendre un « focus group ». Nos résultats sont en majorité obtenus grâce aux démarches suivantes :

### **I.1. Interview semi structurée<sup>19</sup>**

Nous avons entrepris une dizaine d'interviews auprès des autorités Administratives de la santé, des Personnels de santé ainsi que des responsables des organismes intervenant dans le domaine du PF.

Nous avons eu des interviews auprès des autorités Administratives centralisées et décentralisées du ministère chargé de la santé. Entre autres : les employés du ministère de la santé à l'institut d'hygiène d'Antananarivo, service planning familial et service maternité sans risque. Nous étions également en interview avec les services décentralisés à Toamasina du Ministère de la Santé, le Chef de services régional de la santé du district de Toamasina, le médecin inspecteur de la ville de Toamasina et leurs respectifs staffs.

Pour les personnels de santé nous avons eu des interviews avec des médecins, des infirmières, des gestionnaires des centres de soins publics (CSB2 Ankirihiry, CSB2 Ambohijafy, CSB2 PMI Tanambao), et privé (CSB2 FISA Tanambao V, dispensaire Maries Stopes, maternité Maries Stopes, OMSI Toamasina) dans la ville de Toamasina.

Des organismes étaient aussi la cible de notre interview, ceux qui interviennent dans la promotion du planning familial, que ce soit en matière de financement ou la mise en oeuvre direct des programmes et projets de gestion de la natalité. Nous avons eu des interviews avec le responsable du volet planning familial du FNUAP, le responsables du volet santé maternelle et infantile de l'UNICEF, le coordinateur du projet Mahatoky et le responsable de sensibilisation du projet ADRA-Mahatoky, le responsable d'information et sensibilisation du FISA Antananarivo et Toamasina, le responsable du projet TOP RESEAU.

Ces interviews ont permis d'avoir diverses informations pour le cadrage de la recherche résultats. Néanmoins, ils ne permettaient pas de répondre à toutes les questions posées, ainsi avons nous procédé à des recherches bibliographiques.

---

<sup>17</sup> Holman HR. Qualitative inquiry in medical research *J Clin Epidemiol* 1993;46(1):29-36.

<sup>18</sup> Des avantages qui sont majoritairement percevable à long terme, par exemple l'épargne et l'éducation des enfants.

<sup>19</sup> Type d'interview, se caractérise par la combinaison de quelques questions fondamentales qui charpentent le déroulement de l'entretien et d'une série de questions secondaires, que l'on choisira de poser ou non en fonction de l'évolution de l'entretien. L'interviewer dispose de plus de latitude afin de s'adapter au contexte (environnement, personnalité du sujet)

## **I.2. Recherches bibliographiques :**

Nous avons effectué des recherches bibliographiques sur des thèmes variés : l'économie du développement, l'économie de la santé, la modélisation économique, les informations relatives aux politiques et ressources sur la gestion de la natalité, les statistiques internationales de la santé de la reproduction et du planning familial, les techniques d'évaluation et d'enquête, les méthodologies de recherches, l'évaluation économique. Nous avons accédé pour cela à la bibliothèque universitaire d'Ankatso, au centre de documentation du FNUAP à Antanimena, au Centre de documentation de l'UNICEF, au centre de documentation du CITE Ambatonakanga, au Centre de documentation de la banque mondiale.

## **I.3. Recherche sur internet :**

Nos recherches sur internet touchaient les sites web des institutions de recherches, les organismes gouvernementales et non gouvernementales, les publications privées, dont les thèmes restent les mêmes cités dans le sous titre précédent.

## **II. Méthode Quantitative :**

### **II.1. Enquête auprès des ménages**

Nous avons effectué une enquête auprès des ménages issus des 10 fokontany<sup>20</sup> de la commune urbaine de Toamasina, district de Toamasina, région Atsinanana. A défaut de données de base, nous n'avons que les données nationales et les données des autres projets ou autres évaluations similaires comme données de référence. Cette situation ne permet pas d'affirmer, avec une certaine validité statistique, les changements ou différences entre les ménages utilisateurs de PF et les ménages non utilisateurs.

#### **II.1.1. Délimitation de la zone d'étude**

La commune Urbaine de Toamasina est le chef lieu de la région Atsinanana qui est localisée sur la partie centre Est de l'île, délimitée à l'Est par l'Océan Indien, au Nord par la région<sup>21</sup> Analanjanorofo, au Sud par la région Mangoro. Elle est subdivisée administrativement par 5 arrondissements, 33 fokontany comportant 134 parcelles. Le District<sup>22</sup> de Toamasina I et la commune Urbaine de Toamasina couvrent le même territoire. Elle constitue la zone d'étude de notre recherche.

Nous avons travaillé dans 10 des 33 fokontany et 36 des 134 parcelles de la commune urbaine de Toamasina.

---

<sup>20</sup> Le Fokontany est la cellule administrative de base de la commune.

<sup>21</sup> La région est l'instance administrative qui regroupe plusieurs districts, on en compte 22 à Madagascar.

<sup>22</sup> Le District est une circonscription administrative regroupant plusieurs communes.

Figure 1: Localisation graphique de la zone d'étude



Source : Commune urbaine de Toamasina - 2006

### II.1.2. Population cible

La population de l'étude est constituée par les femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans et qui sont en autonomie ménagère. Une femme peut représenter un ménage.

Critères d'inclusion et d'exclusion :

- Sont incluses, les femmes en âge de procréer qui a un ménage, qu'elle soit chef de famille ou non.
- Sont exclues, les femmes âgées de 15-49 ans qui ne sont pas encore en autonomie ménagère.

A part le sexe de la personne, deux critères sont proposés comme critère de ‘matching’<sup>23</sup> entre les personnes à enquêter : le niveau d’instruction et l’âge de la personne.

L’âge de la personne est pertinent à cause de la disponibilité de la personne au changement (esprit d’ouverture), mais ce critère n’est pas suffisant pour éliminer les facteurs confondants. Le niveau d’instruction s’avère nécessaire à cause de la catégorisation des personnes en fonction de la richesse du ménage (la richesse et le niveau d’instruction est lié jusqu’à un certain degré de traitement des données).

### II.1.3. Taille de l’échantillon

Pour la recherche quantitative,<sup>24</sup> le principal indicateur peut être résumé par la prévalence de planning familial auprès des femmes de 15 à 30 ans vivant au sein des ménages les plus défavorisés de la commune urbaine de Toamasina. A la fin du projet, une augmentation de 10% est à espérer. La proportion théorique est de 10,9% selon les études menées dans cette zone.

$$n = D [(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 * ((P_1 (1-P_1) + P_2 (1-P_2)) / (P_2 - P_1)^2)] \quad 25$$

où :

- n est la taille de l’échantillon
- D l’effet de conception
- $Z_{\alpha}$  le degré de confiance par rapport au hasard
- $Z_{\beta}$  le degré de confiance par rapport au changement avec certitude
- $P_1$  le pourcentage estimé du taux de prévalence en planning familial
- $P_2$  le pourcentage escompté du taux de prévalence en planning familial à la fin du projet

Dans notre cas

D	=	1.4	$P_1$	=	10,9 %
$Z_{\alpha}$	=	1.645 (0.95)	$P_2$	=	20.9 %
$Z_{\beta}$	=	0.840 (0.80)	n	=	à calculer

Le nombre des personnes à enquêter ‘n’ = 227  
En ajoutant un coefficient de « non réponse » de 10 %

Le nombre final de la taille de l’échantillon est de ‘n’ = **250**

L’échantillon est divisé en deux groupe de taille différente. Afin de mieux assimiler l’impact de la pratique du planning familial sur les ménages, nous avons pris beaucoup plus d’effectif du groupe qui pratique par rapport à celui qui ne pratique pas. Ainsi l’échantillon des utilisateurs de PF peut atteindre 180 alors que la taille de l’échantillon des personnes non utilisateurs de PF peut aller jusqu’à 70 en moyenne. Mais l’effectif final des deux groupes dépend du déroulement de l’enquête sur le terrain.

<sup>23</sup> Englober les ressemblances ou différences qui font que deux ménages peuvent se correspondre ou pas

<sup>24</sup> *Randrianarisoa, Résultats évaluation finale du projet de planning familial de ADRA Madagascar dans la commune urbaine de Toamasina – évaluation finale du projet ‘Mahatoky’ ADRA Madagascar –., mars 2007*

<sup>25</sup> *Robert Magnani, Guide d’Echantillonnage, Academy for Educational Development, p. 10 -16*

Le tableau ci après récapitule la répartition de l'échantillon suivant la zone d'étude :

**Tableau 1 : Répartition de l'échantillon suivant les fokontany**

<b>Fokontany</b>	<b>POPULATION</b>	<b>ECHANTILLON PRISE</b>
Ampasimazava	1953	50
Dépôt Analakininina	1520	
Anjoma	1252	50
Androranga	1768	
Ambalakisoa	1098	50
Morarano	1537	
Ambolomadinika	2430	50
Mangarivotra Nord	1423	
Ankirihiy	1881	50
Tanambao V	1846	
Total de l'échantillon		<b>250</b>

Source : Commune Urbaine de Toamasina 2007

#### **II.1.4. Démarche sur terrain**

Un pre-test a été effectué pour vérifier le degré de compréhension des questions par les personnes interrogées et leur capacité d'y répondre convenablement avant de commencer l'enquête. Compte tenu du nombre élevé des variables d'étude, nous avons recruté 5 enquêteurs qui étaient responsables chacun de 2 fokontany.

Notre démarche sur le terrain a commencé par l'enquête des personnes utilisatrices de PF. A chaque fin de journée, nous avons comptabilisé l'effectif des ménages enquêtés afin d'estimer les restes du groupe à enquêter.

La proportion prise au départ devait être respectée pour la totalité des 20 sous catégories (du tableau 2 de la page suivante) de personnes à enquêter. C'est-à-dire en considérant le niveau d'instruction et l'âge de la population cible. La répartition des personnes utilisatrices de PF enquêtées parmi les 20 sous catégories est fonction de la représentativité de ces sous catégories dans la population totale. A l'issue de l'enquête, nous avons eu la proportion de 2/3 pour les personnes utilisatrices de PF (167) et 1/3 pour les personnes non utilisatrices de PF (83).

**Tableau 2 : Classification de la strate d'enquête sur terrain**

Tranche d'âge Niveau d'instruction	Moins de 20 ans	Entre 20 et 30 ans	Entre 30 et 40 ans	Plus de 40 ans	TOTAL
N'ayant reçu aucune instruction	2	3	3	0	8
Niveau primaire	7	19	12	6	44
Niveau secondaire premier cycle	20	40	31	13	104
Niveau secondaire deuxième cycle	14	25	20	10	69
Niveau universitaire	0	9	13	3	25
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>96</b>	<b>79</b>	<b>32</b>	<b>250</b>

Source : notre propre calcul

L'échantillon de 250 personnes enquêtées est constitué par des personnes pratiquant le planning familial (PF+) d'une part, et celles ne le pratiquant pas (PF-) d'autre part. La variable PF, avec le mode de remplissage (oui = +) ou (non = -) était insérée dans le fichier de base de données SPSS afin de permettre les comparaisons et analyses.

## II.2. Analyse Cout-bénéfice (ACB)

### II.2.1. les options à évaluer

Il s'agit d'une évaluation coût-bénéfice des deux programmes concurrents suivants:

Ménage pratiquant le Planning familial, que nous appellerons ci-après « **Groupe d'Intervention** », au nombre de 167 ménages.

Ménage ne pratiquant pas le Planning familial, que nous appellerons ci-après « **Groupe de Contrôle** », au nombre de 83 ménages

### II.2.2. Point de vue adopté

Le point de vue que nous avons adopté pour cette étude est le point de vue du ménage. Comme le but est d'évaluer l'impact lié à la pratique du PF, d'abord au niveau microéconomique, ensuite au niveau macroéconomique de la nation.

### II.2.3. Analyse et calcul des coûts

La consommation des contraceptifs varie suivant la méthode. Elle peut se faire en une fois sur 3 ans, tels que les implants, ou 25 pillules par cycle menstruel 12 fois dans l'année. Par ailleurs, comme notre analyse se base sur une période de 1 an, nous avons pris le coût annuel de protection pour le calcul des coûts de la pratique de PF.

Le coût annuel de protection comprend :

- La moyenne de coût d'achat des kits PF sur la base d'une consommation annuelle,
- La moyenne du coût de consultation annuelle ou de cotisation<sup>26</sup> au sein d'une association ou organisation PF.
- Un CAP<sup>27</sup> qui comprend 100 préservatifs +13 cycles de contraceptifs oraux + 0.258 dispositif intra-utérin + 4 contraceptifs injectables (une dose de 3 mois).

Pour le calcul des coûts des indicateurs autres que le contraceptif, nous avons considéré les résultats de l'enquête. Par exemple, le coût de l'avortement est donné suivant la moyenne des charges payées par les ménages tenant compte de sa fréquence.

### II.2.4. Analyse et calcul des bénéfices

Le calcul de bénéfice s'est fait en deux étapes :

- En premier lieu, à partir des deux groupes d'analyse, nous avons essayé de faire sortir les avantages de la pratique de PF sur la base de comparaison d'un indicateur. Le différentiel devient un avantage de la pratique du planning familial.
- En second lieu, nous avons essayé de faire sortir le coût de l'indicateur (s'il y en a) et de pondéré au différentiel des avantages calculés auparavant.

Exemples :

Pour l'indicateur « Avortement », nous avons pris la différence entre le deux groupes d'analyse pondérée par le coût moyen d'un acte d'avortement provoqué.

De même, pour la fréquentation d'un centre de soins, nous avons pris le différentiel de l'indicateur entre les deux groupes de comparaison, pondéré par le coût moyen de fréquentation d'un centre de soin.

Les autres avantages sont estimés suivant le différentiel de l'allocation de revenu aux besoins de base des deux groupes de comparaison: la nourriture, la santé ; l'éducation et l'épargne.

Nous avons également élaboré une comparaison du matériel ménager en raison des possibilités financières supplémentaires provenant des économies de dépenses de santé réalisées par les ménages pratiquant le planning familial.

---

<sup>26</sup> En adhérant dans une association, les femmes n'ont pas besoin de payer les frais de consultation mais elles payent une cotisation annuelle. Ce cas est pratiqué par beaucoup de projet tel que Marie stops International

<sup>27</sup> Couple année de prévention, évaluation des quantités par foyer de la pratique du planning familial.

## II.2.5. La liste des indicateurs d'effets

Pour l'impact du planning familial, nous avons considéré les indicateurs internationaux valables pour tous types de recherche sur le planning familial et l'économie de développement, combinés avec notre modèle d'analyse théorique.

Il s'agit de :

- Indicateurs d'impact :
  - Taux de prévalence de grossesse non désirée
  - Taux de prévalence d'avortement provoqué
  - Taux de fréquentation de centre de soins
  - Montant de revenu alloué à la nourriture
  - Montant de revenu alloué à la santé
  - Montant de revenu alloué à l'éducation
  - Montant de revenu alloué à l'entretien du ménage
  - Montant d'épargne des ménages
  - Etat de santé et accès aux soins des enfants vivant dans les ménages sans/avec PF
  - Catégories d'écoles fréquentées par les enfants des ménages sans/avec PF
  - Taux de fréquentation scolaire
  
- Connaissance, attitudes et pratique (changements de comportements ou appréciations liés au planning familial)
  - % de femmes ayant déjà entendu parler de la méthode contraceptive
  - % de femmes connaissant, un, deux, trois ou plus de méthodes contraceptives et pouvant en donner le minimum de définition.
  - % de femmes ayant utilisé au moins une méthode contraceptive
  - raison de non utilisation des méthodes contraceptives par les personnes ayant connaissance du planning familial
  - % de femmes ayant abandonné l'utilisation de méthode contraceptive
  - raison de l'abandon d'utilisation des méthodes contraceptives
  - % de femmes déclarant avoir été satisfaites de l'utilisation des méthodes contraceptives (variables qualitatives : dépendant de la perception et de la capacité des répondants)
  - % de femmes déclarant avoir eu une amélioration dans la gestion (financière) de leur ménage consécutivement à l'utilisation des méthodes contraceptives (variables qualitatives : dépendant de la perception et de la capacité des répondantes)
  - % de femmes ayant l'intention d'utiliser des méthodes contraceptives dans l'avenir
  - % de femmes ayant l'intention de continuer d'utiliser des méthodes contraceptives dans l'avenir
  - Intervalle de temps estimé entre l'intention exprimé par des femmes qui n'utilisent pas le PF actuellement et une pratique éventuelle déclarée.
  - % de femmes souhaitant repousser la prochaine naissance à plus de 2 ans ou ne voulant plus avoir d'enfants, mais qui n'utilisent pas de contraceptifs actuellement.
  - % de femmes, ayant eu une grossesse non désirée dans le passé et qui voudraient utiliser une méthode contraceptive

### II.3. Evaluation sans base line

Une autre méthode d'évaluation a été alors développée avec l'ACB, pour que les données soient statistiquement comparables entre les deux groupes de comparaison et pour que les changements ou différences soient significatives.

Nous avons combiné notre analyse coût-bénéfice avec une autre méthode d'évaluation appelée « évaluation sans base line ». Contrairement aux méthodes d'évaluation 'times series' qui comparent les données issues d'une population à un temps X aux données issues de la même population à un temps X + t, cette méthode d'évaluation focalise les comparaisons entre les ménages utilisateurs de planning familial et les ménages non utilisateurs de planning familial. Pour que les changements ou différences entraînées par les différences entre les deux échantillons de population étudiée (les facteurs confondants) soient minimales, les deux échantillons d'utilisateurs planning familial et non utilisateurs de planning familial doivent être similaires.

C'est la raison pour laquelle, le choix des ménages non utilisateurs de PF doit se faire en corrélation avec celui des ménages utilisateurs de PF. Un 'matching' doit être réalisé lors du choix des personnes à enquêter pour que les données issues des deux échantillons soient comparables

**Tableau 3 : Type d'évaluation avec et sans situation de départ (base line)**

X1	O	X2	Evaluation d'une même population (étude de base et évaluation à mi parcours) dans les sites d'interventions
X1'		X2'	Evaluation d'une même population (étude de base et évaluation à mi parcours) dans les sites sans interventions

X : série d'évaluation

O : interventions

<sup>28</sup>Les données en X1 et X1'ne sont pas disponibles, alors que l'évaluation nécessite la comparaison entre deux groupes d'échantillons. La méthodologie d'évaluation proposée est par conséquent de comparer les données issues des échantillons X2 et X2' à condition que ces deux échantillons soient similaires.

Il faut éliminer les différences entre les personnes à enquêter pour que l'apport de l'utilisation de PF soit mis en évidence. Ces différences sont liées aux caractéristiques fondamentales : niveau d'instruction, âge.

### II.4. Exploitation des données

Après le nettoyage des fiches d'enquête par les enquêteurs, une première vérification des données est réalisée sur le terrain (toutes les fiches d'enquête seront validées par un superviseur).

<sup>28</sup> Richard Caldwell and Sofia Sprechmann, *HANDOUT MANUAL DM&E Workshop Series – 1997. p. 49 - 52*

#### **II.4.1. Saisie et apurement des données**

Le masque de saisie <sup>29</sup> est élaboré sous Epidata<sup>30</sup> et le traitement sur SPSS<sup>31</sup>.

Les données saisies seront traitées sous SPSS 13 suivant les propositions suivantes. Les analyses approfondies seront faites après ce premier traitement pour répondre aux objectifs de l'étude.

#### **II.4.2. Analyse**

Sur la base des données saisies sur SPSS 13, l'analyse se fait en deux étapes :

Première étape, l'analyse des différences des indicateurs pour cerner les avantages du planning familial.

Deuxième étape, l'analyse de connaissances et comportements des femmes de 15 à 49 ans.

Les connaissances et attitudes de la personne enquêtée constituent des aspects très pertinents concernant la disposition du ménage à la pratique du planning familial. Il y a aussi l'aspect « disponibilité » et « accessibilité » des membres du ménage aux produits du planning familial.

L'hypothèse nulle est qu'il n'y a aucune différence entre les ménages utilisateurs et non utilisateurs de PF. Donc, l'analyse sera concentrée sur le test de cette hypothèse. De plus, l'analyse explorera les niveaux de connaissance, attitude et pratique associés à l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne.

#### **II.4.3. exploitation du questionnaire utilisé**

L'analyse descriptive du questionnaire est désagrégée suivant les caractéristiques spécifiques des personnes répondantes.

Le questionnaire commence par des questions générales : avoir entendu parler de PF ? avec une réponse binomiale (oui ou non). Cette question départage les enquêtés ayant déjà entendu parler du PF (OUI) ou n'en ayant jamais entendu parler (NON). Si la réponse est 'oui', le questionnaire continue, si la réponse est 'non', on va directement dans les questions sur la grossesse non désirée. Cette question a été traitée et analysée suivant l'âge de la personne répondante.

La question sur la définition du PF comporte trois réponses justes et trois réponses erronées. Les fréquences, pour chaque réponse et pour chaque répondant, a été calculées, traitées et analysées suivant l'âge de la personne répondante.

S'agissant de la connaissance de type de PF, une question filtre a été posée avant d'interroger sur la connaissance afin de bien identifier les personnes connaissant un type de PF. Avec une réponse binomiale (oui ou non) cette question départage les enquêtés ayant déjà entendu

---

<sup>29</sup> Le masque de saisie est un outil, un logiciel qui permet de guider la saisie des données dans une table ou un formulaire, lorsque ces données ont des propriétés communes. Ce logiciel utilisé dans les traitements des enquêtes en sciences sociales.

<sup>30</sup> Epidata est un logiciel de saisie sous Windows qui permet de créer des masques de saisie

<sup>31</sup> SPSS ("Statistical Package for the Social Sciences") est un logiciel utilisé pour l'analyse statistique pour les sciences sociales

parler du PF (connaissance générale) et connaissant un type de PF (connaissance plus approfondie). Cette question a été traitée et analysée suivant l'âge de la personne répondante.

Pour la connaissance encore plus approfondie, 14 types de PF sont proposées, l'enquêteur laisse la répondante énumérer les types de PF qu'elle connaît afin de bien distinguer les connaissances promptes (type de PF familial à la répondante), ensuite l'enquêteur cite les types de PF non connus par la répondante afin de distinguer les connaissances avec rappel des types de PF que la répondante ne connaît pas du tout. Les fréquences, pour chaque réponse et pour chaque répondante, ont été calculées, traitées et analysées suivant l'âge de la personne répondante.

Le questionnaire sur l'utilisation d'un type de PF englobe les personnes utilisatrices en cours de PF et les ex utilisatrices avec une réponse binomiale (oui ou non). Cette question a été traitée et analysée suivant l'âge de la personne répondante. Cette question est très importante car elle sert de filtre pour les analyses comparant les personnes ayant utilisé ou non un type de PF.

La question sur les raisons d'abandon de type de PF, pour les répondantes connaissant un type de PF et ayant déjà utilisée, va par ordre d'importance. Les fréquences, pour chaque réponse par ordre d'importance et pour chaque répondant, ont été calculées, traitées et analysées suivant l'âge de la personne répondante.

Le questionnaire suivant distingue les utilisatrices en cours d'un type de PF des personnes ayant utilisé le PF avec une réponse binomiale (oui ou non). Cette question a été traitée et analysée suivant l'âge de la personne répondante.

La question sur les raisons de non-utilisation de certains types de PF, pour les répondantes connaissant un type de PF et utilisatrice actuelle, est allée par ordre d'importance. Les fréquences, pour chaque réponse par ordre d'importance et pour chaque répondant, ont été calculées, traitées et analysées suivant l'âge de la personne répondante.

Les trois questions suivantes concernent l'attitude du mari ou du couple vis-à-vis de l'utilisation du PF, i) si le mari ou le couple connaît l'utilisation de PF, ii) si le mari ou le couple consent à l'utilisation de PF et iii) la forme de contribution. Les deux premières de cette batterie de questions ont été traitées suivant la loi binomiale (oui ou non) alors que la troisième question a été traitée suivant la fréquence pour chaque répondante.

Si le mari ou le couple ne contribue pas sur le plan financier au PF, l'argent nécessaire au PF provient-il de la ressource propre de la femme ou d'une association de femmes ? Cette question sert à catégoriser les répondantes suivant leur appartenance à une association ou non. La question est traitée par fréquence directe.

Les deux questions suivantes concernent l'attitude des autres personnes vis-à-vis de l'utilisation de PF, i) si d'autres personnes en dehors du mari ou du couple ne consentent pas à l'utilisation de PF et ii) si ce non consentement d'une autre personne entrave l'utilisation de PF.

La question suivante confirme les raisons de non utilisation du PF pour les répondantes connaissant un type de PF, est allée par ordre d'importance. Les fréquences, pour chaque

réponse par ordre d'importance et pour chaque répondant, ont été calculées, traitées et analysées suivant l'âge de la personne répondante.

Pour la question V15 avec plusieurs variables associées, les fréquences ont été calculées pour chaque réponse, ainsi que le temps d'utilisation (durée), le lieu de procréation, l'accessibilité financière, le niveau de satisfaction et les raisons d'abandon. Une analyse temporelle de la durée d'utilisation est nécessaire par méthode de contraception, sexe et âge de la répondante. Une analyse spatiale du lieu de procréation a été effectuée par méthode de contraception. Il a fallu également procéder à l'analyse descriptive (moyenne, mode, médiane, variance et écart type) du prix d'achat. La variable satisfaction a un degré de fiabilité moindre, une analyse descriptive désagrégée par sexe et âge de la répondante. Quant aux raisons d'abandon, les fréquences ont été calculées pour chaque réponse et pour chaque répondante.

Les questions V16 (Avez-vous l'intention de pratiquer le planning familial ?), V17 (-vous l'intention de vous remettre à pratiquer le planning familial ?), V18 (êtes-vous résolue à poursuivre la pratique de planning familial ?), concernent la disposition d'esprit de la personne répondante vis-à-vis du planning familial. Elle appelle des réponses binomiales, par OUI ou par NON. Une réponse positive aux deux premières questions est complétée par la réponse à une autre question, celle de savoir si quelque opposition émanant de l'entourage de la répondante, mari, partenaire concubain, famille, ne gêne pas sa pratique de PF. Une réponse négative appelle une demande de précision quant au motif qui aura poussé la répondante à surseoir à la pratique de PF. Si la répondante est résolue à poursuivre la pratique de PF, la même demande de précision lui est quand même faite à titre de prévention. Les trois questions, ainsi que leurs réponses, ont été désagrégées par sexe et par âge de la répondante.

La question V19, demande à la personne répondante à quel moment elle pense commencer ou recommencer la pratique du PF. Au moins sept réponses étaient possibles, allant de l'inexistence d'une échéance déterminée ou même de l'inexistence d'une quelconque décision de pratiquer, jusqu'à une échéance déterminée pour dans un an ou plus. Ensuite (question 20) V20, il est demandé à la répondante d'exprimer son vœux d'espacement de ses naissances : « pas d'enfant du tout », « plus d'enfant du tout », « espacement de deux ans et plus », « espacement de besoin ou moins », « pas de souhait particulier ». Les questions 21, 22, 23, 24 et 25 se rapportant aux cinq dernières années, demande si la répondante a déjà essuyé la mauvaise surprise d'une grossesse non désirée. Dans l'affirmative, lui en demander la cause et la réaction qu'elle a adoptée. En cas d'avortement volontaire, elle a été invitée à en donner la raison et le coût, l'échelle des coûts s'étallant entre Ar 20 000 au moins à Ar 80 000 et plus.

Il lui a été aussi demandé quels bénéfices elle aura retirés de la pratique du PF et de les préciser en cas d'affirmative (V27 et V28). Et après avoir obtenu une réponse précisant le niveau de revenu de son ménage, de Ar 50 000 à Ar 350 000 et plus (question V 29), la répondante était invitée à en donner les affectations en terme de pourcentage du budget familial à la santé, à l'éducation, à l'alimentation, à l'entretien domestique, au loyer et autres rédevances, à l'épargne (V30). Chaque question a été désagrégée selon le sexe et l'âge de la personne répondante.

La question 31 demande le nombre de fois où le ménage de la personne répondante a fréquenté un centre de santé au cours des deux mois précédents l'enquête et pour quelle(s) maladie(s) (V32b). Auparavant (question 32), il lui est demandé si elle n'a pas eu une complication lors de son dernier accouchement. Ces questions ont été désagrégées selon le

sex de la personne répondante. Dans le cas de l'analyse des réponses à la question 31, l'analyse s'est efforcée de mettre en relief la moyenne, mode, médiane et écart-type.

Les questions 33, 34, 35 se sont concentrées sur la progéniture de la personne répondante : là où le(s) maladie(s) qu'elle a contractée(s) au cours des deux dernières semaines d'abord, puis au cours des deux derniers mois, le montant de dépense que le soin de cette (ces) maladie(s) aura occasionné. La réponse à la question 33 (là où les maladie[s] attrapées par la progéniture de la répondante au cours des deux dernières semaines) a été désagrégé suivant l'âge de la personne répondante, de même que la réponse à la question 35 (maladie atteinte dans les deux derniers mois).

Cette progéniture reste la cible des questions suivantes 36, 37, 38, 39 et 40. l'analyse des réponses à ces questions s'est également efforcée de dégager la moyenne, la mode, la médiane et l'écart-type dans les réponses. La personne répondante y est invitée à donner le nombre d'enfant de 16 ans et moins à sa charge, à préciser combien d'entre eux sont régulièrement scolarisé et dans quel genre d'établissement scolaire, combien d'entre eux fréquente(nt) une école payante, quelle est la somme des frais d'écolage que le ménage de la personne répondante paye mensuellement.

Les questions 41 et 42 s'intéressent à certains poste de dépenses familiales : les budgets affectés à l'entretien de la maison et à l'habillement, les budgets affectés aux dépenses d'alimentation. L'analyse dans ces cas aussi, l'analyse des résultats s'est efforcée de définir la moyenne, la mode, la médiane et l'écart-type dans les réponses données par les personnes répondantes.

Les restes de questions (43 à 47) demande des informations relatives aux caractéristiques physiques de la maison d'habitation de la personne répondante : le nombre de chambre à coucher, les matériaux utilisés pour le plancher, les murs, le toit ainsi que le mobilier.

En vue d'une comparaison fiable entre les groupes d'intervention utilisateur de PF et le groupe témoin non utilisateur de PF, les résultats de l'enquête ont fait l'objet d'analyse multivariées destinées à éliminer toute disymétrie pouvant entacher la crédibilité de l'analyse.

# **RESULTATS DE LA RECHERCHE**

Notre recherche offre deux types de résultats conformément à la méthodologie de notre étude.

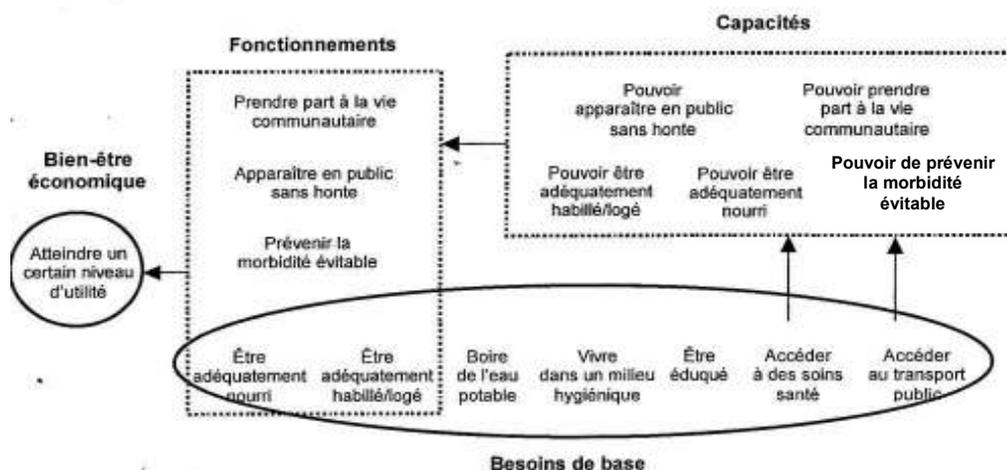
### III. Les résultats qualitatifs

#### III.1. Modèle théorique de l'étude

Afin d'être en mesure d'apprécier l'impact du PF sur le niveau de vie du ménage, il est important de pouvoir typer la situation économique du ménage par rapport aux normes de référence théoriques du concept de la pauvreté. Les références les plus influentes dans ce domaine sont sûrement les chercheurs John<sup>32</sup> Rawls et Amartya Sen qui ont produit la théorie de l'équité<sup>33</sup>.

Nous choisissons ici comme base importante de notre réflexion sur l'évaluation économique d'un programme de planning familial au sein du ménage, le cadre analytique développé par Amartya Sen. Notre analyse sera effectuée sur l'approche de besoin de base<sup>34</sup>. Cette école considère que ce qui manque dans la vie des pauvres est un petit sous-ensemble de biens et services spécifiquement identifié et perçu comme correspondant aux biens de base de tous les être humains. Ces commodités de base comprennent : de la nourriture, de l'eau potable, des aménagements sanitaires, un logement, santé et éducation de base. Donc les comparaisons vont être fait sur l'accomplissement de ces biens de base. Ils sont dits « de base » car leur satisfaction est considérée comme un préalable à l'atteinte d'une certaine qualité de vie ; ils ne sont pas perçus comme contribuant nécessairement au bien être. Comme le dit Lipton<sup>35</sup>, on doit « être » avant « d'être bien »<sup>36</sup>.

Les espaces de référence de l'inégalité sont : l'espace d'accomplissements, l'espace de liberté d'accomplir ainsi que l'espace de ressource déterminant un ensemble de liberté d'accomplissement. Le graphique ci dessous tente de mettre en relation trois approches permettant d'atteindre le bien être économique.



Source : Amartya Sen, Inequality Reexamined, page 28

<sup>32</sup> John Rawls, A Theory of Justice, Harvard University Press, 1971

<sup>33</sup> Amartya Sen, Inequality Reexamined, Harvard University Press, 1992, 4th printing 1997

<sup>34</sup> L'approche des besoins de bases est apparue explicitement dans les années 70 comme réaction au welfarisme dans le champ des politiques de lutte contre la pauvreté. C'est une approche directe au problème de la pauvreté vue comme un degré inacceptable d'inégalité sociale.

<sup>35</sup> Economiste canadien anglophone, auteur de l'ouvrage the Trade Union Movement of Canada, 1827-1959.

<sup>36</sup> Cité par N. Kabeers, « Beyond the poverty lines : Measuring Poverty and Impoverishing Measures », Reversed Realities, Gender Hierarchies in Development Thought, 1994 , Verso, London, p. 162

Ce schéma nous offre un modèle sur les besoins de base qui offre la capacité et les fonctionnements pour arriver au bien-être d'un individu.

Nous pouvons donc formuler :

Développement =  $f$  Bien être économique

Bien être =  $f$  (besoins de base, capacités, fonctionnements)

**Par hypothèse, on réduit :**

- Bien être =  $f$ (besoins de base)

Or

- Besoin de base = nourriture, habille/logement, éducation, soins, eau potable
- Revenu =  $f$  (Consommation + épargne)
- Revenu/tête =  $f$  (taille ménage)

et

- Taille ménage =  $f$ (planning familial)

donc corollairement : le bien être est fonction du planning familial

Bien être =  $f$ (planning familial)

Notre objectif est de démontrer la contribution du bien-être collectif au développement économique.

D'après Sen, ce bien-être dépend en majeure partie de la satisfaction des besoins de bases. Par ailleurs, il a été susmentionné que le développement économique<sup>37</sup> est lié à l'état démographique. Nous allons par conséquent montrer les relations possibles entre besoins de base et importance numérique de la population. Ceci étant, le planning familial étant

<sup>37</sup> Judith R. Seltzer, *Les origines et l'évolution des programmes de planning familial dans les pays en voie de développement*, Lexingtonbooks, 1981Londre, 207, 64-72p.

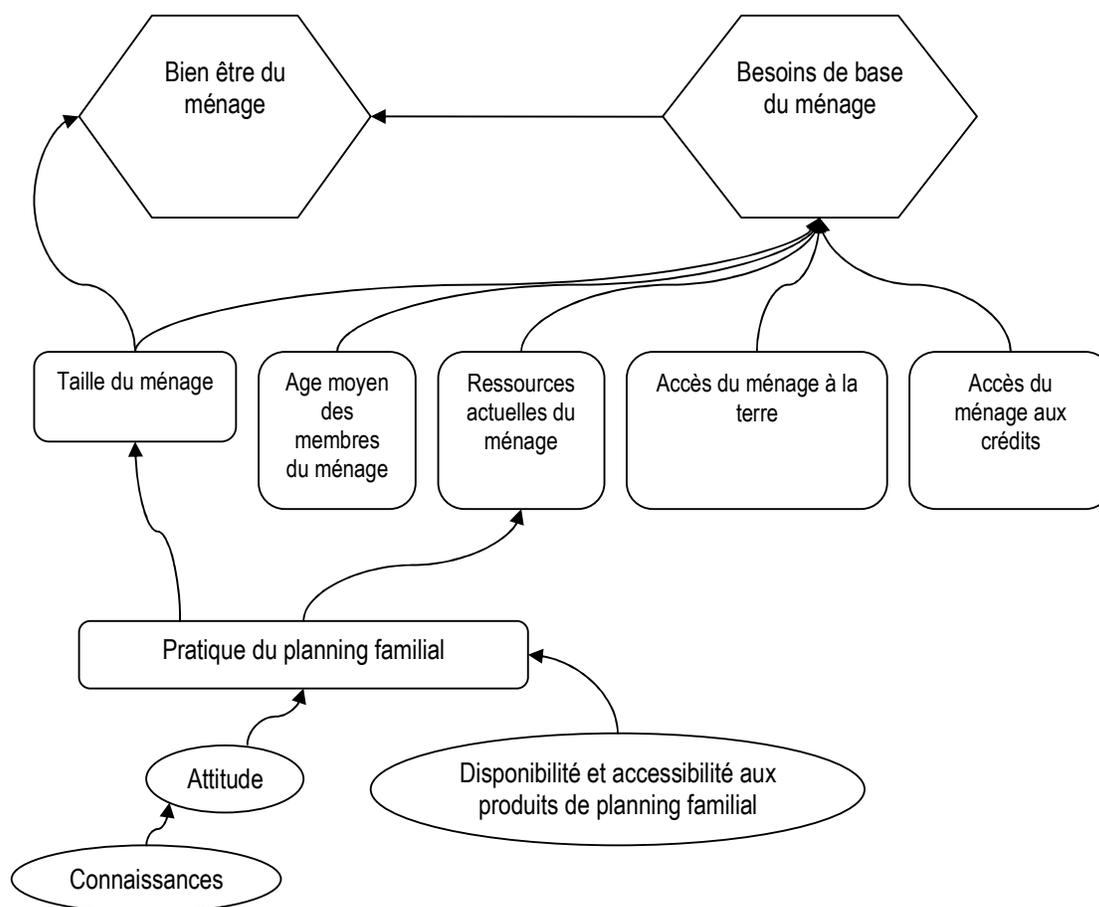
l'instrument d'orientation de la natalité, il nous est alors nécessaire de vérifier l'impact du planning familial sur le développement économique.

### III.2. Concept d'analyse et de comparaison

En considérant le modèle susmentionné, plusieurs facteurs<sup>38</sup> peuvent influencer le bien être et les conditions de vie des ménages : les ressources disponibles auprès des ménages, l'accès des ménages aux capitaux et aux crédits, la performance productive du ménage, le poids de la prise en charge des inactifs supportés par les membres productifs du ménage etc. ...

L'accroissement de la population est aussi un des outils que la société peut utiliser pour améliorer le bien être et les conditions de vie des ménages, mais d'autres causes plus prépondérantes (accès à la terre ou accès aux crédits) peuvent également influencer positivement ou négativement sur le bien être et les conditions de vie des ménages.

Figure 2 : Cadre conceptuel d'analyse

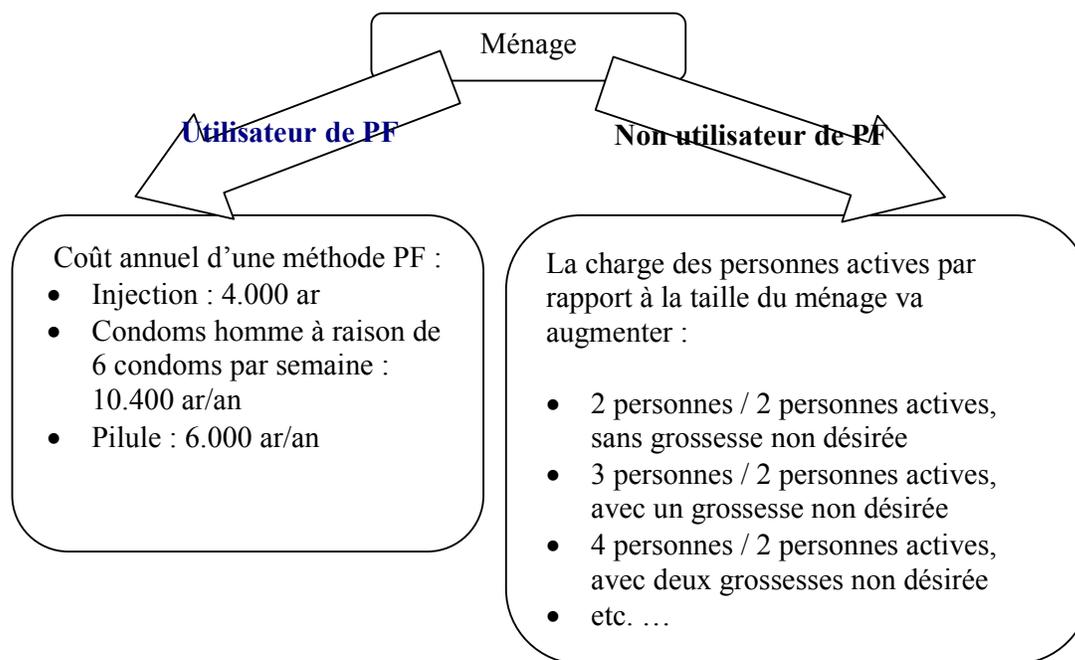


<sup>38</sup> Louis-marie Asselin, Anyck Dauphin, Mesure de la pauvreté : un cadre conceptuel, CECI, 2000, p.19-33

### Scénario A :

Le ménage décide de garder l'enfant d'une grossesse non désirée (39,60% ) de cas suivant l'enquête quantitative effectuée.

Figure 3 : Scénario A sur le choix d'un ménage de garder l'enfant d'une grossesse non désirée

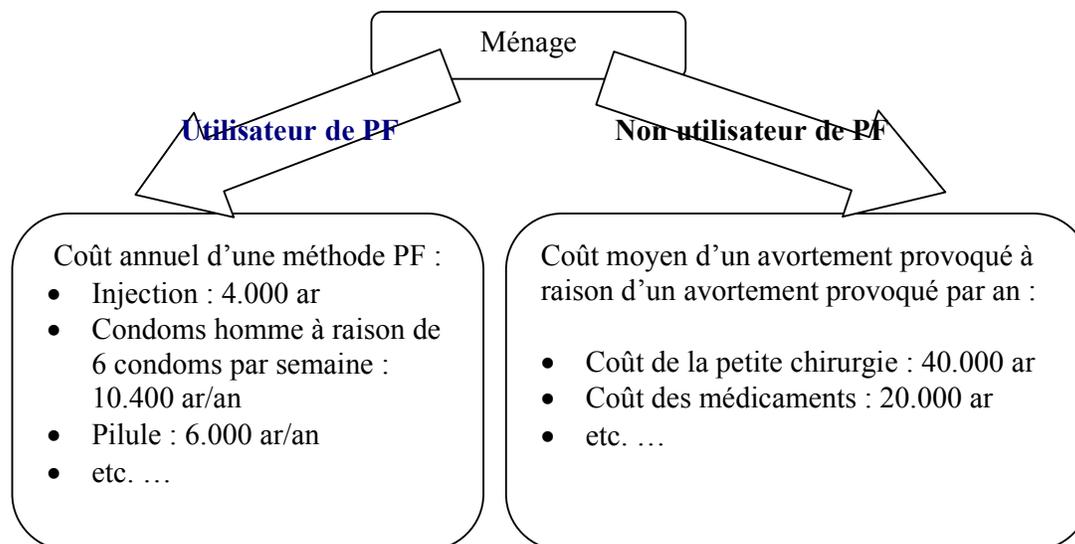


Toute la vie du ménage ne suivra pas les prévisions du couple. La naissance d'un enfant non désiré peut même provoquer un déséquilibre dans la vie du couple, non seulement sur le plan financier, mais aussi sur le plan social et organisationnel.

### Scénario B :

Le ménage décide de ne pas garder l'enfant d'une grossesse non désiré (62% des cas)

**Figure 4 : Scénario B sur le choix d'un ménage de faire avorter une grossesse non désirée**



Le coût d'un avortement provoqué, solution adoptée par les ménages ayant décidé de ne pas garder l'enfant non désiré, est de 45 000 Ar l'intervention. C'est donc un coût déjà relativement cher par rapport à la moyenne des revenus des ménages moyens. Mais il faut s'attendre parfois, l'avortement volontaire tombant sous le coup de la loi en vigueur à Madagascar, aux suppléments de coût dus à la malaisance de l'opération effectuée dans la clandestinité et donc sujette à des complications. Il y a aussi lieu de tenir compte des souffrances, physiques et morales, endurées par la patiente et sa famille, ainsi que la perte de temps d'activité encourue au titre de la convalescence.

### **III.3. Offre de service planning familial dans la ville de Toamasina**

L'accès au service de PF dans la Commune Urbaine de Toamasina est assuré aussi bien par des services publics que des structures privées. D'une manière générale, l'offre du service est effectuée en annexe de la maternité ou de la protection maternelle et infantile (PMI). Mais la campagne de sensibilisation et d'incitation associe aussi de nombreux organismes semi-publics (projets et programmes), associations et ONGs confessionnels ou civils. Les services publics (CSB) et les projets et programmes (FISA, PSI etc...) matérialisent l'intervention de l'Etat sur financement propre ou financement international bilatéral ou multilatéral (FNUAP, UNICEF, USAID etc). L'association et ONGs organisent les actions du secteur privé national et international, tel que le centre Marie Stops International.

La ville offre 22 centres de soins fournisseurs de service de planning familial. Leur localisation et leur nombre facilitent l'accès de l'ensemble de la population à la prestation. Néanmoins, des problèmes se posent sur la qualité des services. Les programmes de planning familial se sont fortement concentrés sur la fourniture de contraceptifs au détriment de la qualité des services dispensés, notamment par l'examen rigoureux et personnalisé de l'adéquation des méthodes à conseiller aux profils spécifiques des demandeurs de services. Le niveau de revenu, le niveau d'instruction, le type d'occupation, la tolérance physique et/ou psychique, l'appartenance sociale et/ou religieuse ... se conjuguent en effet pour définir de façon très précise ces profils, et cette définition détermine les modes opératoires les plus appropriés et sans danger pour les sujets.

**Tableau 4 : Offre de service de planning familial dans la ville de Toamasina**

N°	Formation Sanitaire	Population Desservies	Type FS
1	CSB2 Ankirihiry	50 376	Public
2	CSB2 DU Tanambao	58 514	Public
3	CSB2 Ambohijafy	55 414	Public
4	CSB2 PMI Tanambao	21 510	Public
5	CSB2 Infirmerie Garn	57 091	Public
6	CSB2 Disp RNCFM	1 083	Public
7	CSB2 Dépôt Analakininina	24 786	Public
8	CSB2 CMS JIRAMA	1 206	Privé
9	CSB2 SALFA Toamas	1 206	Privé
10	CSB2 CM SOLIMA	1 083	Privé
11	CSB2 OMSI Toamasi	7 393	Privé
12	CSB2 SAF/FJKM Isa	1 083	Privé
13	CSB2 Vill Efts SOS	1 083	Privé
14	CSB2 Sr Ursul Mora	1 083	Privé
15	CSB2 Port Toamasina	8 696	Privé
16	CSB2 FISA Tbao V		Privé
17	CSB2 Mianko	1 000	Privé
18	CSB2 Maries Stopes	1 206	Privé
19	Maternité Maries Stopes		Privé
20	CSB2 Espace Médical	1 083	Privé
21	CSB2 Cab Soamiafar	1 145	Privé
22	CSB1 Maison Centrale	1 206	Public

Source: Service de la Statistique Sanitaire (MINSANPFPS)

#### III.4. Les charges liées à la pratique du planning familial

Le coût de la pratique du planning familial dépend de la préférence des femmes pour le mode et kit PF. Les prix au marché des kits ont été depuis les années 90 subventionnés pour ne pas peser trop lourd sur le budget des ménages et pour faciliter leur acquisition. L'Etat Malagasy a adopté une politique de gratuité de kits PF depuis le dernier trimestre de l'année 2007. L'impact perçu par les ménages analysés et rapporté ici résulte de la pratique du PF antérieure à cette politique. Nous avons ainsi enregistré les coûts ci-après :

**Tableau 5 : Les coûts des méthodes contraceptives**

Kits PF	Coût en Ariary	Durée
Ligature	2000	A terme
Vasectomie	2000	A terme
Stérilet	1500	longue durée, 10 ans
Implant	1500	3 ans
Pilule	500	1 mois (au jour le jour)
Condom	100	3 actes
Spermicide ovule	300	Acte (par acte sexuel)

Source : Enquête auprès des fournisseurs des services PF

Comme notre période d'analyse est de un an, les coûts annuels de quelques méthodes les plus utilisés sont les suivants :

- Injection : 4.000 AR
- Condoms homme à raison de 6 condoms par semaine : 10.400 AR/an
- Pilule : 6.000 AR/an, c'est-à-dire 500 par mois sur 12 mois de pratique.

Par contre, l'utilisation des kits est quelquefois combinée ; il est plus approprié de raisonner en termes d'années de protection ou d'années de prévention. L'étude<sup>39</sup> sur le changement de comportement sur le planning familial menée par PSI a donné un coût par couple et par année de protection (CAP) de \$9,49 . Le Couple-Année-Protection comprend 100 préservatifs, 13 cycles de contraceptifs oraux, 0,285 dispositifs intra-utérins, 4 injectables (une dose pour 3 mois) ou 6 injectables (une dose pour 2 mois) ou 13 doses de contraceptifs d'urgence.

On aura le coût suivant :

**Tableau 6 : Calcul de coût annuel de pratique du PF**

méthodes	Unité	Quantité	Prix unitaire	Montant
Préservatifs	unité	100	33,33	3 333,33
Contraceptifs oraux	cycles	13	500	6 500,00
Dispositifs intra-utérins,	unité	0,285	1500	427,50
Injectables	dose de 3 mois	4	300	1 200,00
Doses de contraceptifs d'urgence.	dose	13	600	7 800,00
Total				<b>19 260,83</b>

Source : notre propre calcul

Pour la suite de notre analyse, nous allons considérer le coût de la pratique du planning familial à **19 260,83 Ariary**.

### **III.5. Les points saillants des conclusions des principaux travaux de recherche réalisés à travers le monde sur le PF**

L'ensemble des travaux de recherche effectués à travers le monde sur le planning familial, et notamment dans les pays en voie de développement, a conclu à la réalité des avantages générés par la pratique du planning familial. Au niveau des ménages pratiquants, l'avantage principal consiste en la gestion optimale de la stratégie de bien être de la famille. Au niveau de nation, le planning familial donne aux décideurs une meilleure maîtrise du paramètre démographique dans leur stratégie de développement.

<sup>39</sup> David J. Olson, Communication pour le changement de comportement sur le planning familial, PSI 2002 Antananarivo, p. 8-14

### **III.5.1. Les Avantages du planning familial sur le revenu des ménages.**

C'est d'abord pour améliorer la gestion de la famille en vue d'un bien être optimal que le PF fait l'objet d'une vaste campagne de promotion à travers les pays. Et plus spécialement dans les pays en voies de développement d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine, là où une démographie galopante a toujours annihilé quasiment toutes les avancées réalisées à grand fort de milliards d'investissement, dans le domaine économique et social. Au niveau des ménages, comme à celui des nations, le pléthore d'effectif se révèle toujours comme un boulet qui empêche d'avancer.

En Bolivie, l'utilisation de moyens de contraception est associé aux travaux rémunérés en dehors du foyer et un nombre croissant de femme a rejoint la population active entre 1994 et 1997. mais il n'est pas possible de préciser si cette modification d'attitude est due au planning familial ou l'inverse, c'est-à-dire si c'est le travail qui a obligé les femmes boliviennes à pratiquer le planning familial. Néanmoins, les chercheurs<sup>40</sup> qui ont étudié la question concluent volontier que le PF constitue un facteur favorable pour le travail des femmes.

### **III.5.2. Bénéfices en terme de santé**

Les travaux de recherche sur l'origine et l'évolution des programmes de planning familial dans les pays en voie de développement<sup>41</sup> confirment qu'une contraception sûre et efficace permet de réduire la mortalité maternelle en diminuant le nombre de naissances et des grossesses à risques, y comprises les grossesses non désirées. Ces programmes peuvent aussi améliorer la santé et la survie des enfants en améliorant leurs conditions de vie (espacement des naissances à plus de deux ans, naissances touchant des femmes trop jeunes ou trop âgées et naissances au delà du cinquième enfant). La réalité de ces bénéfices en termes de santé est devenue un élément clé dans l'adoption des politiques nationales de population, particulièrement en Afrique

### **III.5.3. Avortement et planning familial**

Une recherche conduite dans de nombreux pays, dont le Bangladesh et l'ex-Union soviétique (des pays en voie de développement), a montré que la disponibilité de services de planning familial de qualité a pour effet de diminuer le recours à l'avortement en réduisant la fréquence des grossesses non désirées. De même, il est admis<sup>43</sup> que des femmes continueront à avorter en cas de grossesse non désirée, que l'avortement soit légal ou non dans leur pays. Etant donné cette réalité, les programmes de planning familial qui fournissent des soins post-avortement (incluant des conseils relatifs à la contraception) sont de plus en plus encouragés comme moyen efficace de réduire les avortements à répétition. Cela signifie aussi qu'il est particulièrement important d'étendre les programmes de planning familial afin de réduire le nombre de grossesses non désirées dans des pays où l'avortement n'est pas légalisé, à cause des risques élevés de mortalité maternelle et autres risques de santé liés aux avortements illicites.

---

<sup>40</sup> B. Barnett et J. Stein, *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning* (Research Triangle Park, NC : Family Health International, 1998) : 83.

<sup>41</sup> Judith R. Seltzer, *Les origines et l'évolution des programmes de planning familial dans les pays en voie de développement*, LexingtonBooks, London 2002, 185 pp.

<sup>43</sup> Catherine Valabrègue, *Contrôle de naissance et planning familial*, table ronde, 1996 Michigan, 232 pages, P36

### III.5.4. Etude sur l'offre de service de planning familial

**Au Kenya**, une étude sur la qualité des prestations de planning familial menée par le chercheur africain KABURU BAUNI <sup>44</sup> a été menée en vue d'une amélioration de service.

L'auteur a comparé la qualité de service de planning familial des deux circonscriptions médicales dépendant des hôpitaux de Chogoria et de Maua (district de Meru, Kenya). L'évaluation qualitative porte sur le personnel, les méthodes appliquées, l'information, le recrutement des clientes, les services offerts, la connaissance des contraceptifs modernes, et leurs canaux d'approvisionnement, le nombre d'enfants désiré, l'utilisation des contraceptifs, la satisfaction du personnel et celle des clientes. Les deux programmes des hôpitaux de Chogoria et de Maua (district de Meru, Kenya) de planning familial sont globalement semblables, mais l'auteur souligne quelques différences importantes. Ce qui distingue Chogoria de Maua, c'est que le personnel s'estime mieux formé, qu'il a effectivement des connaissances plus solides en matière de planning familial et que son enseignement auprès des clientes est plus efficace ; que la décision d'adopter le planning familial est prise par les deux conjoints ensemble ; que si une cliente manque un rendez-vous, on la relance ; que 78 % des clientes utilisent des méthodes modernes de planning familial (contre 33 % à Maua). L'auteur conclut (a) que la satisfaction du personnel et des clientes est un facteur favorable de diffusion des méthodes modernes, (b) que les femmes pratiquent la contraception avec plus d'assurance quand leur mari partage leur décision, et (c) que chercher la cause de toute défection d'une cliente resserre les liens entre les clientes et les agents du programme, et permet de comprendre les motifs d'abandon.

### III.5.5. Etude sur les raisons de l'abandon de la pratique de planning familial

Pourquoi les femmes arrêtent-elles d'utiliser la contraception ? Sur cette question, une étude a été menée au **Botswana**. Cette étude<sup>45</sup> examine les causes de l'abandon des méthodes de régulation de la fécondité au Botswana, en se basant sur les données de l'Enquête démographique et de santé qui y a été menée en 1988. La majorité des femmes qui ont cessé d'utiliser leur méthode de planification familiale ont évoqué deux causes principales : des problèmes de santé et le désir d'avoir d'autres enfants. L'opposition du mari (ou du partenaire) est l'une des autres raisons importantes mentionnées par les femmes. Ensuite l'auteur a identifié des facteurs socio-économiques et culturels qui peuvent pousser les femmes à abandonner la contraception.

## IV. Resultats quantitatifs

Les résultats de notre investigation quantitative se divisent en trois catégories : les bénéfices liés à la pratique du planning familial, les connaissances – attitudes – pratiques du ménage, ainsi que l'environnement socio-économique du ménage. En effet l'objet de l'étude est essentiellement l'évaluation des bénéfices du PF, néanmoins nous avons besoins d'autres informations pouvant avoir également cet effet bénéfique.

L'enquête a concerné 250 individus, classés en deux groupes:

~ Groupe d'intervention : Utilisatrice de PF, 165 ménages

---

<sup>44</sup> Evasius KABURU BAUNI « The quality of care in family planning: A case study of Chogoria, Eastern Kenya », CIRED, 1994

<sup>45</sup> Pierre NGOM, Pourquoi les femmes arrêtent-elles d'utiliser la contraception ? étude de cas au Botswana. 1998

~ Groupe témoin : Non utilisatrice de PF, 85 ménages

Nous présenterons en premier lieu les résultats finaux de l'étude, c'est-à-dire, l'impact socio économique au niveau du bien être du ménage découlant de l'utilisation du PF, puis les résultats par rapport aux connaissances, attitudes, âge, niveau d'instruction.

L'idée est de vérifier pour chaque résultat, s'il y a des différences entre les deux échantillons PF + et PF - ou non, pour les analyser dans la partie discussion.

#### IV.1. Caractéristiques des ménages étudiés

Ici, l'étude s'intéresse aux caractéristiques significatives des ménages enquêtés. Ces caractéristiques ont trait à l'âge des femmes utilisatrices, à la taille de son ménage et à son niveau d'instruction.

Ces paramètres sont disséqués dans les paragraphes suivants.

##### IV.1.1. Age

Il n'y a pas de différence significative du point de vue de l'âge entre les femmes concernées des deux groupes : la moyenne d'âge est similaire, elle se situe à 28 ans.

Tableau 7 : l'âge des enquêtés dans l'échantillon cible.

Groupe	Classe	Ratio
Utilisatrices de PF	Ménage	165
	Moyenne	29,40
	Médiane	30
	Mode	30
	Minimum	16
	Maximum	49
Non utilisatrices de PF	Ménage	85
	Moyenne	27,88
	Médiane	25
	Mode	23
	Minimum	16
	Maximum	49

Source : notre propre calcul

##### IV.1.2. Taille du ménage

Du point de vue de la taille du ménage, il n'y a pas non plus de différence entre les éléments des deux échantillons : la taille moyenne du ménage est de 4 personnes.

**Tableau 8 : La taille des ménages enquêtés**

Groupes	Réponse	Nombre
Utilisatrices de PF	Moyenne	4,79
	Médiane	4
	Mode	4
	Ecart-type	1,96
	Minimum	2
	Maximum	15
Non utilisatrices de PF	Moyenne	4,32
	Médiane	4
	Mode	3
	Ecart-type	1,85
	Minimum	1
	Maximum	10

Source : notre propre calcul

Afin de valider notre hypothèse qu'il n'y a pas de différence entre la taille moyenne de ménage des deux groupes d'analyse, nous allons tester statistiquement ce résultat dans la partie validation statistique de l'étude.

#### IV.1.3. Niveau d'instruction des femmes enquêtées

La moyenne des niveaux d'instruction des femmes enquêtées se situe à celui de la classe de troisième. Cette moyenne est sensiblement la même dans les deux groupes. Le tableau suivant en donne l'éventail.

**Tableau 9 : Le niveau d'instruction des femmes enquêtées**

Groupes	Réponses	Nombre
Utilisatrices de PF	Moyenne	9
	Médiane	9
	Mode	9
	Ecart-type	3,46
	Minimum	0
	Maximum	16
	Réponse	165
	Pas de réponse	0
Non utilisatrices de PF	Moyenne	8
	Médiane	7
	Mode	9
	Ecart-type	3,28
	Minimum	0
	Maximum	15
	Réponse	85
	Pas de réponse	0

Source : notre propre calcul

Afin de valider notre hypothèse que la moyenne sur le niveau d'instruction de ménage est similaire pour les deux groupes d'analyse, nous allons tester statistiquement ce résultat dans la partie validation statistique de l'étude .

## IV.2. Connaissance en matière de PF

### IV.2.1. Avoir entendu parler du PF,

Sur la totalité des personnes enquêtées, 241 soit 96,40% affirment avoir déjà entendu parler du PF. Dans le groupe d'intervention, elles affirment toutes avoir déjà entendu parler du PF. Par contre dans le groupe témoin, 10,59% affirment n'avoir pas encore entendu parler de PF.

Le tableau ci-après récapitule la connaissance générale de la population d'étude en matière de PF.

Tableau 10 : Connaissance sommaire en PF.

Groupe	Nombre	%	Nombre	%
	Avoir entendu parler		N'ayant pas entendu parler	
Intervention	165	100%	0	0%
Témoin	76	89,41%	9	11,84%
Total	241	94,71%	9	11,84%

### IV.2.2. Avoir entendu parler de PF, réponse multiple

Pour l'ensemble de l'échantillon, les questions posées ont été des questions à réponses multiples auxquelles chaque femme a pu donner autant de réponses qu'elle voulait. Ainsi les résultats peuvent être présentés sous deux formes : Par rapport au nombre de femmes enquêtées pour chaque mode de Planning Familial et par rapport au nombre de réponses.

Considérant la totalité de l'échantillon, près de 70% des ménages définissent le PF comme étant un moyen d'espacer la naissance, près de 60% également l'assimilent à un moyen de se sécuriser contre les grossesses non désirées. 30% le considèrent en plus comme un moyen de sécurité contre les maladies sexuellement transmissibles. Elles font surtout allusion à l'utilisation du préservatif.

Les tableaux ci-après résument la définition de PF par les ménages.

**Tableau 11 : Connaissance approfondie du PF groupes confondus.**

Définitions du PF	Nombre	%
Espacement des naissances	174	69,60%
Sécurité contre la grossesse non désirée	148	59,20%
Sécurité contre les maladies sexuellement transmissibles	77	30,80%
Médicament <sup>46</sup> contre les maladies sexuellement transmissibles	25	10,00%
Moyen permettant de diminuer les dépenses ménagères	37	14,80%

Source : notre propre calcul

**Tableau 12: Connaissance approfondie du PF groupes dissociés.**

Groupes	Définitions du PF	Nombre	%
Intervention	Espacement de naissance	118	71,52%
	Sécurité contre la grossesse non désirée	109	66,06%
	Sécurité contre les maladies sexuellement transmissibles	47	28,48%
	Médicament contre les maladies sexuellement transmissibles.	19	11,52%
	Diminuer les dépenses ménagères	28	16,97%
	Procéder à faire pour ne plus avoir des enfants		194,55%
Témoin	Espacement de naissance	56	33,94%
	Sécurité contre la grossesse non désirée	39	23,64%
	Sécurité contre les maladies sexuellement transmissibles	30	18,18%
	Médicament contre les maladies sexuellement transmissibles	6	3,64%
	Diminuer les dépenses ménagères	9	5,45%

Source : notre propre calcul

### IV.2.3. Connaissance des modes de planning familial

Toutes les méthodes de contraception connues, soit 15 variantes traditionnelles et modernes, sont appliquées dans la commune urbaine de Toamasina. Nous donnons ci-après une définition succincte de chacune de ces méthodes.

- La ligature des trompes est une intervention chirurgicale qui consiste à oblitérer les trompes de Fallope (trompes utérines), visant à rendre la femme stérile.
- La vasectomie est une méthode de stérilisation masculine, c'est une opération mineure qui consiste à sectionner et à bloquer les canaux déférents qui transportent les spermatozoïde.

<sup>46</sup> SIC : les 10% de réponses comptabilisées dans le tableau ci-dessus, le mot médicament est impropre, mais la méconnaissance du PF par la personne répondante le justifie, en fait l'usage de préservatif leur est connu de longue date mais appliqué à la protection contre les MST. D'où le lapsus appliqué ici au PF.

- Pilplan est une pilule contraceptive oestro-progestative normodosée et monophasique, efficace à 99% pour la prévention des grossesses, quand il est pris quotidiennement.
- Le stérilet est un petit objet de forme variable (souvent en forme de T), en plastique recouvert de cuivre pour plus d'efficacité, qui est introduit dans la lumière de l'utérus, et empêche l'implantation de l'œuf dans la muqueuse utérine par son action inflammatoire permanente.
- Contraception est une contraceptive injectable sur une dose de 3 mois.
- Norplan est un implant contraceptif de longue durée, elle se présente sous la forme d'un petit bâtonnet de la taille d'une allumette et qui doit être placé sous la peau sur la face intérieure du bras. Cet implant délivre dans la circulation une hormone progestative l'etonogestrel qui va assurer la contraception en bloquant les ovulations et en rendant la glaire cervicale hostile à la pénétration de spermatozoïdes.
- Retrait : méthode consiste à retirer le pénis hors du vagin avant l'éjaculation. ceci nécessite toutefois une maîtrise importante du partenaire et l'on comprend alors les échecs fréquents de cette méthode chez les couples peu entraînés.
- Condom ou capote anglaise est un étui mince et souple, imperméable au sang ainsi qu'aux sécrétions vaginales et péniennes, c'est un moyen de bloquer la pénétration des spermatozoïdes.
- Condom féminin: C'est comme une poche en nylon évasée vers l'extérieur que la femme introduit dans le vagin avant chaque rapport
- Spermicide : Ce sont des produits introduits dans le vagin avant le rapport sexuel destinés à tuer sur place les spermatozoïdes dès qu'ils pénétreront dans le vagin. Il n'ont malheureusement pas une efficacité à 100% car quelques spermatozoïdes particulièrement résistants peuvent ne pas être détruits
- Diaphragme est une calotte en plastique ou caoutchouc montée sur une armature annulaire rigide que l'on introduit au fond du vagin juste au devant du col de manière à faire barrière au sperme lors de l'éjaculation, les spermatozoïdes ne peuvent pas ainsi gagner le col et ascensionner dans les voies génitales féminines.
- Pilule du lendemain est une méthode contraceptive qui permet d'éviter une grossesse non désirée après un rapport sexuel non ou mal protégé, c'est-à-dire en l'absence d'une contraception ou en cas d'échec de la méthode utilisée. Elle agit en s'opposant à l'implantation dans la muqueuse utérine d'un œuf récemment fécondé mais ne peut en aucun cas annuler une grossesse déjà déclarée.
- Mama ou Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée, est une méthode contraceptive fondée sur la période d'infertilité qui survient naturellement pendant le post-partum, lorsque la femme est aménorrhéique et qu'elle allaite complètement son enfant.
  - Calendrier est une méthode de contraception dite "naturelle". Elle repose sur l'abstention de rapports sexuels durant certains jours du cycle, identifiés comme fertiles.
- Temperature est une méthode naturelle de contraception, elle repose sur l'observation d'une augmentation de la température corporelle de base, sous l'effet de la progestérone produite par l'ovaire en deuxième partie de cycle
- Glaise est une méthode naturelle de contraception, elle est basée sur l'auto-observation de la glaire cervicale recueillie à la vulve. En période ovulatoire, la glaire est abondante, glissante, et étirable, semblable à du blanc d'œuf cru.

La connaissance de l'utilisation des méthodes de PF est différente suivant le groupe considéré.

**Tableau 13: Connaissance des types de kits PF.**

Type de PF	Niveau de connaissance					
	Intervention		Témoïn		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Ligature	83	50,30%	65	76%	148	59,20%
Vasectomie	101	61,21%	70	82%	171	68,40%
Pilplan	4	2,42%	10	12%	14	5,60%
Sterilet	44	26,67%	37	44%	81	32,40%
Confiance	2	1,21%	10	12%	12	4,80%
Norplan	26	15,76%	28	33%	54	21,60%
Retrait	54	32,73%	36	42%	90	36,00%
Condom	14	8,48%	18	21%	32	12,80%
Condom féminin	73	44,24%	50	59%	123	49,20%
Spermicide ou diaphragme	90	54,55%	62	73%	152	60,80%
Mama	22	13,33%	20	24%	42	16,80%
Calendrier	25	15,15%	20	24%	45	18,00%
Pilule de lendemain	102	61,82%	67	79%	169	67,60%
Température ou glaire cervicale	128	77,58%	75	88%	203	81,20%

Source : notre propre calcul

### IV.3. Attitudes en matière de PF

A Madagascar, même dans des zones où les services sont facilement accessibles et peu coûteux, comme dans la capitale, la prévalence contraceptive reste faible. La principale cause en est la mauvaise perception de la contraception à laquelle on attribue toute sorte d'effets secondaires contrariaants, tels que celui de rendre stérile, ou celui de rendre obèse, et encore de donner le cancer. Ce sont autant d'obstacles à l'augmentation de la prévalence.

#### IV.3.1. Information du partenaire

L'attitude du partenaire, qu'il soit un conjoint régulier ou un simple concubin, influe beaucoup sur la pratique ou non du PF.

La question posée ici a été : « Est-ce que votre partenaire sait que vous pratiquez le PF? ». Dans les réponses, 87% des femmes pratiquant le PF ont affirmé que leur partenaire sait qu'elles le pratiquent, 8% que leur partenaire ne le sait pas, 7 mères de famille n'ont pas donné de réponse.

S'il est au courant, consent-il? La principale raison pour laquelle les 14 femmes n'ont pas dévoilé leur pratique du PF à leur partenaire est que celui-ci y est opposé.

**Tableau 14: Partenaires avisés de la pratique du PF.**

Groupe	Réponse	Nombre	%
Utilisatrices de PF	Oui	144	87,27
	Non	14	8,48
	Pas de réponse	7	4,24
	Total réponse	165	100

Source : notre propre calcul

#### IV.3.2. Consentement des partenaires

Le rapprochement des tableaux 26 et 27 ci-dessous permet de constater qu'il y a des femmes qui pratiquent le PF sans que leur partenaire soit mis dans le secret. Ces risques peuvent aller jusqu'à la rupture du couple (scénario extrême), ou s'exprimer par une pression d'arrêt de pratique au moins. En revanche, le consentement du partenaire est de mise dans la plupart des cas de pratique du PF : 127 femmes (76,97%) pratiquent avec le consentement de leur partenaire. Néanmoins, 24 femmes ont pu continuer de pratiquer contre le consentement de leur partenaire (tableau 27)

**Tableau 15: Le consentement des partenaires à la pratique du PF.**

Groupe	Réponse	Nombre	%
Utilisatrices de PF	Oui	127	76,97
	Non	24	14,55
	Pas de réponse	14	8,48
	Total réponse	165	100,00

Source : notre propre calcul

#### IV.3.3. Appui du partenaire

Les 127 femmes ayant déclaré que leur partenaire est consentant, ont également déclaré qu'il les appuie dans la pratique du PF. Les divers modes d'appuis consentis sont énumérés dans le tableau ci-après. 39,37% appuient financièrement, 11,81% accompagnent au centre, 17,32% participent sous forme de rappels, 12,60 sous forme d'encouragement et 16,54% sous forme de discussion. 23% par contre n'ont pas donnée de réponse.

**Tableau 16: La contribution des partenaires à la pratique du PF.**

Groupes	Réponses	Nombre	%
Utilisatrices de PF	Financière	50	39,37
	Accompagnement au centre	15	11,81
	Rappels	22	17,32
	Encouragement	16	12,60
	Discussions	21	16,54
	Autres formes d'aide	3	2,36
	Pas de réponse	38	23
	Total réponse	165	77

Source : notre propre calcul

#### IV.3.4. Financement de la pratique du PF

Le financement de la pratique du PF ne pose pas de problème particulier pour les femmes dont le partenaire consent (61%). Par contre, les femmes dont le partenaire s'y oppose rencontrent des difficultés si elles n'ont pas des ressources propres indépendantes. Certaines bénéficient de subvention associative (21%), et le reste (18%) par d'autres moyens (emprunt, appui familial).

**Tableau 17: Imputation des charges du PF.**

Groupes	Réponses	Nombre	%
Utilisatrices de PF	Ressource propre de la femme	23	60,53
	Association des femmes	8	21,05
	Autre ressource	7	18,42
	Pas de réponse	127	77
	Total réponse	165	100
Non utilisatrices de PF	Pas de réponse	85	100

Source : notre propre calcul

#### IV.3.5. Attitude des autres personnes ressources

A la question : « y-a-t-il d'autres personnes susceptibles de s'opposer à la pratique du PF par la personne répondante », certaines femmes ont déclaré qu'il en existe. A part le partenaire direct, tels que la belle famille, les dirigeants religieux, les amies ... peuvent influencer sur la décision du ménage par rapport à la pratique du PF.

**Tableau 18: Les attitudes des autres personnes ressources.**

Groupes	Réponses	Nombre	%
Utilisatrices de PF	Oui	40	24,24
	Non	77	46,67
	Pas de réponse	48	29,09
	Total	165	100
Non utilisatrices de PF	Pas de réponse	85	100

Source : notre propre calcul

24,24% des femmes pratiquantes déclarent que d'autres personnes peuvent également ne pas accepter leur pratique à part leur partenaire. Certaines de ces personnes peuvent avoir des moyens de pression pour contrecarrer le désir de la femme ou du couple acculé à faire allégeance.

#### IV.3.6. Problème pose par d'autres personnes ressources sur leur pratique

Sur les 40 femmes ayant confirmé l'existence de tierces personnes ayant des moyens de pression pour s'opposer à leur pratique de PF, 27, soit 68%, ont déclaré que ces personnes ont effectivement usé de ces moyens.

**Tableau 19: Les problèmes posés par d'autres personnes ressources sur la pratique du PF.**

Groupes	Réponses	Nombre	%
Utilisatrices de PF	Oui	27	67,5
	Non	13	32,5
	Total réponse	40	24
	Pas de réponse	125	76
	Total	165	100

Source : notre propre calcul

#### IV.3.7. Evolution d'attitude des non pratiquants

Les femmes non utilisatrice de PF ont été interrogées sur la possible évolution de leur attitude vers la pratique du PF. Les réponses obtenues sont présentées dans le tableau ci-après. 34 femmes, soit 40%, des non utilisatrices souhaitent pratiquer dans le futur contre 51, soit 60% ne voulant toujours pas pratiquer dans l'avenir.

**Tableau 20: Evolution des attitudes des non pratiquantes**

Groupes	Réponses	Nombre	%
Non utilisatrices de PF	Veux utiliser	34	40
	Ne veux pas utiliser	51	60
	Total	85	100

Source : notre propre calcul

#### IV.3.8. Evolution d'attitude future des utilisatrices

L'évolution de l'utilisation de PF dépend des facteurs divers. La volonté de l'utilisateur, homme ou femme est le facteur principal. Mais il y aussi des facteurs exogène, soit pour encourager la poursuite de l'usage, soit pour le suspendre momentanément soit encore pour l'arrêter définitivement.

La question posée aux utilisatrices ici a été formulée comme suit : « comptez-vous poursuivre ou arrêter l'utilisation du PF ? »

Sur les 165 femmes qui ont déjà pratiqué le PF, 104 affirment vouloir continuer à utiliser tandis que 61 vont s'arrêter temporairement ou définitivement. Sur les 61 personnes qui ont arrêté d'utiliser, 26% ont déclaré vouloir reprendre ultérieurement et 74% s'arrêter définitivement. En tout il y aura 120 femmes utilisatrices potentielles de PF dont 104 en cours d'utilisation et 16 nouvelles utilisatrices. Le tableau suivant classifie et quantifie les réponses.

**Tableau 21: Evolution d'attitude des utilisatrices**

Groupes	Réponses	Nombre	%
Utilisatrices de PF	Continuer à Utiliser	104	63
	S'arrêter temporairement	16	26,23
	S'arrêter définitivement	45	73,77
	Total d'arrêt d'utilisation	61	37

Source : notre propre calcul

### IV.3.9. Echéances déclarées de réutilisation

La question posée ici a été la suivante : « Quand allez-vous reprendre l'utilisation du PF ? »,

Seulement 16 femmes du groupe d'intervention et 34 du groupe témoin, soit 50 en tout, ont donné une réponse. La grande majorité, soit 200 enquêtées, n'ont pas répondu.

Le tableau ci-après donne une classification en 5 variante des réponses ainsi que leur répartition numérique.

**Tableau 22: Echéances prévues de réutilisation**

Groupe	Réponse	Nombre	%
Utilisatrices de PF	Dans le mois à venir	1	6,25
	Dans le 1 à 6 mois à venir	1	6,25
	Dans plus d'un an	6	37,5
	Aucune Idée	2	12,5
	Pas de période précis	6	37,5
	Total des réponses	16	10
	Pas de réponses	149	90
	Total	165	100
Non utilisatrices de PF	Dans le mois à venir	4	11,76
	Dans le 1 à 6 mois à venir	1	2,94
	Dans le 6 à 12 mois à venir	2	5,88
	Dans plus d'un an	10	29,41
	Aucune Idée	7	20,59
	Pas de période précis	10	29,41
	Total réponse	34	40
	Pas de réponse	51	60
Total	85	100	

Source : notre propre calcul

## IV.4. Les bénéfices liés à la pratique du PF

L'impact du planning familial sur le bien être du ménage peut être détaillé en trois catégories : les effets sur l'allocation du revenu du ménage, les effets sur sa santé et les effets sur le capital humain. Autrement dit, le bénéfice peut être perçu sur l'économie du ménage, sur son organisation, et sur la santé de la mère, et de sa famille, sur l'éducation de ses enfants

### IV.4.1. Perception des bénéfices liés à la pratique par le ménage.

La question « Pensez-vous avoir eu des bénéfices liés à la pratique de PF » posée aux échantillons selon leur perception des bénéfices liés à la pratique de PF a donné le résultat enregistré dans le tableau ci-après :

**Tableau 23 : Perception des bénéfices liés à la pratique de PF par les ménages :**

Groupe	Réponse	Nombre	%
Utilisatrices de PF	Oui	137	83,03
	non	21	12,73
	pas de réponse	7	4,24
	Total	165	100
Non utilisatrices de PF	pas de réponse	85	100

Source : notre propre calcul

Sur les 165 femmes du groupe d'intervention, 83% affirment avoir eu des bénéfices liés à sa pratique du PF. Près de 13% affirment n'avoir perçu aucun bénéfice lié à la pratique, et 4% n'ont pas donné de réponse.

#### IV.4.2. Niveau d'appréciation de ce bénéfice

Si la majorité des femmes du groupe d'intervention affirme avoir joui de bénéfices liés à leur pratique, le tableau ci-après indique le détail de ces bénéfices:

**Tableau 24 : Perception des bénéfices au niveau des différents domaines de la vie du ménage**

Groupe	Réponses	Nombre	%
Utilisatrices de PF	sur le plan économique	54	39,42
	sur le plan organisationnel	18	13,14
	sur le plan social	4	2,92
	sur la santé	21	15,33
	sur l'éducation	36	26,28
	sur d'autres aspects	4	2,92
	Total	137	63%
	Pas de réponse	28	17%
	Total	165	100%

Source : notre propre calcul

Les femmes pratiquant le PF perçoivent un bénéfice lié à leur pratique sur plusieurs plans : économique, organisationnel, social, la santé et l'éducation. Près de 40% des femmes affirment avoir perçu des bénéfices liés à la pratique du PF, sur le plan économique, 27% affirment l'avoir perçu sur le plan de l'éducation de leurs enfants, 15% sur le plan sanitaire, 13% sur le plan organisationnel, 3% sur le plan social et 3% dans d'autres domaines (intimité du couple).

#### IV.4.3. Revenu des ménages

Le tableau ci-dessous présente la réponse de l'échantillon concernant leur niveau de revenu.

**Tableau 25 : Les niveaux de revenu des ménages :**

Groupe	Réponses	Revenu minimum (Ar)	Revenu maximum (Ar)	Revenu moyen (Ar)
Utilisatrices de PF	Réponse	157	157	157
	Pas de réponse	8	8	8
	Moyenne <sup>47</sup>	157 643	220 223	<b>189 761</b>
	Médiane <sup>48</sup>	125 000	225 000	175 000
	Mode <sup>49</sup>	50 000	225 000	175 000
	Ecart-type <sup>50</sup>	103 259	100 005	100 449
	Minimum	50 000	50 000	50 000
	Maximum	350 000	350 000	350 000
Non utilisatrices de PF	Réponse	85	85	85
	Pas de réponse	0	0	0
	Moyenne	107 059	165 882	<b>136 882</b>
	Médiane	50 000	125 000	87 500
	Mode	50 000	125 000	87 500
	Ecart-type	88 524	94 084	89 766
	Minimum	50 000	50 000	50 000
	Maximum	350 000	350 000	350 000

Source : notre propre calcul

Le revenu des ménages varie de 150 000 à 350 000 Ar. La moyenne de revenu est de 189 761 Ar pour le groupe d'intervention contre 136 882 Ar pour le groupe témoin.

#### IV.4.4. Allocation du revenu des ménages

Considérant que les revenus des ménages sont alloués à différentes rubriques de dépenses fixes ( loyer, eau – électricité, santé, éducation, nourriture et épargne) ; le tableau suivant met en évidence cette répartition.

<sup>47</sup> La moyenne est le quotient de la somme de toutes les valeurs de cette série par l'effectif total.

<sup>48</sup> La médiane est un nombre qui divise en deux parties l'échantillon, Chaque partie contient le même nombre de valeurs.

<sup>49</sup> Le mode ou valeur dominante désigne la valeur la plus représentée de la variable

<sup>50</sup> L'écart-type est la mesure de dispersion des effectifs de la variable

**Tableau 26 : Allocations du revenu des ménages:**

<b>Groupe</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Dépense allouée à la santé (Ar)</b>	<b>Dépense allouée à l'éducation (Ar)</b>	<b>Dépense allouée à la nourriture (Ar)</b>
Utilisatrices de PF	Réponse	131	122	151
	Pas de réponse	34	43	14
	Moyenne	20 742,37	33 093,44	<b>55 808,44</b>
	Médiane	17 500,00	26 250,00	52 500,00
	Mode	17 500,00	17 500,00	43 750,00
	Ecart-type	14 286,89	27 631,38	34 175,44
	Minimum	1 750,00	4 375,00	5 000,00
	Maximum	66 875,00	140 000,00	182 000,00
<b>Groupe</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Dépense allouée à la santé (Ar)</b>	<b>Dépense allouée à l'éducation (Ar)</b>	<b>Dépense allouée à la nourriture (Ar)</b>
Non utilisatrices de PF	Réponse	61,00	56,00	83,00
	Pas de réponse	24	29	2
	Moyenne	16 957,38	20 925,45	<b>40 233,73</b>
	Médiane	8 750,00	16 625,00	35 000,00
	Mode	8 750,00	17 500,00	43 750,00
	Ecart-type	15 394,44	22 427,12	29 443,19
	Minimum	2 500,00	2 500,00	5 000,00
	Maximum	65 000,00	130 000,00	107 000,00
<b>Groupe</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Dépense allouée à l'accessoire (Ar)</b>	<b>Charge fixe (Ar)</b>	<b>Epargne (Ar)</b>
Utilisatrices de PF	Réponse	149	89	126
	Pas de réponse	16	76	39
	Moyenne	40 234,23	25 882,02	<b>42 876,98</b>
	Médiane	35 000,00	17 500,00	35 000,00
	Mode	17 500,00	17 500,00	17 500,00
	Ecart-type	27 564,34	19 329,92	37 018,13
	Minimum	1 750,00	5 000,00	2 500,00
	Maximum	130 000,00	105 000,00	196 000,00
Non utilisatrices de PF	Réponse	81,00	58,00	52,00
	Pas de réponse	4,00	27,00	33,00
	Moyenne	30 195,37	21 232,76	<b>27 255,77</b>
	Médiane	26 250,00	17 500,00	17 500,00
	Mode	52 500,00	8 750,00	17 500,00
	Ecart-type	24 027,05	16 025,57	22 751,21
	Minimum	1 750,00	2 500,00	2 500,00
	Maximum	87 500,00	70 000,00	101 650,00

Source : notre propre calcul

#### IV.4.5. Efficacité liée à la gestion intergénérisique

La plupart<sup>51</sup> des médecins considèrent que les grossesses rapprochées source de risque pour la maman comme pour le bébé. Plusieurs études effectuées par les Organismes rattachées à l'ONU (UNICEF, FNUAP) semblent également confirmer que les grossesses à intervalles trop proches peuvent être dangereuses pour la santé. Les réponses obtenues lors de l'enquête des échantillons semblent attester que les ménages tamataviens sont informés de ces risques et dangers.

##### IV.4.5.1. Souhait d'intervalle intergénérisique

A la question « Quel intervalle souhaitez-vous pour vous entre deux naissances ? », la totalité des échantillons a accepté de répondre comme suit :

**Tableau 27 : L'intervalle intergénérisique souhaité les deux groupes confondus**

Réponses	Nombre	%
Plus d'enfant	1	0,4
Plus de 2 ans	199	79,6
Moins de 2 ans	24	9,6
Pas de période	26	10,4
Total	250	100

Source : notre propre calcul

En somme plus de 79,6% des femmes enquêtées veulent avoir un espacement de 2 années et plus pour leurs enfants. 9,6 veulent un espacement de 2 années et moins. 10,4 n'ont pas de préférence sur l'espacement de leur enfant tandis que 0,4% ne veulent pas avoir d'enfant.

**Tableau 28 : L'intervalle intergénérisique souhaité par les deux groupes de comparaisons dissociés.**

Groupes	Réponses	Nombre	%
Utilisatrices de PF	Plus d'enfant	0	0
	Plus de 2 ans	136	82,42
	Moins de 2 ans	13	7,88
	Pas de période	16	9,7
	Total	165	100
Non utilisatrices de PF	Plus d'enfant	1	1,18
	Plus de 2 ans	63	74,12
	Moins de 2 ans	11	12,94
	Pas de période	10	11,76
	Total	85	100

Source : notre propre calcul

Etudié en dissociation, chacun des deux groupes exprime des souhaits d'intervalle intergénérisique se rapprochant des résultats obtenus quand ils sont étudiés en association. Ainsi, 82% des ménages du groupe témoin souhaite un intervalle de plus de 2 ans (80% en association), 8% de moins de 2 ans (10% en association) et 10% sans préférence (10% en association). Dans le groupe témoin, ce proportion sont de 74% plus de 2 ans, 13% moins de 2 ans, et 12% sans préférence.

<sup>51</sup> Conclusion de l'étude menée par un groupe d'auteurs américains, Sumner J. Yaffe, Jacob V. Aranda sur la santé de la mère et de l'enfant à travers le monde et rapportée dans l'ouvrage *Matern Child Health J*, septembre 200 ; vol. 7 : p. 169-178.

On peut donc conclure que le problème des intervalles intergénéraliques n'est pas directement lié à l'usage ou non du PF. Même les non pratiquants ont leur préférence dans ce domaine.

#### IV.4.5.2. Intervalle intergénéralique réel

Les intervalles indiqués dans le paragraphe ci-dessus ne sont que des souhaits dans l'idéal des ménages enquêtés. Dans la réalité, les intervalles intergénéraliques observés ne sont pas conformes à ces souhaits. D'autre part, l'intervalle de naissance ne peut être vérifié que chez les échantillons qui ont déjà eu des enfants.

204 ménages soit 82% de l'échantillon ont déjà eu un enfant contre 46 soit 18,4%.

Près de 6,86% de ces personnes ne veulent plus avoir d'enfant, 49,51% ont des enfants d'intervalle de plus de 2 ans, alors que 38,73 ont des enfants d'intervalle de moins de 2 ans. 4,90% ne se rappellent pas l'intervalle de naissance de leur enfant.

L'intervalle intergénéralique réel des échantillons est représenté dans le Tableau suivant :

**Tableau 29: L'Intervalle intergénéralique réel tous groupes confondus.**

Réponses	Nombre	%
Plus d'enfant	14	6,86
Plus de 2 ans	101	49,51
Moins de 2 ans	79	38,73
Inconnue	10	4,90
Total réponse	204	77
Pas de réponse	46	23
Total	250	100

Source : notre propre calcul

Comparé par groupe d'analyse, on observe que les intervalles intergénéraliques réels ne coïncident pas avec les intervalles intergénéraliques souhaités. Mais les ménages du groupe d'intervention se rapprochent plus de leur souhait.

**Tableau 30 : Intervalles intergénéraliques réels par groupe d'analyse.**

Groupes	Réponses	Nombre	%
Utilisatrices de PF	Plus d'enfant	2	1,52
	Plus de 2 ans	60	45,45
	Moins de 2 ans	61	46,21
	Pas de période	9	6,82
	Total réponse	132	80
	Pas de réponse	33	20
	Total	165	100
Non utilisatrices de PF	Plus d'enfant	12	16,67
	Plus de 2 ans	18	25,00
	Moins de 2 ans	41	56,94
	Pas de période	1	1,39
	Total réponse	72	85
	Pas de réponse	13	15
	Total	85	100

Source : notre propre calcul

#### IV.4.6. Affectation de revenu à la santé

Dans l'optique de l'utilisation ou non de planning familial, l'aspect sanitaire prend une importance prépondérante. Dans les budgets ménagers, la part de budget allouée à cette rubrique de dépense fixe est par conséquent intéressante à connaître en sachant qu'elle concerne spécialement la santé de la mère et l'enfant.

##### IV.4.6.1. Grossesse non désirée

A la question : « Avez-vous déjà eu une grossesse non désirée au cours de ces 5 dernières années ? », la totalité des personnes enquêtées a répondu comme suit : 28 individus, soit 16,97% des femmes du groupe d'intervention, affirment avoir déjà eu une grossesse non désirée contre 25, soit 29,41%, dans le groupe témoin.

Tableau 31 : Prévalence des grossesses non désirées.

Groupe	Réponse	Nombre	%
Utilisatrices de PF	Oui	28	16,97
	Non	137	83,03
	Total	165	100
Non utilisatrices de PF	Oui	25	29,41
	Non	60	70,59
	Total	85	100

Source : notre propre calcul

##### IV.4.6.2. Les raisons de grossesse non désirée

Les femmes qui pratiquent le PF affirment que la principale raison de leur grossesse non désirée est l'oubli, tel que l'omission de prendre la pilule, de mettre des préservatifs en période d'ovulation ... l'indisponibilité des kits PF à 3,57%, le manque de connaissance à 3,57%, et le refus du couple à 3,57% ainsi que d'autres raisons telle que le manque de maîtrise de soi à 21,43%.

Pour les femmes non pratiquantes de PF, la raison n'est pas vraiment précisée. Près de 64% de ces femmes ont affirmé que la raison de leur grossesse non désirée n'est ni l'oubli, ni l'indisponibilité du kit PF, ni le manque de connaissance, ni un quelconque problème financier ni le refus du couple. En fait, elles ne savent tout simplement pas. Seules 20% ont affirmé que leur grossesse non désirée est due à l'oubli de la période d'ovulation.

**Tableau 32 : Panorama des raisons de grossesse non désirée.**

Groupes	Réponses	Nombre	%
utilisatrices de PF	Oubli	19	67,86
	Pas de kit PF	1	3,57
	Manque de connaissance	1	3,57
	Refus du couple	1	3,57
	Autres	6	21,43
	Total réponse	28	17
	Pas de réponse	137	83
	Total	165	100
non utilisatrices de PF	Oubli	5	20
	Pas de kit PF	néant	néant
	Manque de connaissance	1	4
	Probl financier	1	4
	Refus du couple	2	8
	Autres	16	64
	Total réponse	25	30
	Pas de réponse	60	70
Total	85	100	

Source : notre propre calcul

#### IV.4.6.3. Réaction devant la grossesse non désirée

53 femmes, dont 28 dans le groupe d'intervention et 25 dans le groupe témoin, ont répondu avoir déjà eu une grossesse non désirée ces dernières années. Le tableau ci après résume leur réaction par rapport à cette grossesse non désirée au cours de ces 5 dernières années.

Près de 61% des femmes du groupe d'intervention ont opte pour l'avortement provoqué contre 32% qui gardent l'enfant en cas de grossesse non désirée.

Dans le groupe témoin, près de 52% ont opté pour l'avortement provoqué contre 48% ayant préféré mener leur grossesse à terme.

**Tableau 33 : Types des réactions en cas de grossesse non désirée.**

Groupe	Réponse	Nombre	%
Utilisatrices de PF	Garder l'enfant	9	32,14
	Avortement provoqué	17	60,71
	Avortement spontané	2	7,14
	Total réponse	28	17
	Total pas de réponse	137	83
	Total	165	100
Non utilisatrices de PF	Garder l'enfant	12	48
	Avortement provoqué	13	52
	Total réponse	25	30
	Total pas de réponse	60	70
	Total	85	100

Source : notre propre calcul

#### IV.4.6.4. Les raisons de l'avortement

L'avortement est interdit par la loi malgache, elle s'avère néanmoins être le premier recours des femmes en cas de grossesse non désirée. Le tableau suivant donne un aperçu des raisons d'avortement.

Seuls 30 individus ont répondu à la question dont 17 dans le groupe d'intervention et 13 dans le groupe témoin. La principale raison de se faire avorter est le choix de ne pas tomber enceinte (76% des réponses du groupe d'intervention et 62% du groupe témoin). Le problème financier (incapacité à supporter la charge financière entraînée par l'existence d'un enfant) constitue la deuxième raison de se faire avorter du groupe d'intervention (17,65% des réponses) et en troisième raison vient l'accord du partenaire.

Pour le groupe témoin, l'accord du partenaire occupe la deuxième raison de se faire avorter avec une proportion de 23% contre 15% en raison d'un problème financier.

**Tableau 34 : Panorama des raisons d'avortement.**

Groupes	Réponses	Nombre	%
Utilisatrices de PF	Ne veut pas tomber enceinte	13	76,47
	Problème financier	3	17,65
	A cause du partenaire	1	5,88
	Total réponse	17	10
	Total pas de réponse	148	90
	Total	165	100
Non utilisatrices de PF	Ne veut pas tomber enceinte	8	61,54
	Problème financier	2	15,38
	A cause du partenaire	3	23,08
	Total réponse	13	15
	Total pas de réponse	72	85
	Total	85	100

Source : notre propre calcul

#### IV.4.6.5. Coût d'une intervention médicale d'avortement provoqué

L'avortement provoqué est un acte médical illégal, le tableau ci-après résume son coût payé par les 30 femmes déclarant avoir déjà pratiqué et qui ont répondu à cette question :

**Tableau 35 : Coûts d'un avortement provoqué.**

Réponse	Coût minimum	Coût maximum	Coût moyen
Moyenne	35 333,33	44 333,33	<b>39 833,33</b>
Médiane	30 000,00	40 000,00	35 000,00
Mode	30 000,00	40 000,00	35 000,00
Ecart-type	16 344,00	16 333,45	16 267,34
Minimum	20 000,00	20 000,00	<b>20 000,00</b>
Maximum	80 000,00	80 000,00	<b>80 000,00</b>

Source : notre propre calcul

Le coût d'un avortement provoqué varie entre 20 000 et 80 000 Ar. La moyenne se situe aux environs de 40 000 Ar. En fait, le coût varie en fonction des prix pratiqués par les praticiens, mais aussi par rapport à la difficulté de l'opération et à l'âge du fœtus (20 000 à 30 000 Ar en premier mois, 30 000 à 60 000 de 1 à 2 mois, plus de 60 000 Ar au delà de 2 mois) ou au nombre d'avortements précédents.

#### IV.4.6.6. Complication à la naissance

La question posée ici a été la suivante : « Avez-vous déjà subi des complications pour l'accouchement de votre dernier enfant ? ». Les réponses ont été les suivantes :

21,21% des femmes du groupe d'intervention affirment avoir eu des complications à la naissance de leur dernier enfant, contre 29,17% dans le groupe témoin. Toutefois, ces réponses n'intègrent ni la nature ni la gravité de ces complications.

Le tableau ci-dessous résume la répartition des réponses.

**Tableau 36 : Les complication à la naissance.**

Groupes	Réponses	Nombre	%
Utilisatrices de PF	Oui	28	21,21
	Non	100	75,76
	Pas de réponse	4	3,03
	Total réponse	132	80
	Total pas de réponse	33	20
	Total	165	
Non utilisatrices de PF	Oui	21	29,17
	Non	51	70,83
	Total réponse	72	85
	Total pas de réponse	13	15
	Total	85	100

Source : notre propre calcul

#### IV.4.6.7. Fréquence de fréquentation d'un centre de soins

A la question « Combien de fois votre famille a-t-elle recouru au service d'un centre de soins au cours de ces 2 derniers mois ? », la totalité des échantillons a également répondu comme résumé dans le tableau ci-dessous.

On observe d'après ce tableau que les ménages pratiquants recourent moins aux soins des centres de santé: 4 fois au maximum dans un bimestre contre 8 fois au non pratiquant, ce qui indique un meilleur état de santé.

**Tableau 37 : Les fréquentations des centres de soins.**

Groupe	Fréquence	Nombre	%
Utilisatrices de PF	0	79	47,88
	1	69	41,82
	2	10	6,06
	3	5	3,03
	4	2	1,21
	Total	165	100
Non utilisatrices de PF	0	37	43,53
	1	29	34,12
	2	11	12,94
	3	3	3,53
	4	2	2,35
	5	1	1,18
	6	1	1,18
	8	1	1,18
	Total	85	100

Source : notre propre calcul

#### IV.4.6.8. Les maladies contractées par les enfants au cours des 2 dernières semaines

La question posée ici a été la suivante : « Quelle(s) maladie(s) ont été contracté par vos enfants au cours des 2 dernières semaines ? ». Pour minimiser les réponses biaisées, concernant des périodes plus lointaines, nous avons circonscrit nos investigation dans la limite des 2 semaines précédant l'enquête.

**Tableau 38 : Les maladies frappants les enfants.**

Groupes	Réponses	Nombre	%
utilisatrices de PF	Pas de maladie	108	65,45
	Paludisme	40	24,24
	Diarrhée	7	4,24
	Ira	5	3,03
	Autres maladies	5	3,03
	Total	165	100
non utilisatrices de PF	Pas de maladie	45	52,94
	Paludisme	25	29,41
	Diarrhée	7	8,24
	Ira	5	5,88
	Autres maladies	3	3,53
	Total	85	100

Source : notre propre calcul

Dans le groupe d'intervention, plus de 65% des femmes n'ont pas eu d'enfant malade, 24% ont eu des enfants infecté par le paludisme, 4% par la diarrhée, 3% par l'infection respiratoire aïgue et 3% par d'autres maladies telle que maladie héréditaire. Dans le groupe témoin, 52% n'ont pas eu d'enfants malades, 29% ont eu des enfants atteint de paludisme, 8% des enfants a atteint de diarrhée, 6% ont eu des enfants atteints d'infection respiratoire aïgue et 4% par d'autres maladies telle que maladie héréditaire.

#### IV.4.6.9. Charge liée à la fréquentation de centre de soins

La charge liée à la maladie inclue la consultation et l'achat des médicaments

**Tableau 39 : Les frais de traitement en cas de maladie.**

Frais de traitement	
Réponse	99
Pas de réponse	151
Moyenne	8 823,74
Médiane	1 013,26
Mode	5000
Minimum	0
Maximum	60000

Source : notre propre calcul

Le coût moyen est de 8 823,74 Ar par cas, il varie de 0 à 60 000 Ar.

#### IV.4.7. Affectation du revenu à l'éducation :

La rubrique éducation représente une autre rubrique de dépenses sensibles dans le budget de ménage. C'est vrai même dans le cas où les enfants fréquentent des établissements scolaires publics sensés être gratuits, la gratuité s'appliquant seulement aux frais d'écolage. Ces frais sont autrement plus élevés dans les établissements scolaires privés. Le montant de ces charges est fonction du nombre d'enfants scolarisés.

##### IV.4.7.1. Effectif d'enfant à charge de moins de 16 ans:

Dans le groupe d'intervention, près de 10% des femmes n'ont pas d'enfants à charge, 31% en ont un, 35% en ont deux, 19% en ont trois, 4% en ont 4 et 2% en ont 5 et plus. Dans le groupe témoin, 15% des femmes n'ont pas d'enfant, 35% en ont un, 26 en ont deux, 12% en ont trois, 11% en ont quatre et 1% en ont cinq et plus.

Le tableau ci-dessous résume ces réponses.

**Tableau 40 : Effectif des enfants à charge moins de 16 ans.**

Groupes	Réponses	Nombre	%
utilisatrices de PF	0	16	9,70
	1	51	30,91
	2	57	34,55
	3	31	18,79
	4	7	4,24
	5	3	1,82
	Total	165	100
non utilisatrices de PF	0	13	15,29
	1	30	35,29
	2	22	25,88
	3	10	11,76
	4	9	10,59
	5	1	1,18
	Total	85	100

Source : notre propre calcul

#### IV.4.7.2. Effectif des enfants scolarisables et scolarisés

Le groupe d'intervention scolarise mieux leurs enfants que le groupe témoin. Le taux est de 84% contre 70% pour les foyers de un enfant scolarisable, 77% contre 59% pour deux enfants scolarisables, 68% contre 50% pour les foyers à 3 enfants scolarisables.

Le tableau ci-après récapitule la scolarisation chez les ménages.

**Tableau 41 : La scolarisation des enfants.**

nombre d'enfant à charge	effectif de ménage	enfant entièrement scolarisé	%	1 enfant non scolarisé	%	2 enfants non scolarisé	%	3 enfants non scolarisé	%
1 enfant	51	43	84%	8	16%	0	0%	0	0%
1 enfant	30	21	70%	9	30%	0	0%	0	0%
2 enfants	57	44	77%	10	18%	3	5%	0	0%
2 enfants	22	13	59%	5	23%	4	18%	0	0%
3 enfants	31	21	68%	7	23%	3	10%	0	0%
3 enfants	10	5	50%	0	0%	4	40%	1	10%
4 enfants	7	3	43%	1	14%	3	43%	0	0%
4 enfants	9	4	44%	4	44%	1	11%		0%
5 enfants	3	0	0%	1	33%	2	67%	0	0%
5 enfants	1	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%

## V. Validation statistique de l'étude

Notre investigation inclut 46 variables d'études, quelques-unes font apparaître à priori l'homogénéité de l'échantillon, tandis que d'autres non. Pour valider statistiquement notre résultat, nous avons passé trois variables au test de chi-square et deux variables au test de moyenne.

### V.1. Taille du ménage

Afin de valider notre hypothèse qu'il n'y a pas de différence entre la taille moyenne de ménage des deux groupes d'analyse, nous allons tester statistiquement ce résultat.

Tableau 42 : La taille des ménages enquêtés

Groupes	Réponse	Nombre
Utilisatrices de PF	Moyenne	4,79
	Médiane	4
	Mode	4
	Ecart-type	1,96
	Minimum	2
	Maximum	15
Non utilisatrices de PF	Moyenne	4,32
	Médiane	4
	Mode	3
	Ecart-type	1,85
	Minimum	1
	Maximum	10

Source : notre propre calcul

Soit :  $H_0: \mu = \mu_{H_0}$  vs  $H_1: \mu \neq \mu_{H_0}$

$H_0$  : les deux moyennes sont égales

$H_1$  : Il y a une différence significative entre les deux moyennes

L'indicateur des écarts est de :

$$Z = \frac{ma - mb}{\sqrt{\frac{S^2a}{na} - \frac{S^2b}{nb}}}$$

$$Z = \frac{4,79 - 4,32}{\sqrt{\frac{1,96^2}{165} - \frac{1,85^2}{85}}}$$

$$Z = 2.3423$$

**Détermination du degré de liberté :**

$$V = (i-1) (j-1)$$

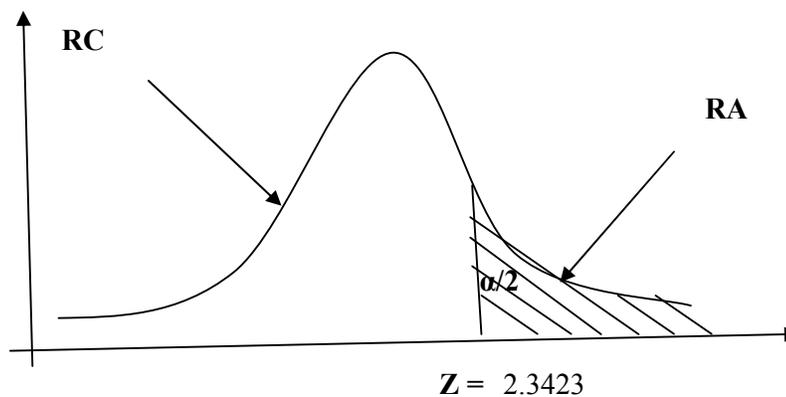
Nous donne :  $(2-1) (3-1) = 2$

**Détermination de la région critique :**

Niveau de confiance :  $\alpha = 95\%$

Seuil de risque  $\alpha = 0,05$

Après lecture de table **RC = 6.9645**



**Décision :**

Comme  $Z \leq RC$  donc il y a une différence entre la moyenne de la taille de ménage du groupe d'intervention et du groupe témoin.

**V.2. Niveau d'instruction des femmes enquêtées**

Afin de valider notre hypothèse que la moyenne sur le niveau d'instruction de ménage est similaire pour les deux groupes d'analyse, nous allons tester statistiquement ce résultat.

**Tableau 43 : Le niveau d'instruction des femmes enquêtées**

Groupes	Réponses	Nombre
Utilisatrices de PF	Moyenne	9
	Médiane	9
	Mode	9
	Ecart-type	3,46
	Minimum	0
	Maximum	16
	Réponse	165
	Pas de réponse	0
	Non utilisatrices de PF	Moyenne
Médiane		7
Mode		9
Ecart-type		3,28
Minimum		0
Maximum		15
Réponse		85
Pas de réponse		0

Source : notre propre calcul

Soit :  $H_0: \mu = \mu_{H_0}$  vs  $H_1: \mu \neq \mu_{H_0}$

$H_0$  : les deux moyennes sont égales

$H_1$  : Il y a une différence significative entre les deux moyennes

**L'indicateur des écarts est de :**

$$Z = \frac{ma - mb}{\sqrt{\frac{S^2a}{na} - \frac{S^2b}{nb}}}$$

$$Z = \frac{9 - 8}{\sqrt{\frac{3,46^2}{165} - \frac{3,28^2}{85}}}$$

$$Z = 5,43$$

**Détermination du degré de liberté :**

$$V = (i-1)(j-1)$$

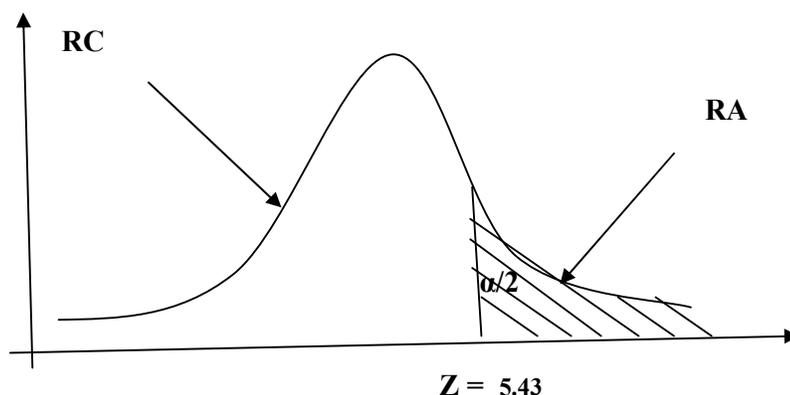
$$\text{Nous donne : } (2-1)(5-1) = 4$$

Détermination de la région critique :

Niveau de confiance :  $\alpha = 95\%$

Seuil de risque  $\alpha = 0,05$

Après lecture de table  $RC = 3.7469$



**Décision :**

Comme  $RC \leq Z$  donc il y a de différence significative entre la moyenne du niveau d'instruction des ménages du groupe d'intervention et du groupe témoin.

**V.3. La pratique de PF**

A l'issue de l'enquête que nous avons effectuée, le niveau d'instruction influe certainement sur l'économie du ménage mais n'influe pas sur le comportement des ménages vis-à-vis du PF. Autrement dit, les personnes qui ne pratiquent pas de PF peuvent être de tout niveau confondu, pareillement pour ceux qui appliquent le PF. Ce qui nous a poussés à tester si l'instruction influe sur la pratique de planning familial. Nous avons posé comme hypothèse à vérifier :  $\{H_0\}$  : la pratique du planning familial est indépendante du niveau d'instruction.  $\{H_1\}$  : la pratique du planning familial est en relation avec le niveau d'instruction. Soit :  $H_0: \mu = \mu_{H_0}$  vs  $H_1: \mu \neq \mu_{H_0}$

Tableau 44 : Effectifs observés niveau d'instruction et pratique de PF

Niveau d'instruction	1	2	3	4	5	ni.
Utilisateur de PF	3	7	37	30	5	82
Non utilisateur de PF	2	7	33	9	4	55
n.j	5	14	70	39	9	137

**Détermination de degré de liberté**

Tableau 45 : Effectif théorique

Niveau d'instruction	1	2	3	4	5	ni.
Utilisateur de PF	2,9927007 3	8,3795620 4	41,897810 2	23,343065 7	5,3868613 1	82
Non utilisateur de PF	2,0072992 7	5,6204379 6	28,102189 8	15,656934 3	3,6131386 9	55
n.j	5	14	70	39	9	137

Calcul des indicateur des écarts :

$$I = \sum \frac{(n_{ij} - np_{ij})^2}{np_{ij}}$$

Tableau 46 : Indicateur des écarts

Effectif observé	Effectif théorique	$\sum (n_{ij} - np_{ij})^2$	I
3	2,99	0,00	0,00
7	8,38	1,90	0,23
37	41,90	23,99	0,57
30	23,34	44,31	1,90
5	5,39	0,15	0,03
2	2,01	0,00	0,00
7	5,62	1,90	0,34
33	28,10	23,99	0,85
9	15,66	44,31	2,83
4	3,61	0,15	0,04
137,00	137,00		<b>6,79</b>

Résultat du traitement statistique :

Indicateur des écarts : I = **6,79**

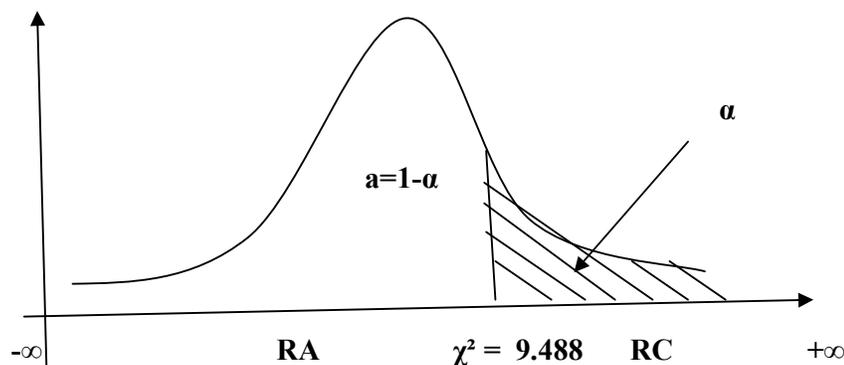
Degré de liberté  $v = (i-1)(j-1)$

$$V = 4$$

Niveau de confiance  $a = 95\%$

Seuil de risque  $\alpha = 0.05$

Khi deux inversé : d'après lecture de table 9.488



$$RA = ] -\infty ; 9.488 [$$

$$RC = [ 9.488 ; +\infty [$$

### Conclusion

Comme I appartient à a région d'acceptation, l'hypothèse  $H_0$  qu'on a posé au départ est acceptée. C'est-à-dire que la pratique du planning familial est indépendante du niveau d'instruction.

#### V.4. Niveau de revenu des ménage et fréquentation des centres de soins

La fréquentation de centre de soins peut être influencée par le niveau de revenu, nous voulons tester si les ménages qui ont le même niveau de revenu adoptent un même comportement sur la fréquentation de centre de soins.

{Ho} : la pratique du planning familial est en relation avec la fréquentation de centre de soin.

{H1} : la pratique du planning familial n'est pas en relation avec le niveau d'instruction.

Tableau 47 : Effectif observé

	Fréquence de fréquentation de centre de soins								
Niveau de revenu	0	1	2	3	4	5	6	8	Total
PF +	75	65	10	5	2	0	0	0	157
PF -	37	29	11	3	2	1	1	1	85
TOTAL	112	94	21	8	4	1	1	1	242

#### Détermination de degré de liberté

Tableau 48 : Effectif théorique

	Fréquence de fréquentation de centre de soins								
Niveau de revenu	0	1	2	3	4	5	6	8	Total
PF +	72,66	60,98	13,62	5,19	2,60	0,65	0,65	0,65	157
PF -	39,34	33,02	7,38	2,81	1,40	0,35	0,35	0,35	85
TOTAL	112	94	21	8	4	1	1	1	<b>242</b>

Calcul des indicateur des écarts :

$$I = \sum \frac{(n_{ij} - np_{ij})^2}{np_{ij}}$$

Tableau 49 : Indicateur des écarts

Effectif observé	Effectif théorique	$\sum (n_{ij} - np_{ij})^2$	I
75	72,66	5,47	0,08
65	60,98	16,13	0,26
10	13,62	13,13	0,96
5	5,19	0,04	0,01
2	2,60	0,35	0,14
0	0,65	0,42	0,65
0	0,65	0,42	0,65
0	0,65	0,42	0,65
37	39,34	5,47	0,14
29	33,02	16,13	0,49
11,00	7,38	13,13	1,78
2	1,40	0,35	0,25
1	0,35	0,42	1,20
1	0,35	0,42	1,20
1	0,35	0,42	1,20
<b>Total</b>			<b>9,66</b>

Résultat du traitement statistique :

Indicateur des écarts : I = **9,66**

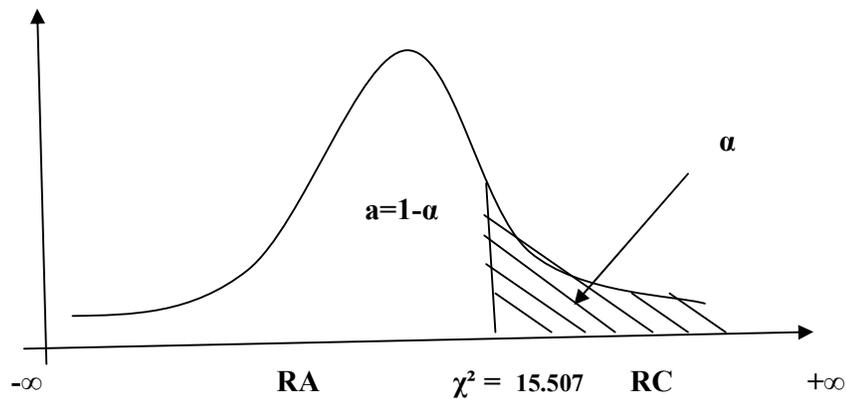
Degré de liberté  $v = (i-1) (j-1)$

**V = 8**

Niveau de confiance  $a = 95\%$

Seuil de risque  $\alpha = 0.05$

Khi deux inversé : d'après lecture de table **15.507**



RA = ]  $-\infty$  ; 15.507 [

RC = [ 15.507 ;  $+\infty$  [

## **Conclusion**

Comme I appartient à a région d'acceptation, l'hypothèse  $H_0$  qu'on a posé au départ est acceptée. C'est-à-dire que la pratique du planning familial a une impact sur la fréquentation de centre de soin.

### **V.5. Effectif d'enfant à charge de moins de 16 ans**

Afin de valider statistiquement sur la différence entre les deux groupes d'analyse sur la proportion des enfants à charge, nous allons tester statistiquement ce résultat.

$H_0$  : il y a une relation entre l'utilisation de planning familial et le nombre d'enfant à charge

$H_1$  : il n'y a pas de relation entre l'utilisation de planning familial et le nombre d'enfant à charge

**Tableau 50 : Effectif observé**

Effectif d'enfant	0	1	2	3	4	5	ni.
Utilisateur de PF	16	51	57	31	7	3	165
Non utilisateur de PF	13	30	22	10	9	1	85
n.j	29	81	79	41	16	4	250

### **Détermination de degré de liberté**

**Tableau 51 : Effectif théorique**

	0	1	2	3	4	5	ni.
Utilisateur de PF	19,14	53,46	52,14	27,06	10,56	2,64	165
Non utilisateur de PF	9,86	27,54	26,86	13,94	5,44	1,36	85
n.j	29	81	79	41	16	4	250

Calcul des indicateur des écarts :

$$I = \sum \frac{(n_{ij} - np_{ij})^2}{np_{ij}}$$

Tableau 52 : Indicateur des écarts

Effectif observé	Effectif théorique	$(n_{ij}-np_{ij})^2$	I
16	19,14	9,8596	0,51513062
51	53,46	6,0516	0,11319865
57	52,14	23,6196	0,45300345
31	27,06	15,5236	0,57367332
7	10,56	12,6736	1,20015152
3	2,64	0,1296	0,04909091
13	9,86	9,8596	0,99995943
30	27,54	6,0516	0,21973856
22	26,86	23,6196	0,87935964
10	13,94	15,5236	1,11360115
9	5,44	12,6736	2,32970588
1	1,36	0,1296	0,09529412
250	250		<b>8,54190725</b>

Résultat du traitement statistique :

Indicateur des écarts : I = **8,54**

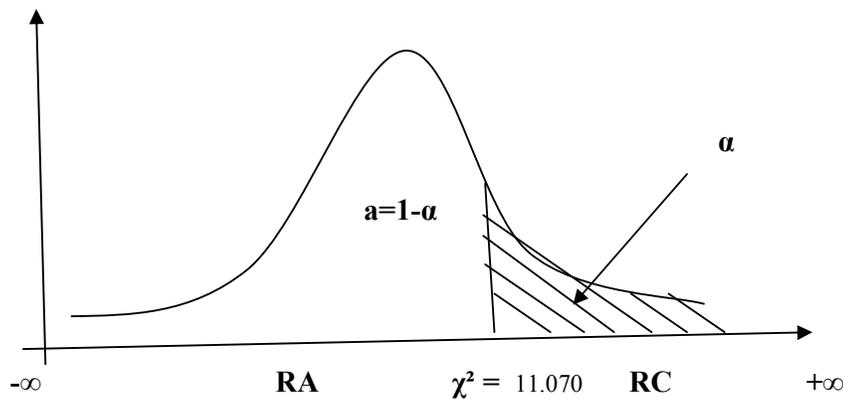
Degré de liberté  $v = (i-1) (j-1)$

$V = 5$

Niveau de confiance  $a = 95\%$

Seuil de risque  $\alpha = 0.05$

Khi deux inversé : d'après lecture de table 11.070



RA =  $] -\infty ; 11,07 [$

RC =  $[ 11,07 ; +\infty [$

### Conclusion

Comme I appartient à a région d'acceptation, l'hypothèse  $H_0$  qu'on a posé au départ est acceptée. C'est-à-dire qu'il y a une relation entre l'utilisation de PF et le nombre d'enfant à charge.

# **DISCUSSION**

## VI. Les connaissance-attitude - pratique du planning familial

Nous avons exposé les bénéfices liés au planning familial. Ces bénéfices découlent d'une meilleure allocation des ressources par rapport à l'objectif d'amélioration du bien être familial. Ce qui empêche la totalité des ménages de la ville de Toamasina de percevoir ces bénéfices est leurs méconnaissance, attitude et pratique contraires au PF.

La planification familiale est connue par les personnes enquêtées, seulement, leur connaissance se limite à son nom. La population se cantonne à la connaissance de l'existence du Planning Familial, la compréhension de son contenu, la connaissance des méthodes de Planning Familial et de leur utilisation ne sont pas là.

### VI.1. La connaissance du PF

PF est bien connu dans la ville de Tamatave, 94,71% des enquêtées savent ce que c'est. Seules 5% des femmes avouent n'avoir pas encore entendu parler du PF.

Ce taux est parmi les meilleurs par rapport à la moyenne Africaine sur la connaissance des méthodes modernes de PF d'après le tableau ci-après qui résume la comparaison au niveau de l'Afrique<sup>53</sup>

Tableau 53: Comparaison international en matière de connaissance du PF .

Connaissance de la méthode moderne en PF en %	Pays
94,71	Ville de Toamasina
94	Botswana
88,1	Zimbabwe
76,3	Kenya
75,49	Cameroon
74	Togo
68,3	Uganda
62,9	Liberia
58,5	Senegal
57,4	Ghana
40,1	Burundi
28,5	Mali

Source: statistique mondial de la santé, OMS 2005

Comparée à d'autres pays d'Afrique, la ville de Toamasina figure en tête de liste en matière de connaissance des méthodes modernes de PF.

La connaissance du planning familial reste pourtant globalement superficielle. Seul les ménages du groupe d'intervention sont capables de définir le PF convenablement : le planning familial est un moyen pour espacer les naissances et sécuriser le ménage contre la grossesse non désirée. Près de 72% des ménages du groupe d'intervention la définissent ainsi contre seulement 34% dans le groupe témoin.

Le définissent comme un moyen de sécuriser les femmes contre les grossesses non désirées, 66% des ménages du groupe d'intervention contre 24% du groupe témoin.

En considérant le résultat par rapport à la variable intervalle intergénérisique, près de 74% des ménages du groupe témoin désirent espacer leur naissance de 2 ans au minimum. Seules 25% y arrivent. Près de ¾ des femmes du groupe témoin ne savent pas que la pratique de PF leur permet de réaliser au mieux leur souhait. Une meilleure connaissance du PF permettrait certainement de faire augmenter la pratique du PF par rapport à sa prévalence actuelle.

Quant à une connaissance approfondie des méthodes du PF, tels que pilules, injections et implants, de longue durée comme la ligature, stérilet ou DIU, la vasectomie, ou de courte durée comme les condoms, elle est possible pour les personnes résidant dans des zones d'intervention. En attendant, les pillules, les injections et les condoms sont les méthodes les plus communément connues parmi les enquêtées des deux groupes.

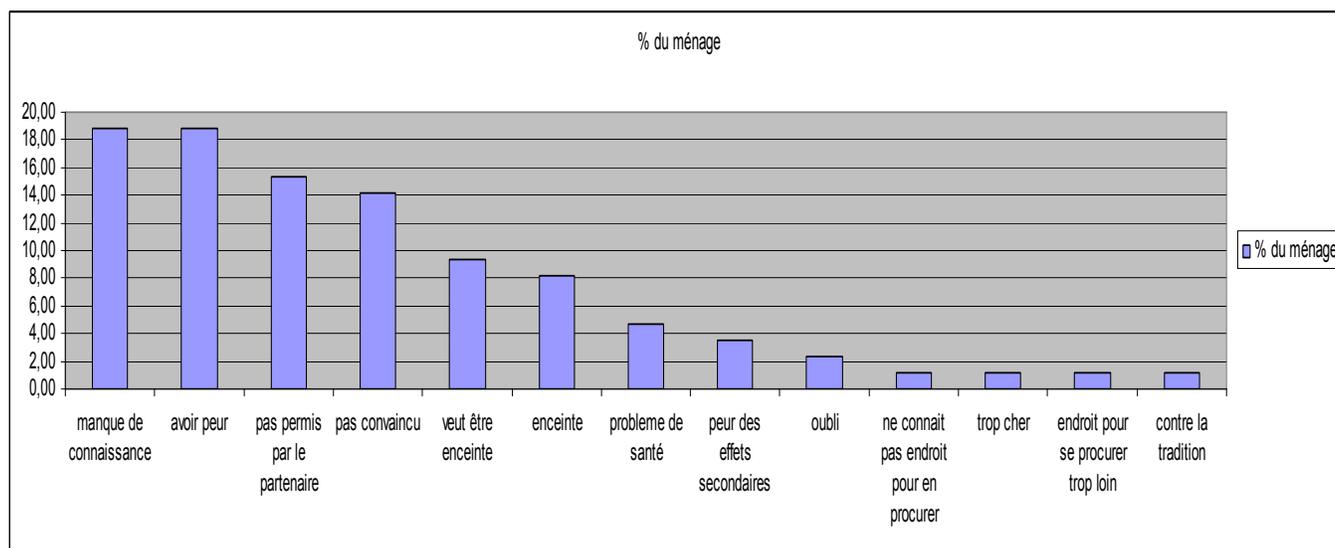
## VI.2. L'attitude vis-à-vis du PF

L'insuffisance d'information n'est pas le seul frein à la pratique du PF. Les attitudes du partenaire et des proches jouent également. Les partenaires ou les proches peuvent faire fi de l'optimisation de l'espacement des naissances, ou s'y opposer carrément.

Le graphique ci-après récapitule et hiérarchise les motifs des attitudes négatives liées à la pratique du PF

Les quatre motifs majeurs de ne pas pratiquer le PF sont : le manque de connaissance, la peur, l'opposition du partenaire. Ces motifs sont tous du ressort de la sensibilisation. Nous pouvons donc affirmer que la ville de Toamasina a encore besoin d'être mieux sensibilisée en matière de PF.

Figure 5 : Attitudes envers le PF.



Etre informé des bénéfices liés à la pratique du PF ne suffit pas au ménage pour décider de pratiquer. Il faut également tenir compte de l'attitude d'autres personnes ressources tels que le partenaire, les parents et surtout les beaux parents.

Près de 9% des femmes du groupe d'intervention, pratiquent le PF sans informer leur partenaire. Cette rétention suppose forcément l'opposition de celui-ci. 14,55% des ménages font le PF sans consentement. La sensibilisation en matière de PF ne devrait pas seulement se limiter à la femme mais également s'étendre aux hommes du fait de leur pouvoir décisionnel très important au foyer.

La pratique de PF est une décision de couple. Les femmes ont besoin du soutien de leur partenaire. Ce soutien peut être moral ou financier. Près de 40% des femmes du groupe d'intervention sont soutenues par leur partenaire financièrement. Les femmes accordent plus de valeur au soutien moral qu'au soutien financier. Le fait de les accompagner au centre de soin, de leur rappeler les échéances périodique ou de les encouragées signifient pour elles une implication considérable dans leur pratique.

Par ailleurs, le coût du PF sont pris en charge soit par les ressources propres de la femme soit par une association des femmes. 60% des femmes financent leur pratique par leur ressource propre, 21% par une association de femmes. La création d'une association de femme est un moyen efficace de faire augmenter la prévalence en PF. La stratégie de sensibilisation de PF peut également utiliser des associations corporative telles que l'association des femmes de militaire, ou des associations des femmes d'une entreprise.

La famille malgache est fortement élargie. La décision de procréer ressort d'un couple mais les parents ou les beaux parents ont également leurs mots à dire. Ces derniers peuvent imposer leur décision sur la gestion des naissances d'un couple. Les anciennes générations sont souvent pro-natalistes. Ils influencent leur progéniture à avoir beaucoup de descendance. Cette influence est pesante car près du 1/4 des ménages du groupe d'intervention affirme ne pas obtenir leur consentement pour la pratique. D'autres personnes enquêtées (67,5%) affirment même que ce non consentement pose des problèmes, voire bloque leur pratique du PF.

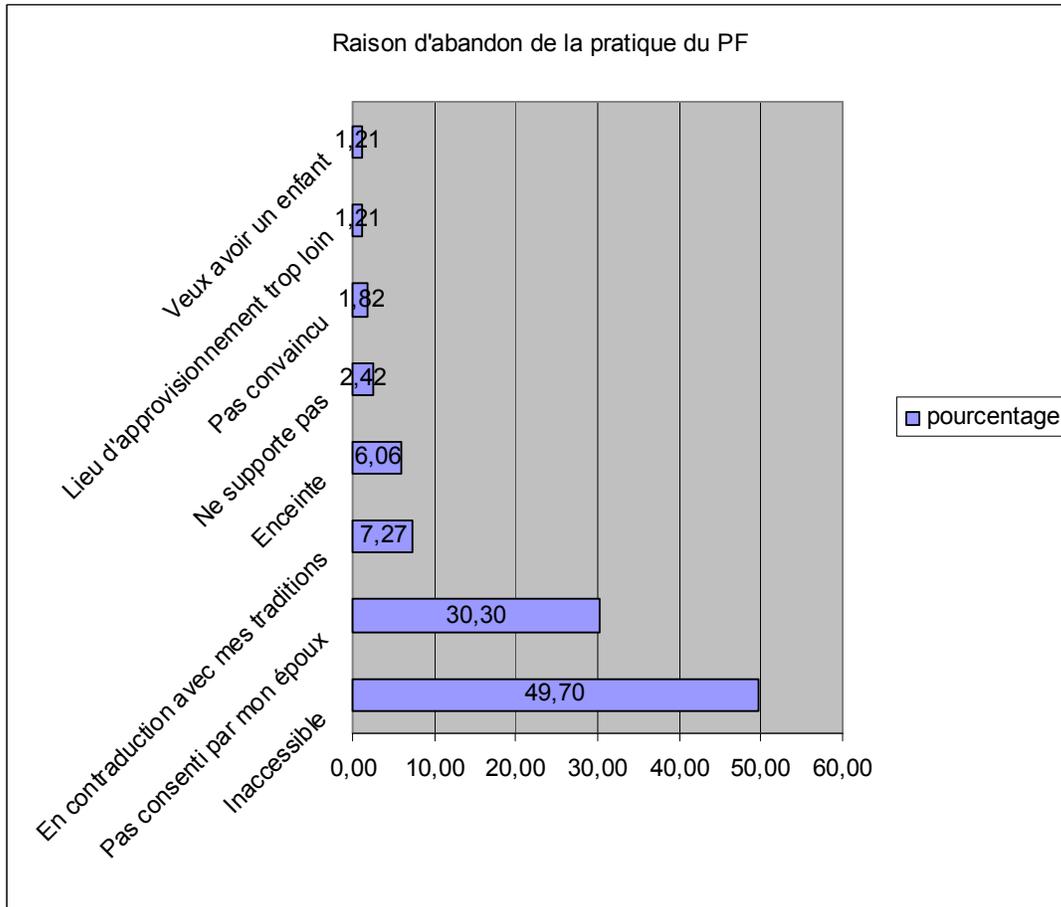
La stratégie de sensibilisation menée actuellement s'adresse essentiellement aux mères de familles et aux jeunes femmes en âge de procréer. Une autre stratégie devrait cibler les pères de famille, les parents ainsi que les chefs religieux : ce sont les personnes ressources tierces qui ont voix au chapitre pour les grandes décisions à prendre par leur obligés.

Les efforts menés pour la sensibilisation en matière de PF ont certainement apporté leur fruit car 40% des femmes du groupe témoin affirment être gagnées à la pratique du PF.

Par contre le souci ne doit pas en rester seulement à faire pratiquer les femmes qui ne le font pas mais également de fidéliser la pratique de celles qui en font déjà. Près de 37% du groupe d'intervention affirment ne plus continuer leur pratique dans l'avenir, 26% d'entre elles ont affirmé vouloir réutiliser contre 73,77% décidées à s'arrêter définitivement.

Le graphique suivant hiérarchise les raisons d'abandon du PF :

Figure 6 : Les raisons d'abandon du PF.



D'abord l'accessibilité s'avère être la première raison d'abandon du PF. Mais il intègre également les frais de déplacement ainsi que le temps perdu pour s'en approvisionner. Il faut par ailleurs prendre en compte la qualité de service dans ce problème d'accessibilité. Une étude<sup>54</sup> menée par *Judith R. Seltzer*, a démontré que l'utilisation discontinuée des contraceptifs ainsi que les besoins en contraceptifs non satisfaits montrent que les besoins des utilisateurs et la qualité des soins recevaient une attention insuffisante. Il est important de manager les patients, de les informer sur les choix possibles ainsi que pour les risques qui peuvent en surgir. Étant informées, elles ne seront pas surprises et ne vont pas abandonner leur pratique. Une autre étude<sup>55</sup>, sur la comparaison de deux offres de service de planning familial a également démontré qu'une meilleure offre de service de planning familial a fait augmenter la pratique à 78% contre 33% pour l'offre standard de service de PF.

Pour la commune de Toamasina, la stratégie de promotion et de suivi fokontany par fokontany devrait fonctionner efficacement. Elle est déjà en train de faire merveille dans d'autres domaines, tel que pour la mise en œuvre de la politique d'hygiène publique, d'assainissement et

<sup>54</sup> *Judith R. Seltzer*, Les origines et l'évolution des programmes de planning familial dans les pays en voie de développement, *RAND MR-1276-WFHF/DLPF/RF*, 2002, 185 pp,

<sup>55</sup> Evasius KABURU BAUNI « The quality of care in family planning: A case study of Chogoria, Eastern Kenya », CIREN, 1994

de sécurité de la municipalité. Les présidents de fokontany devraient pouvoir obtenir aisément la collaboration d'associations locales coordonnées par la commission sociale ou sanitaire, du fokontany pour assurer cette promotion/suivi de la mise en œuvre du PF et, en même temps, d'assurer une offre de proximité de kits PF désormais gratuits.

En plus de l'accessibilité, l'attitude négative des gens vis-à-vis du PF figure également comme un grand obstacle à sa pratique. 38% des l'abandons du planning familial sont liés à cette attitude qui joue en l'encontre du PF : cette attitude tient à des traditions ou à des habitudes incompatibles à la pratique du PF.

Dans sa politique, l'Etat a subventionné les produits de planning familial, on parle de la gratuité de PF. Cette mesure a pris effet à partir du mois de septembre 2007. Nos investigations se sont déroulées au mois de mai, et n'ont donc pas encore enregistré les effets de cette gratuité. Cette mesure est en tout cas de nature à éviter l'abandon pour 50% de pratiquants à court de financement et prêtes à abandonner, et en même temps d'accroître la prévalence des pratiquants dans la commune.

## VII. Evaluation coût-bénéfice du planning familial

L'application du planning familial est axée sur la contraception. Les bénéfiques peuvent être perçus d'une manière directe ou indirecte, à court terme ou à long terme. Les bénéfiques seront analysés au niveau d'allocation de ressource d'une part et ensuite suivant leur nature.

Le gouvernement malgache a adopté l'application du planning familial dans la politique fondamentale du pays, pour assurer l'harmonie entre la démographie, la croissance économique, le développement social, la protection des ressources naturelles et de l'environnement. En effet, le planning familial influe sur ces paramètres, positivement ou négativement.

Dans notre méthodologie, nous procédons à l'analyse selon la théorie du bien-être qui préconise une efficacité de l'allocation des ressources.

Certains résultats des enquêtes révèlent une relation directe positive entre la pratique du PF et l'allocation des ressources.

Ceci étant, nous nous sommes focalisé sur les différentes variables liées à l'allocation des ressources c'est-à-dire les rubriques des dépenses familiales à savoir : la santé, l'éducation, la nourriture, les charges fixes, l'épargne et le bien-être.

Le tableau ci-après donne la répartition et le montant des dotations budgétaires aux différents rubriques de dépenses familiales.

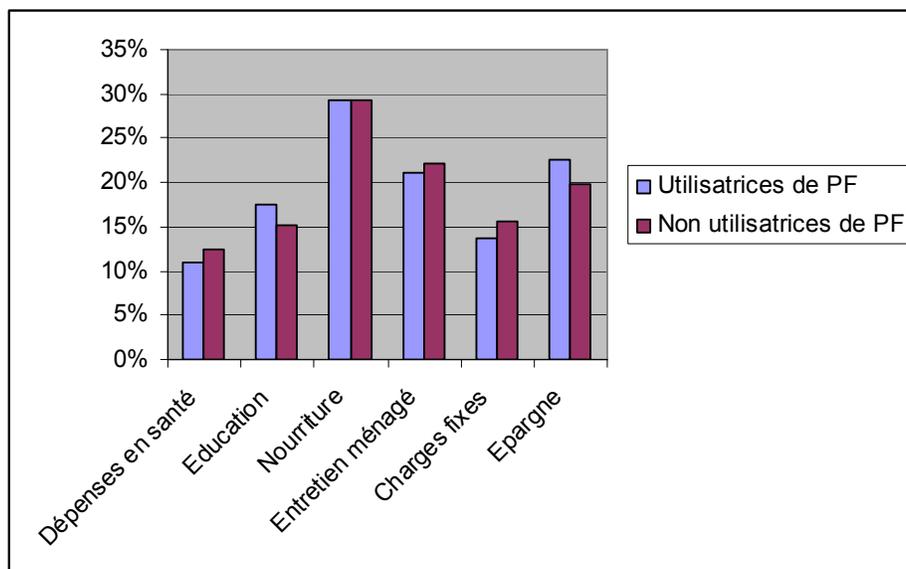
**Tableau 54 : Allocation des ressources des ménages**

Groupe	Nourriture Ar	Dépenses en santé Ar	Education Ar	Entretien ménagé Ar	Charges fixes Ar	Epargne Ar
PF +	29%	11%	17%	21%	14%	23%
PF -	29%	12%	15%	22%	15%	20%

Source : notre propre calcul

Le graphique ci-après permet d'offrir une meilleure appréciation sur la différence sur l'allocation de revenu entre les deux groupes.

**Figure 7 : Diagramme des Allocations de revenu des deux groupes.**



Source : notre propre calcul

Avec une charge de 19 260,83 Ar par année de pratique dans le groupe d'intervention et un coût nul par rapport à l'usage du PF dans le groupe témoin, le niveau des revenus moyens des ménages montre que ceux du groupe d'intervention sont supérieurs à ceux des ménages non utilisateurs, respectivement de 190 000 Ar et de 137 000 Ar. Cette différence s'explique par le cumul des économies de dépense générées par l'utilisation de longue durée du PF dans le groupe d'intervention.

Une analyse de l'allocation de ces ressources démontre que :

- En matière de santé, les PF + dépensent moins que les PF-. D'après les résultats obtenus à propos de la fréquentation des centres de soins, nous pouvons noter que les PF- fréquentent beaucoup plus ces derniers que les PF+, à raison d'un taux de fréquentation de 56% pour les PF- et 52% pour les PF+. Par ailleurs, nous pouvons également remarquer une fréquence plus intense chez les PF- allant de 0 à 8 contre 0 à 4 chez les PF+. Ces résultats expliquent la supériorité des ressources affectées aux dépenses de santé chez les PF - par rapport à leur niveau chez les PF +. La pratique du PF est en effet étroitement liée à la protection maternelle et infantile dont les effets tiennent essentiellement dans la bonne gestion par la mère de famille de l'hygiène et de la santé des membres du ménage. La réduction des dépenses de santé s'explique par ce bon état sanitaire du ménage.
- Quant aux dépenses d'éducation, très sensibles chez les PF+, elles sont plus lourdes chez le PF -. En effet, les PF + tiennent à envoyer leurs enfants dans des établissements de bonne réputation pédagogique donc payant. Les économies de dépense qu'ils réalisent du fait de la pratique de PF, (à partir de la rubrique santé, mais aussi de la rubrique habillement et de la taille réduite du ménage) et de la bonne

gestion de l'ensemble du budget familial leur permettent d'épargner plus et donc d'investir dans des activités génératrices de revenu supplémentaire.

- La nourriture confirme, à l'issue de l'enquête, son importance relative dans les dépenses des ménages quel que soit le niveau de revenu. De plus, elle se révèle indépendante de l'utilisation ou non du PF. De même elle sollicite le même niveau de dépenses moyennes dans les deux groupes étudiés en dépit de la différence des revenus. Enfin, la part de ces dépenses alimentaires reste constante, conformément à la théorie de l'élasticité-revenu.
- S'agissant des deux autres postes à savoir « Entretien des ménages » et « Charges fixes », l'écart en hausse des budgets alloués de PF- s'explique mieux en valeur absolue par la différence de revenu. Autrement dit, ces charges, qui sont relativement identiques, sont plus pesantes pour les PF- sachant que leur revenu est inférieur à celui des PF+.
- Enfin, en ce qui concerne l'épargne, l'écart est évident à l'avantage des PF+ étant donné que les PF- dépensent plus que les PF+. En effet, sur les 4 autres variables hormis la variable nourriture (où l'écart est nul), on remarque que les affectations des PF- sont plus importantes. Selon la théorie de la démographie et de l'épargne<sup>56</sup>, Modigliani, prix Nobel 1985, l'épargne globale est déterminée par des facteurs économiques et démographiques (structure par âge, espérance de vie, effectif des personnes à charge ...). Pour Friedman<sup>57</sup>, pour qui la période de maximisation de l'utilité est infinie, l'individu n'épargne pas seulement pour lui-même mais également pour ses descendants. D'après ces théories, le ménage ne bénéficie pas seulement dans le court et le moyen termes, mais aussi dans le long terme, sur l'avenir de ses descendants, lorsqu'il pratique le PF.

Il<sup>58</sup> est vrai qu'avec le même niveau d'aisance économique et matérielle, des ménages différents n'obtiennent pas forcément le même niveau de satisfaction de besoin. Avec le même niveau de revenu, deux ménages peuvent affecter différemment leur revenu en privilégiant un poste de consommation par rapport à un autre. Sur cette base, un ménage peut épargner plus en diminuant les ressources affectées à l'éducation de ses enfants. Cependant il y a des domaines où le ménage n'a guère le choix, tels que la santé et la nourriture car les besoins y sont généralement incompressibles. Pour satisfaire ces deux derniers, le ménage fait même recours à des dettes en cas d'insuffisance de ses ressources propres parce qu'il est obligé de se nourrir et de se soigner.

Le planning familial apporte donc incontestablement des bénéfices pour les ménages pratiquants. Ceux-ci jouissent d'une meilleure santé découlant de la formation PMI de la mère de famille. Ils sont également mieux instruits parce que la famille a pris la peine d'investir dans l'éducation de ses enfants. Ils peuvent investir dans des activités génératrices de revenu supplémentaire parce qu'ils peuvent épargner plus.

---

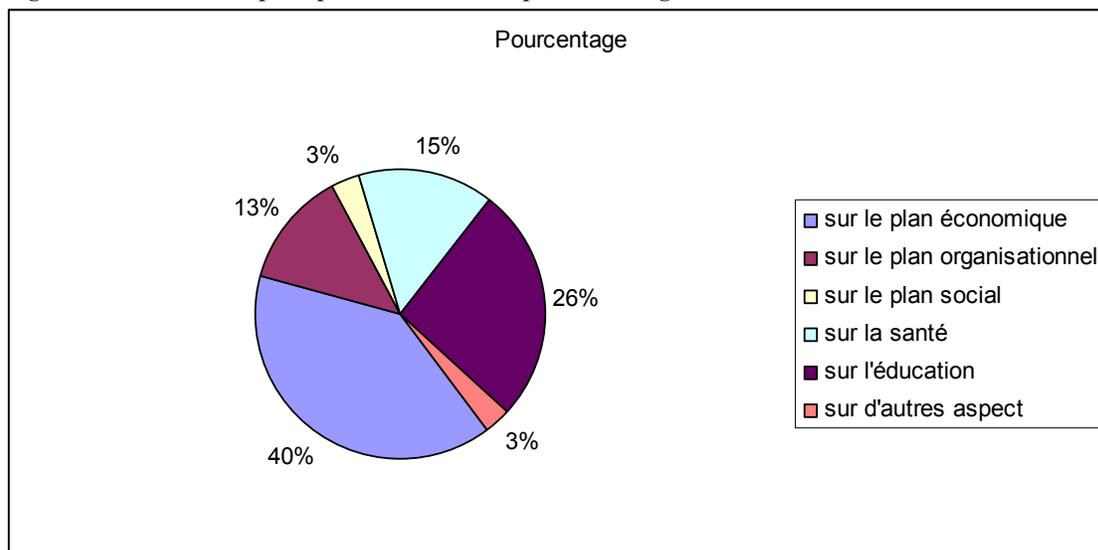
<sup>56</sup> F. MODIGLIANI, *Economie politique – Ethics*, France 1988, Page 158, P. 17

<sup>57</sup> Milton Friedman est un économiste américain né le 31 juillet 1912 à New York, Il développa l'hypothèse du revenu permanent.

<sup>58</sup> Amartya Sen, « equality of what ? » dans *Choice, Welfare and measurement*. Oxford : Backwell ; Cambridge MA, MIT Press, 1982, p 20

La pratique du PF est donc bien source de bénéfices divers, ceux-ci peuvent être comptabilisés en terme économique, organisationnel, sanitaire et éducationnel. Pour autant, il est difficile d'isoler l'apport de la pratique du PF dans le bien être du ménage. Néanmoins, 82% des femmes du groupe d'intervention affirment avoir perçu ces bénéfices provenant de la pratique du PF. Le graphique ci-après résume cette perception des ménages.

**Figure 8 : Domaines de perception des bénéfices par les ménages.**



Source : notre propre calcul

Près de la moitié de l'échantillon affirme avoir perçu des bénéfices liés à l'utilisation du PF au plan économique. Ici, le bénéfice économique dont il s'agit s'entend en terme d'efficience optimale de l'allocation des ressources aux divers postes de dépenses de la famille. La même population déclare par ailleurs un bénéfice organisationnel car elle a le loisir de consacrer plus de temps à s'occuper de ses enfants, de son partenaire, des travaux domestique d'entretien de son intérieur, à s'investir à l'extérieur de la maison pour s'instruire, ou pour apprendre un métier puis travailler, ou pour créer et gérer une activité génératrice de revenu supplémentaire pouvant renforcer le revenu familial. De ce point de vue, l'apport stratégique du PF pour le bien être du ménage consiste en la libération de la femme. Celui-ci peut alors en profiter pour faire épanouir toutes les potentialités qu'elle ne peut exprimer sous la charge d'une famille nombreuse et manquant de ressources. L'épanouissement des capacités de la femme ne profitent qu'à sa seule personne et à son ménage mais également à sa communauté.

### **VII.1. L'équilibre entre population active et l'effectif de personnes à charge :**

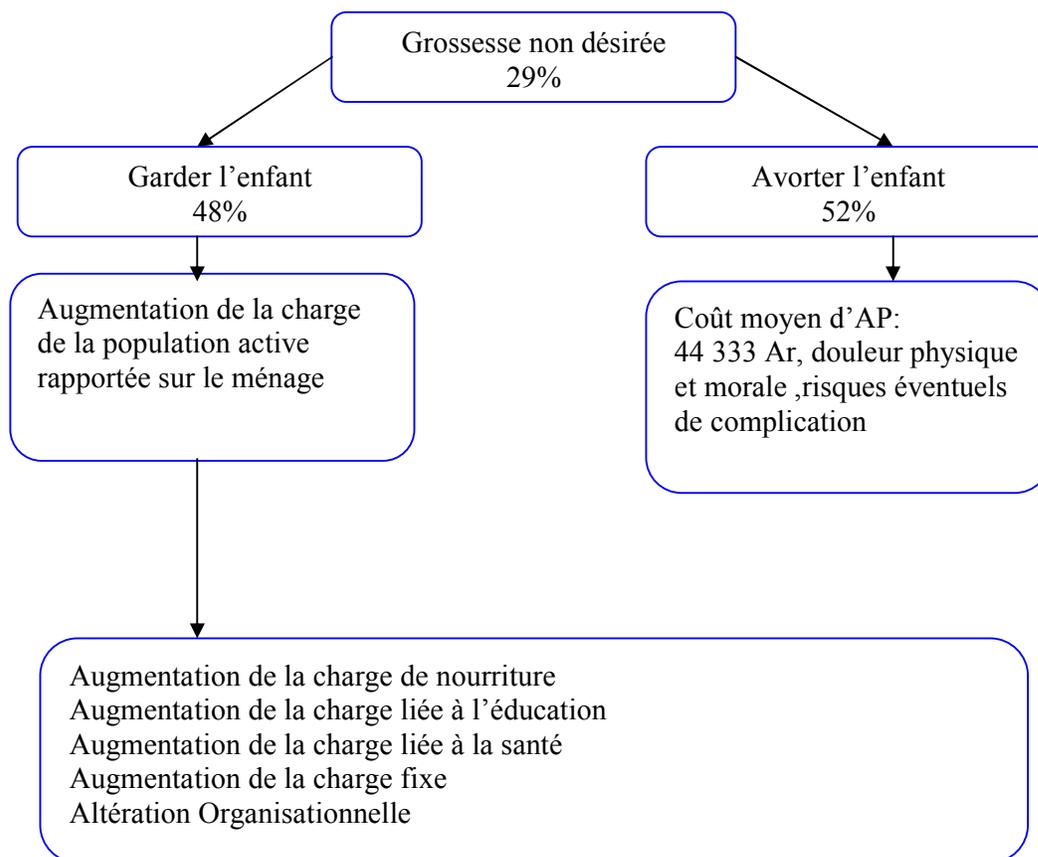
Actuellement, les ménages sont plus rationnels dans leur politique de natalité et dans le choix de l'intervalle intergénéral de naissance de leurs enfants. Le vœu « miteraha fito lahy fito vavy »<sup>59</sup> ne dicte plus la décision des ménages quant au nombre d'enfants à naître. Il en est de même l'intervalle intergénéral de leurs enfants.

<sup>59</sup> (que vous ayez 7 garçons et 7 filles) formulé par la famille et la communauté aux nouveaux mariés

Nos investigations nous ont appris qu'une majorité des ménages enquêtés a 1 ou 2 enfants à charge. L'existence d'un enfant non désiré peut, non seulement contrarier le couple qui n'est pas prêt à l'accueillir, mais peser sur toute la vie du ménage, surtout si le revenu n'évolue pas dans le bon sens. Mais ce n'est pas seulement sur le plan économique que le ménage subit la disconvenue mais dans tous ses projets.

Selon le courant de pensée microéconomique<sup>60</sup> de la famille, dont le principal représentant est G. Becker, prix Nobel 1992, la décision de se marier ou d'avoir des enfants est simplement le résultat d'une analyse coûts - avantages. L'enfant, dans une société industrielle, est assimilable à un bien de consommation. Les parents feront face à des dépenses en contres parties de satisfactions apportées par l'enfant. La baisse de la taille moyenne de la famille s'expliquerait par l'augmentation du coût relatif des enfants (éducation, soins, etc.). Au contraire, dans une société agricole, l'enfant est considéré comme un investissement en capital dans la mesure où il peut travailler jeune et contribuer à l'augmentation du revenu familial.

Figure 9 : Choix d'avortement provoqué en cas de grossesse non désiré des PF-.



Le graphique ci-après synthétise les issues prévisibles des cas de grossesse non désirée : soit garder l'enfant, soit l'avorter. Les parents acceptent rarement d'évoquer que

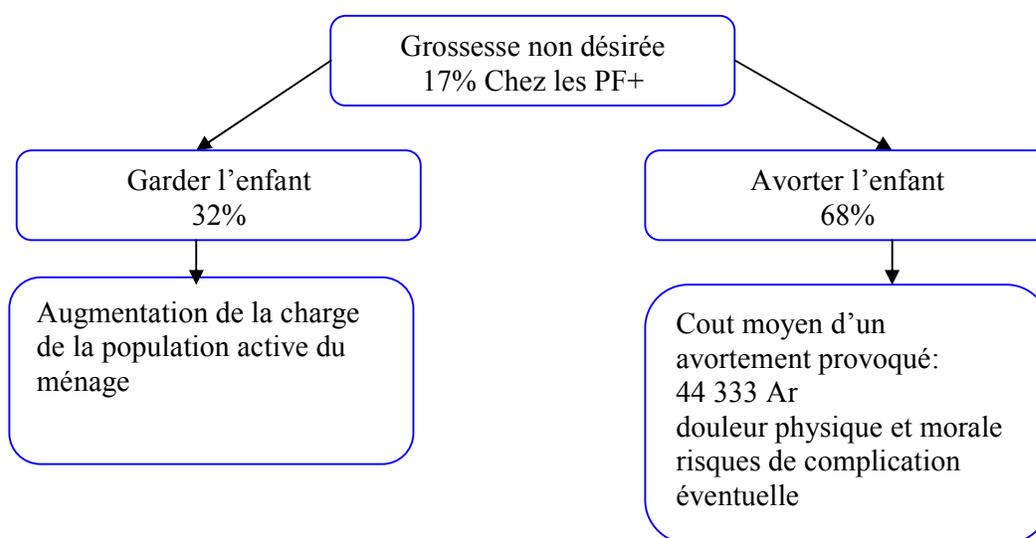
<sup>60</sup> Problèmes économique, extrait de « la théorie économique : démographie et économie », revue N° 2 882

leur enfant n'est pas désiré. Mais d'une manière générale, faire un enfant résulte d'un choix, et ce choix est dicté par des paramètres économiques et organisationnels tel qu'il a été mentionné au paragraphe précédent.

D'autres études ont également confirmé la même conclusion, selon FNUAP : <sup>61</sup> « Des enfants nombreux et non planifiés leur imposent un lourd fardeau. Des taux élevés de fécondité contribuent directement à la pauvreté en réduisant les perspectives des femmes, en dispersant les dépenses à consacrer à l'éducation et à la santé des enfants, en interdisant toute épargne et en aggravant la vulnérabilité et l'insécurité ».

Avec le planning familial, le ménage peut avoir d'autres alternatives que les deux options, susmentionnées, au moins, de diminuer l'impact négatif et contrariant d'une grossesse non désirée..

**Figure 10 : Choix d'avortement provoqué en cas de grossesse non désiré PF+.**



Le planning familial ne permet pas d'écartier à 100% le risque de grossesse non désirée ou d'un avortement provoqué. Mais il permet de réduire le niveau des disconvenues. Les ménages sont conscients de la difficulté de choix de l'avortement en cas de grossesse non désirée, et c'est ce qui justifie leur souhait d'optimiser l'intervalle intergénéral de leur accouchement.

## VII.2. Choix de l'intervalle intergénéral de natalité:

La recherche démographique « Population Matters »<sup>62</sup> qualifie de grossesses à risques, les espacements de naissances de moins de deux ans, les naissances du fait de femmes trop jeunes ou trop âgées, les naissances au delà du cinquième enfant. Dans la commune urbaine de Toamasina, moins de 50% des femmes enquêtées ont d'intervalle intergénéral de moins de 2ans. Dans notre population d'étude, même les femmes du groupe d'intervention n'arrivent pas à bien maîtriser l'intervalle de naissance de leur enfant.

<sup>61</sup> FNUAP, ETAT DE LA POPULATION MONDIAL 2002, macroéconomie, pauvreté, population et développement

<sup>62</sup> Nancy Birdshall, Allen C. Kelley, Steven W. Sinding Population matters, Oxford University Press, 2001 - 462 pages,

**Tableau 55 : Choix et maîtrise des intervalles intergénésiques**

Groupe d'analyse	Intervalle intergénésique	Souhait d'intervalle intergénésique	Intervalle intergénésique réel	Souhait d'intervalle non satisfait
PF +	0 – 1	-	1,5%	-
	1 – 2	8%	45,5%	37,5%
	2 - 3	82%	46%	38%
PF -	0 – 1	-	16,7%	-
	1 – 2	12,94%	56%	43%
	2 - 3	74,12%	25%	49%

Source : notre propre calcul

La majorité des femmes souhaite avoir un intervalle intergénésique de plus de 2 ans. 82% et 74% respectivement dans le groupe d'intervention et le groupe témoin. Près de 38% des femmes du groupe d'intervention ne sont pas satisfaites de l'intervalle intergénésique réel de leurs enfants, elles ont toujours eu un intervalle de naissances de moins de 2 ans. La maîtrise de l'intervalle des naissances est plus difficile chez le groupe témoin, seules les 25% arrivent à avoir l'intervalle souhaité contre 75% de déception.

### **VII.3. Coût-Bénéfice liés à la santé du PF**

#### **VII.3.1. Bénéfices retirés de la fréquentation d'un centre de soin**

Le PF permet-il de réduire la mortalité maternelle ? D'après le résultat de la question à réponse multiple sur la définition du PF (V2, page 18), près des 70% des ménages définissent le PF comme un moyen d'espacer les naissances. Le gouvernement le voit comme une intervention spéciale pour réduire de 25% à 30% la mortalité maternelle et jusqu'à 40% la mortalité infantile. La question de l'avortement est au centre de la question de la mortalité maternelle et infantile et s'inscrit dans perspective de la réduction de la mortalité maternelle érigée comme une priorité nationale.

Quand on parle de mortalité, on ne peut pas ne pas penser à la morbidité. Il n'est pas évident que la mortalité des mères et des enfants est directement liée à la non utilisation du PF, par contre le résultat issu de notre enquête sur la fréquence de fréquentation des centres de santé permet d'apprécier les différences de morbidité entre les ménages pratiquants le PF et les ménages non pratiquants.

Le résultat de l'enquête a aussi démontré que le taux de fréquentation d'un centre de soins diminue de 20% pour les personnes qui font du planning familial. De plus si le nombre de fréquentations peut aller jusqu'à 8 fois en deux mois pour les non pratiquantes de PF, il est de 4 fois pour les pratiquants qui font PF.

L'étude des dépenses de fréquentation des centres de soins par un ménage (Variable 34), indique une moyenne de coût de 8 823,74 par visite.

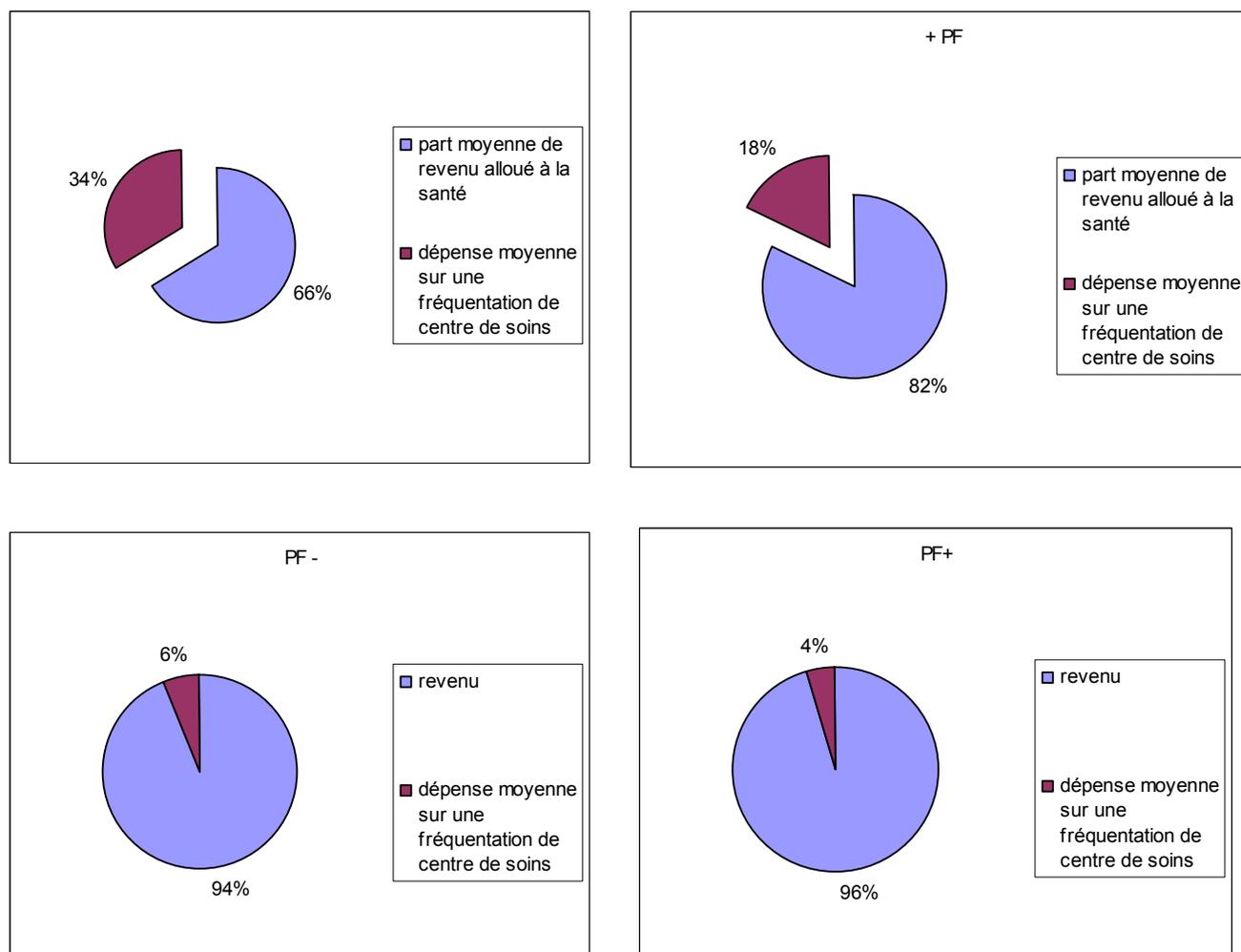
**Tableau 56: Coût-bénéfice des fréquentations des centres de soins**

Pratique	Coût de la pratique	Taux de fréquentation de centre de soins	Coût moyen utilitaire de la fréquentation d'un centre de soin
PF +	<b>19 260,83 Ar</b>	<b>47,88%</b>	<b>5 901,80 Ar</b>
PF -	0 Ar	43,53%	<b>9 224,10 Ar</b>

Source : notre propre calcul

Les graphiques ci après donnent l'importance de cette somme dans le portefeuille des ménages :

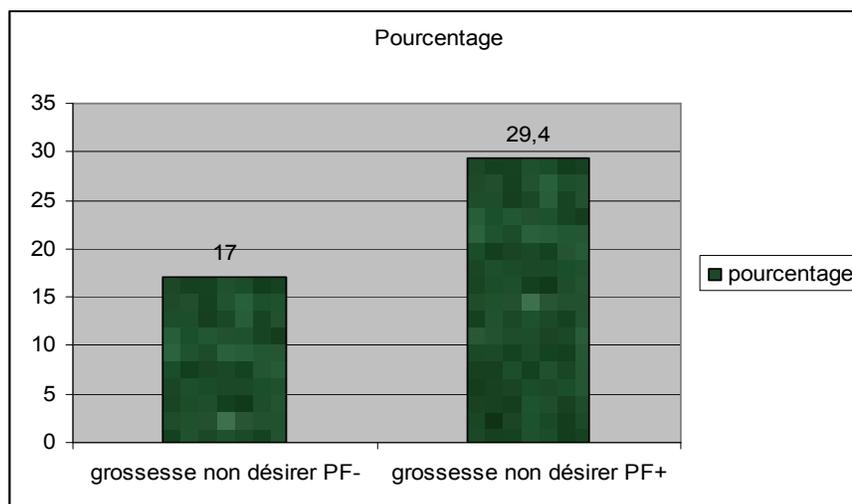
**Figure 11 : Affectation de revenu aux dépenses de santé**



### VII.3.2. Grossesse non désirée et avortement provoqué

Notre enquête a révélé que 17 grossesses sur 100 dans le groupe d'intervention sont non désirées. Il y en a presque le double chez les femmes non pratiquantes de PF. La pratique du PF peut faire baisser le nombre de grossesses non désirées de moitié, et donc celui de baisser l'avortement provoqué. Le résultat des études menées sur l'avortement dans le monde offre la même affirmation. « *Les tendances récentes des taux d'avortement légal sont principalement à la baisse. La raison immédiate la plus probable en est la pratique accrue de la contraception moderne* ». <sup>63</sup>

Figure 12 : Prévalence d'avortement provoqué



Source : notre propre calcul

Le nombre de grossesses non désirées (17%) reste élevé chez les femmes pratiquant le PF. C'est du principalement à l'omission de l'usage du kit (67% de cas). La raison de l'indisponibilité de kit PF ne sont pas vraiment pesante comme cause de la grossesse non désirée. Même si la connaissance en matière de planning familial et des moyens de protection contre les IST et le VIH-SIDA s'est amélioré largement, à hauteur de 94% dans la ville de Toamasina ; la connaissance et la perception des risques de grossesse non désirée restent largement insuffisantes.

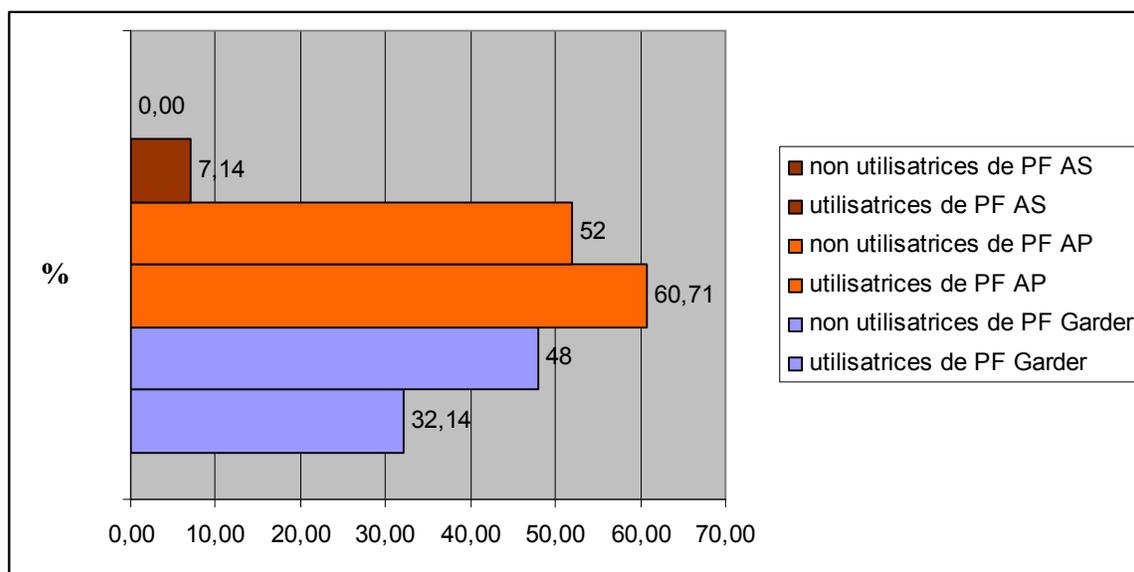
Les études antérieure faites prouvent également que le planning familial est à long terme le moyen le plus efficace de lutte contre l'avortement. Le recours à l'avortement diminue rapidement, en général, lorsque l'éventail des méthodes contraceptives devient largement disponibles et que ces méthodes sont pratiquées de manière efficace. La légalisation relative à l'avortement et la facilitation de l'accès aux prestations de PF limitent à long terme, le recours à l'avortement et la facilitation de l'accès aux prestations de PF limitent à long terme, le recours à l'avortement comme méthode d'espacement des naissances. Dans les pays industrialisés où ces conditions sont réunies, la tendance dominante des taux d'avortement est en fait à la baisse. <sup>64</sup>

<sup>63</sup> Tendances récentes des taux d'avortement dans le monde. Stanley K. Henshaw, Susheela Singh et Taylor Haas

<sup>64</sup> Perspectives Internationales sur le Planning Familial, numéro spécial de 1999, pp. 26–30

Ayant une grossesse non désirée, les femmes ont deux issues, soit la mener à terme soit le faire avorter. Les femmes PF + choisissent plus l'avortement et moins de garder leur grossesse non désirée, contrairement au PF- qui ont tendance à garder leur enfant. La pratique de PF est motivée par la gestion des naissances, il est logique que les femmes PF + choisissent plus l'avortement provoqué (61%) que les femmes PF-. (52%) en cas de grossesse non désirée.

Figure 13 : Choix devant les grossesses non désirées



Source : notre propre calcul

Les causes de la décision de ne pas mener la grossesse non désirée à terme sont variées : la volonté d'arrêter d'avoir des enfants, ou le manque des moyens nécessaires pour élever un enfant, ou le refus du partenaire.

Chez les femmes du groupe PF-, 23% choisissent d'avorter à cause de la pression de leur partenaire. Ce qui est une raison de plus pour pratiquer le PF. Les statistiques des activités des centres spécialisés dans l'assistance à la mère de famille telle que la FISA<sup>65</sup> révèlent que les femmes ayant une grossesse non désirée ou ayant recours à l'avortement sont de plus en plus nombreuses en particulier chez les jeunes. Ainsi, des études menées sur la fréquentation du centre hospitalier de Befelatanana (Antananarivo) en 2003 ont montré que, sur 8 198 hospitalisations enregistrées à la maternité, 1 432 concernent des complications liées à un avortement<sup>66</sup>.

Les conditions dans lesquelles sont pratiquées les interruptions volontaires de grossesse sont souvent très risquées, compte tenu de leur illégalité. Sur la même étude évoquée ci dessus, l'analyse des données de l'État Civil a montré qu'entre 1984 et 1995, à Antananarivo, près de la moitié des décès maternels sont le résultat d'un avortement, vraisemblablement provoqué et effectué en clandestinité. Dans notre étude, nous n'avons pas cerné directement la question de la mortalité maternelle due à l'interruption volontaire de grossesse, par contre une amélioration de

<sup>65</sup> FISA : Fianakaviana sambatra

<sup>66</sup> Améliorer La Santé De La Reproduction Des Jeunes A Madagascar, INED – IRD – Paris 5 – Paris X, novembre 2006

moyen de détection des grossesses non désirées permettrait certainement de diminuer le nombre des avortements comme ultime recours et de risquer la mort à cause de l'acte.

Rappelons que l'avortement est illégal à Madagascar, et que, pour autant beaucoup de membres du personnel médical le pratiquent quand même illicitement. Toute chose égale par ailleurs, l'illégalité de l'acte fait grimper le prix qui pèse lourdement sur le portefeuille des ménages. Le coût d'un avortement provoqué varie de 20 000 à 80 000 Ar, la moyenne se situant à 44.333Ar. Nous avons révélé au cours de l'enquête que cinq foyers dont le revenu mensuel est de 50 000Ar ont du payer le coût de l'avortement provoqué de 50 000 Ar. Un autre foyer a payé 70 000 Ar son AP avec un revenu mensuel de 50 000 Ar. Même chez un ménage PF+, un foyer au revenu de 50 000 Ar a payé 80 000 Ar d'AP.

plus haut, nous avons constaté que la pratique du PF fait jusqu'à 70% la prévalence des grossesses non désirées, par ailleurs, il réduit le nombre d'avortements.

**Tableau 57: coût et bénéfice du PF relatif à l'avortement provoqué.**

Pratique	Coût de la pratique du PF	Taux moyen d'avortement	Coût unitaire moyen d'Avortement Provoqué	Coût bénéfice d'un AP
<b>PF +</b>	<b>19 260,83 Ar</b>	<b>11,56%</b>	<b>44.333 Ar</b>	<b>4 533,33 Ar</b>
<b>PF -</b>	<b>0 Ar</b>	<b>15,08%</b>	<b>44.333 Ar</b>	<b>7 951,81 Ar</b>

Source : notre propre calcul

Pour un couple par année de protection (CAP) de 19 260,83 Ar, il y a 11% de probabilité de payer un avortement de 44 333Ar, au lieu de 15% chez les couples sans protection. La politique du gouvernement en matière de santé subventionne jusqu'à la gratuité l'acquisition des kits PF, ce qui est une mesure de nature à diminuer encore le coût annuel de protection des ménages.

### VII.3.3. Complication à la naissance

Une meilleure gestion de la natalité permet de réduire les risques de complication à la naissance. Notre étude a bien révélé qu'il y a moins de complication à la naissance chez le groupe d'intervention.

Le tableau ci-après récapitule l'efficacité de la pratique de PF sur les complications à la naissance.

**Tableau 58 : Coût-bénéfice du PF lié à la complication à la naissance.**

Pratique	Coût de la pratique du PF	Taux de complication à la naissance	Charge d'une complication	Coût bénéfice d'une complication
<b>PF +</b>	<b>19 260,83 Ar</b>	<b>21%</b>	<b>40 000 Ar</b>	<b>8 400 Ar</b>
<b>PF -</b>	<b>0 Ar</b>	<b>29%</b>	<b>40 000 Ar</b>	<b>11 600 Ar</b>

Source : notre propre calcul

La naissance présente encore un taux de risque élevé avec 29 cas de complications sur 100 naissances. Le planning familial n'annule pas ce risque. Néanmoins, il le diminue de 8%. Autrement dit, les femmes PF + ont 21% de probabilité d'essayer une complication à la naissance au lieu de 29.

#### **VII.4. Avantage perçu sur l'éducation lié à la pratique du PF**

Le planning familial permet d'améliorer le revenu du ménage, une partie de ce bénéfice est affectée à l'éducation. Nous avons vu au paragraphe 1.2 que le groupe d'intervention affecte plus de revenu à l'éducation, en volume ou en ratio de revenu. Nous allons en discuter dans ce paragraphe de quelle manière le PF influe-t-il sur l'éducation du ménage.

##### **VII.4.1. Taux de scolarisation**

L'éducation d'un enfant a un coût. Considérant que les ménages veulent tous éduquer aux mieux leur enfant, les charges correspondant à l'éducation sont considérées comme un facteur limitant pour la scolarisation des enfants.

En Chine<sup>67</sup>, le niveau des dépenses requises pour l'éducation des enfants tend à modifier les comportements, les couples ne souhaitent plus avoir qu'un seul enfant pour limiter la charge financière correspondante.

Avec deux enfants scolarisables :

Une moyenne de 18% des ménages PF + ne scolarisent qu'un seul des enfants contre 23% chez le groupe d'intervention, 5% n'envoient aucun de leurs enfants à l'école chez le premier groupe contre 18% chez le deuxième.

Avec trois enfants scolarisables :

23% des ménages n'arrivent pas à soutenir la scolarisation d'un de leur enfants chez le groupe d'intervention. Tandis que 40% ne parviennent pas à scolariser 2 des 3 enfants chez le groupe témoin contre 10% chez le groupe d'intervention ; 10% du groupe témoin n'arrivent pas à scolariser la totalité de leurs enfants.

Avec quatre enfants scolarisables:

14% du ménage PF+ n'arrivent pas à scolariser un de leur enfants contre 44% chez les PF-. Par contre 43% du premier n'arrivent pas à scolariser 2 de leurs enfants contre 11% du deuxième. Il est à noter qu'avec ou sans PF, les ménages ont du mal à éduquer la totalité de leurs enfants à partir de 3 enfants à charge.

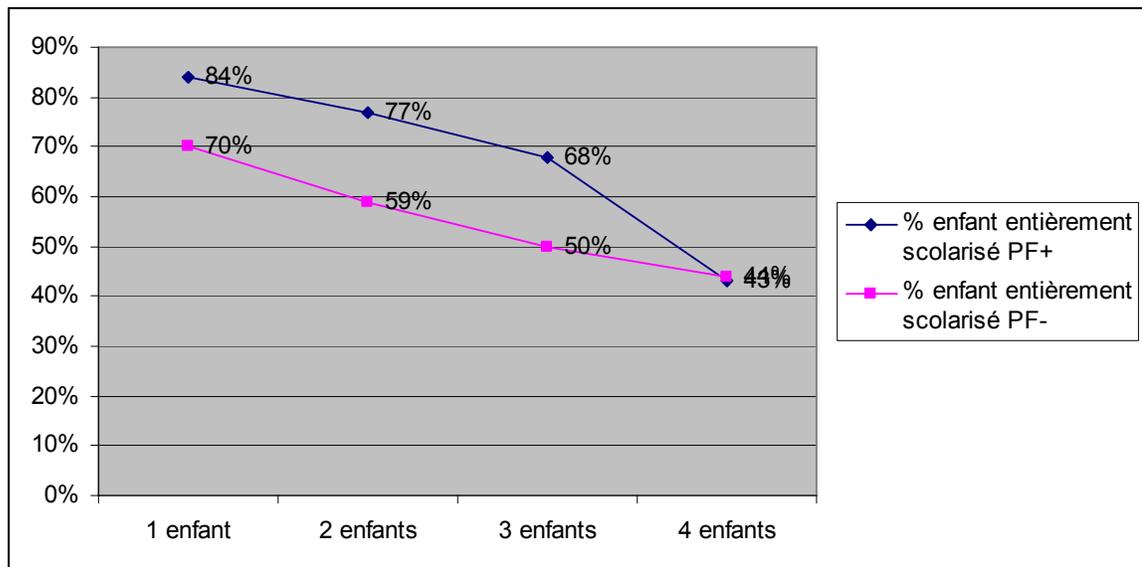
Pour les deux groupes considérés, la scolarisation a une tendance descendante à l'effectif des enfants scolarisables au sein du ménage. La tendance générale de la scolarisation chez les ménages PF+ et PF- converge à partir de 4 enfants scolarisables.

---

<sup>67</sup> Céline Monthéard, Perfectionnement continu de la politique démographique de la Chine - Lu Rucai (La Chine au Présent - 2005), p. 14

Le graphique ci-après résume cette allure.

**Figure 14 : Avantage sur la scolarisation des enfants.**



Source : notre propre calcul

L'éducation des enfants a un coût mais ce coût peut varier selon la nature de la scolarisation. Dans les grandes villes, les écoles privées et publiques coexistent. Les premières sont réputées plus efficaces par rapport aux deuxièmes mais demandent beaucoup plus de charge en l'occurrence, l'écologie. Le paragraphe suivant a pour but d'apprécier jusqu'à quel point les ménages arrivent à satisfaire l'éducation de leur enfants suivant leurs besoins et leur désir.

**Tableau 59 : Coût-bénéfice du PF sur la scolarisation de l'enfant.**

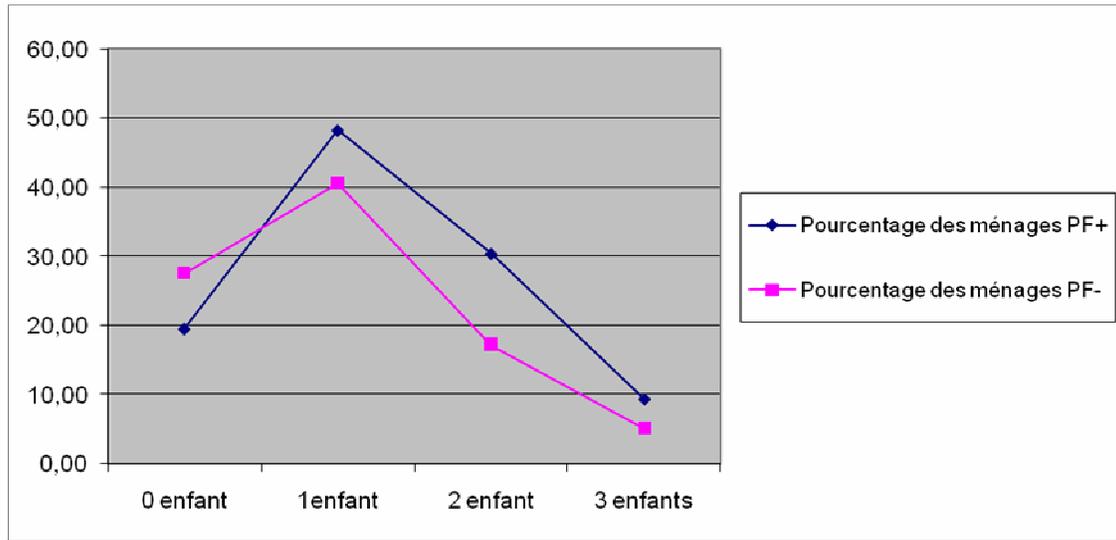
Groupe	Coût	Coût scolarisation			Coût scolarisation en moyenne = Coût bénéfice
		1 Enfant	2 Enfants	3 Enfants	
PF+	19 260,83 Ar	112 593,6 Ar	182 294,97 Ar	91 147,48 Ar	128 678,20 Ar
PF-	0 Ar	63 753,73 Ar	53 735,28 Ar	45 538,38 Ar	54 343,24 Ar
Différentiel de coût bénéfice					74 334,96 Ar

Source : notre propre calcul

#### VII.4.2. Préférence pour la scolarisation des enfants

Près de 80% des ménages désirent scolariser leurs enfants dans les écoles privées mais n'y arrivent pas tous à cause de l'écologie. 28% des ménages du groupe témoin n'arrivent pas à scolariser leurs enfants au sein des écoles payantes contre 20% pour le groupe d'intervention. Le graphique ci-après visualise les niveaux comparés de scolarisation des enfants dans le secteur privé entre les deux groupes.

**Figure 15 : Coût comparés de la scolarisation privée des enfants.**



Source : notre propre calcul

Avec un enfant, les ménages des deux groupes sont à peu près de même niveau de scolarisation d'enfant au privé, le groupe témoin arrive même à surpasser le groupe d'intervention. Mais la tendance se renverse à partir de deux enfants, autrement dit les ménages du groupe d'intervention arrivent mieux à prendre en charge la scolarisation de plusieurs enfants en privé que le groupe témoin.

Le résultat de l'investigation sur l'écolage nous affirme que 50% des ménages du groupe témoin ne payent pas d'écolage contre 28% du groupe d'intervention. La charge moyenne mensuelle sur la scolarisation est de 14 893,38 Ar chez le ménage PF+ contre 10 119,64 Ar pour le PF -

A l'issue de ces analyses susmentionnées, les ménages du groupe d'intervention arrivent mieux à prendre en charge la scolarisation privée de leurs enfants que ceux du groupe témoin.

### **VII.5. Amélioration du niveau de vie du ménage par la pratique du PF**

L'économie d'une société dépend du niveau de bien-être, de ses flux moyens de consommation, de sa capacité d'accumulation globale de stocks productifs, de l'égalité et sécurité dans la distribution des revenus individuels et du sentiment de sécurité quant aux revenus futurs.

Nous postulons que le bien être matériel du ménage est lié au niveau de son revenu, à sa faculté d'accumuler des biens qui lui sont nécessaires.

Nous avons essayé de mesurer les différences de bien-être matériel entre les ménages qui font le PF et ceux qui ne le font pas en considérant les biens suivants :

- Vêtement
- Chambre disponible (logement)
- Leur maison
  - ✓ Plancher
  - ✓ Façade
  - ✓ Toiture

- Equipement de foyer

### VII.5.1. Vêtements

Le calcul des dépenses moyennes de l'échantillon en vêtement a donné le résultat suivant :

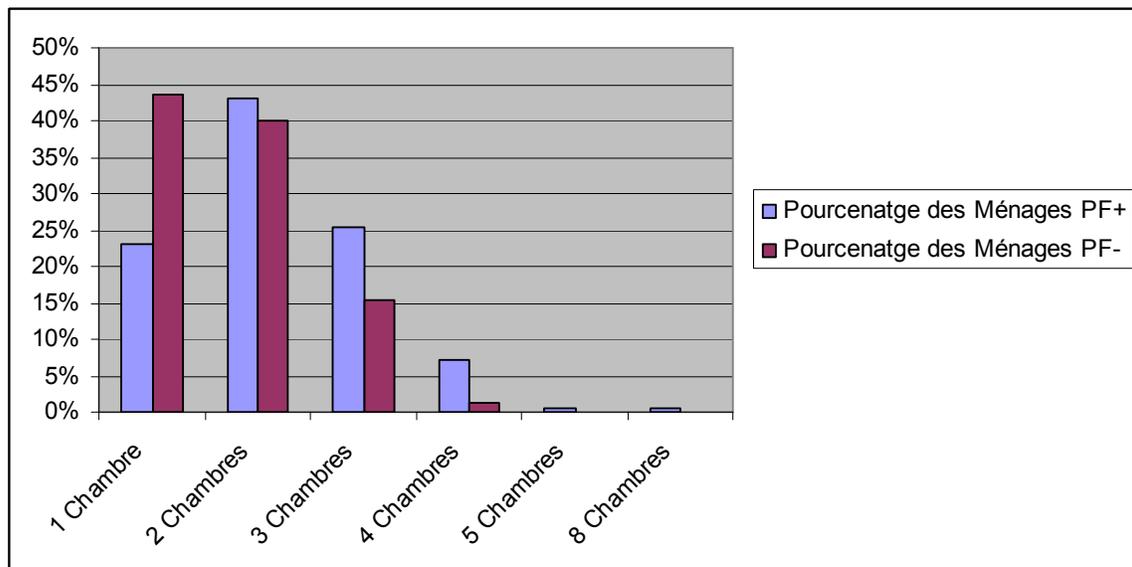
$$PF + : 45\,003,31 > PF - : 36\,916,67$$

Les ménages du groupe d'intervention allouent donc beaucoup plus de revenu aux vêtements que les ménages du groupe témoin.

### VII.5.2. Chambres

S'agissant du nombre de chambres, les ménages du groupe d'intervention en ont beaucoup plus que ceux du groupe témoin. D'après les résultats, il y a en moyenne 4 individus par ménage. La moitié des ménages du groupe témoin ne dispose qu'une chambre pour ces quatre personnes.

Figure 16 : Disponibilité des chambres.



Source : notre propre calcul

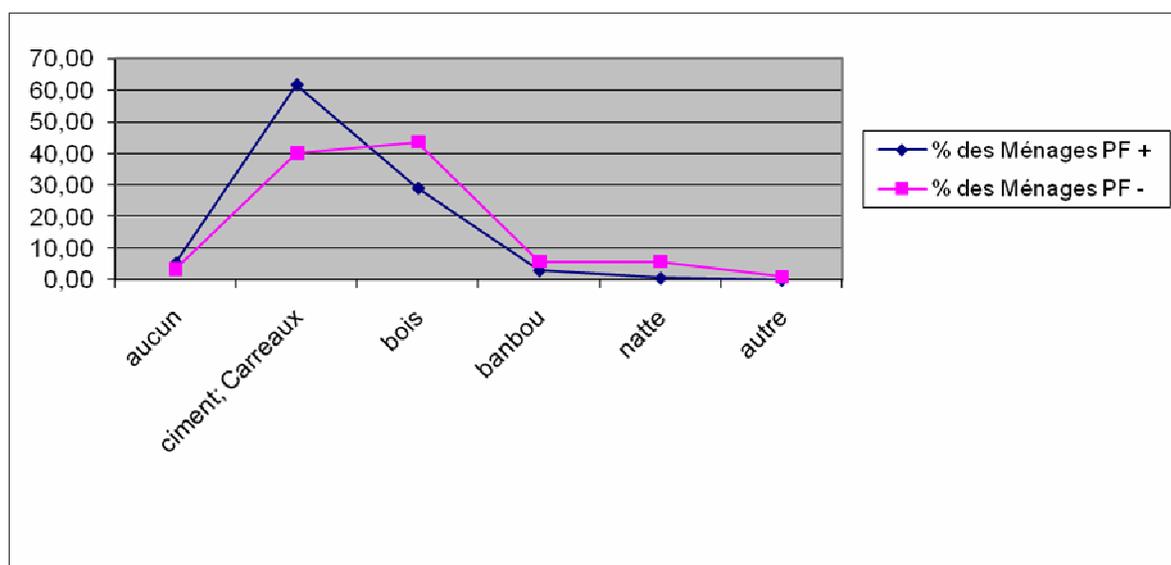
La graphie de la disponibilité des chambres montre clairement l'aisance des ménages du groupe d'intervention par rapport à ceux du groupe témoin. A partir de 2 chambres, la disponibilité de chambre est à l'avantage des ménages du groupe PF +, rares sont ceux du groupe PF – à disposer de 3 chambres et plus.

### VII.5.3. Nature du plancher

Le plancher fait partie des indicateurs que nous avons retenus pour évaluer le niveau de bien être matériel du ménage.

Les ménages aisés ont un plancher en carrelage ; en ciment ou en bois précieux, les moins aisés le font en bois ordinaire, en bambou ou même en tsihy (natte recouvrant le sable).

Figure 17 : Nature du plancher.



Source : notre propre calcul

L'allure du graphique reflète la différence entre le groupe témoin et le groupe d'intervention. Les ménages qui font du PF ont de plancher en carreaux ou en ciment recouverts de moquette (64%) alors que les ménages PF- ont surtout des plancher en bois en bambou ou en honkona (matériau du pays).

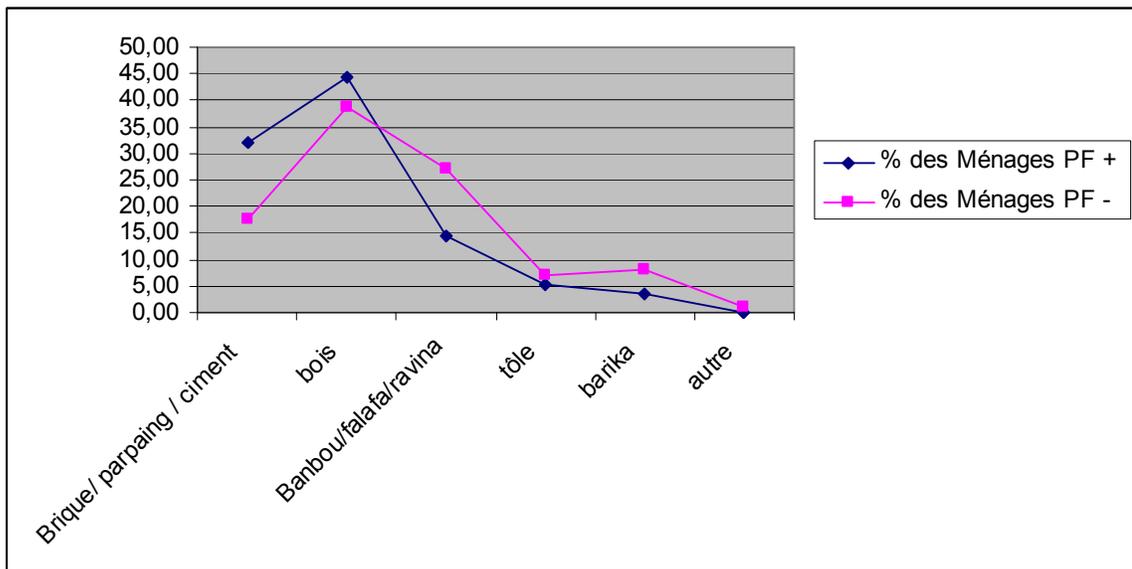
#### VII.5.4. Nature de la façade

La façade de la maison peut être en ciment ou en briques et qui sont de coût élevé, ou en tôles et Barika (fûts) moyennement chers ou en bois ou falafa (branche de ravinala) qui sont les moyens chers. Même principe que précédemment, les ménages qui ont un niveau de vie plus élevé ont des façades en dur (ciment ou brique).

Le graphique ci après nous donne un aperçu sur la nature des façades des ménages.

L'allure de la courbe met le groupe d'intervention en relief pour les façades en dur (ciment et briques) et en bois. Par contre le groupe témoin prend le dessus pour les façades en falafa, en tôles et en bambou.

Figure 18 : Nature de la façade.



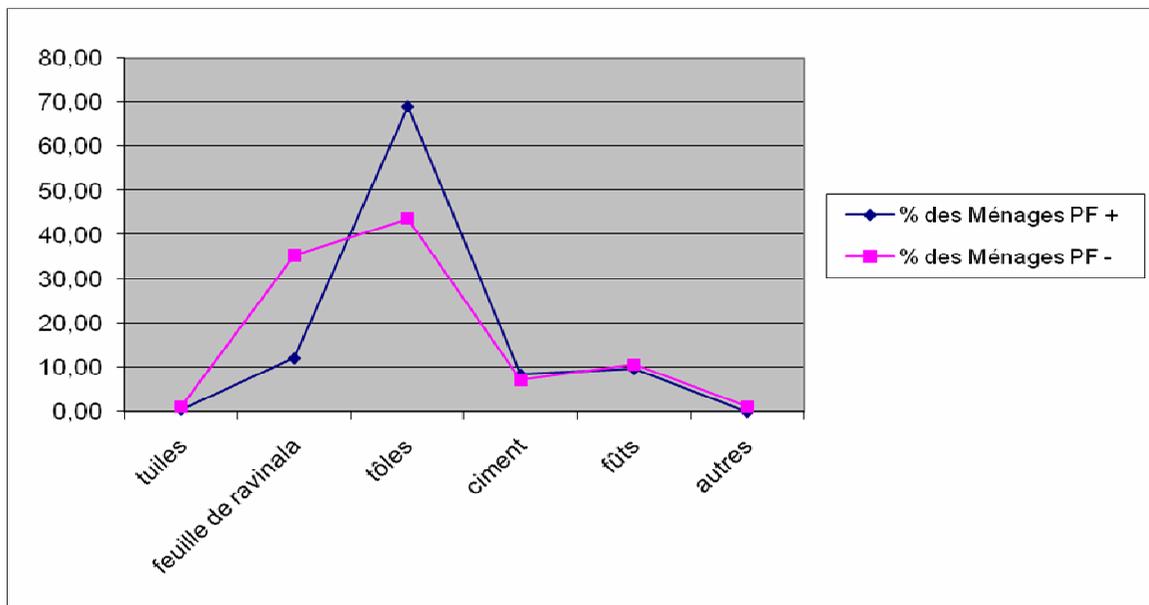
Source : notre propre calcul

#### VII.5.5. Nature du toit

Sur la côte Est, région cyclonique, mis à part des toits en dur qui reviennent très chers, les toits les plus adéquats sont en tôle. Les toits en Ravinala (bozaka, ravina), se détériore facilement sous l'effet des cyclônes et de la forte humidité ambiante mais beaucoup de ménages les utilisent quand même .

Le graphique ci-après nous informe de la nature du toit des maisons des ménages de l'échantillon :

Figure 19 : Nature du toit.



Source : notre propre calcul

Les ménages du groupe d'intervention ont beaucoup plus de toit en dur et en tôles, par rapport à ceux du groupe témoin. La tendance se renverse quand au toit en Ravina, en barika.

L'observation extérieur du train de vie des ménages indique clairement que : la nature de la façade, la nature du toit, la nature du plancher sont les signes que les ménages PF+ ont un niveau de bien être matériel plus élevé que les ménages PF -.

Nous allons donc essayer de faire le rapprochement entre les deux groupes du point de vue de l'intérieur du foyer.

**Tableau 60 : Comparaison des biens et équipements au foyer.**

Objet au foyer	Groupe	Quantité moyenne
Nombre de siège	PF +	7,2
	PF -	5
Nombre de table	PF +	2,14
	PF -	1,72
Nombre de lit	PF +	2,55
	PF -	1,96
Nombre de machine à coudre	PF +	1,85
	PF -	0,35
Nombre de radio cassette	PF +	0,99
	PF -	0,93
Nombre de TV	PF +	0,88
	PF -	0,73
Nombre de velo	PF +	0,75
	PF -	0,73
Nombre de moto	PF +	0,34
	PF -	0,23
Nombre de voiture	PF +	0,10
	PF -	0,07

Source : notre propre calcul

Ce tableau démontre que le groupe d'intervention a beaucoup plus de biens d'usage courant au sein du foyer, en commençant par le nombre de siège, de lit, de table, jusqu'à des moyens de déplacement de grande valeur tels que voiture et motocyclette .

Les PF + ont une meilleure condition de bien-être matériel. Ce résultat ne fait que confirmer ceux de la santé et de l'éducation, quant aux bénéfices obtenus par les ménages du groupe d'intervention par rapport à ceux du groupe témoin.

Ces bénéfices du planning familial seraient partagés si la connaissance, les attitudes et la pratique sont améliorés chez le PF -.

Notre enquête a permis de prouver l'aisance matérielle supérieure des ménages pratiquant le PF, c'est un état de fait. Cette aisance se manifeste par des externalités remarquables du niveau de

l'habillement des membres de ces familles. Au niveau de leur maison à l'extérieur (mûrs, apparence façade, dimensions du bâtiment, toiture) comme à l'intérieur (nombre des chambres et dimensions, mobiliers, plabcher). Au niveau de la nourriture, poste de dépenses incompressibles, les niveaux des allocations budgétaires sont en revanche presque identiques. La différence, relativement légère, rend cependant compte des soucis des qualités diététiques et nutritives que l'aisance financière des ménages pratiquants enquêtés met en leur portée, et que leur bon niveau d'instruction recherche.

La question que l'on peut se poser alors est celle de savoir s'il y a réellement une relation de cause à effet entre la pratique du PF et l'aisance matérielle des pratiquants. S'il y en a une, il est évident qu'elle ne peut pas se matérialiser du jour au lendemain de la venue d'un ménage au PF. Il faut une période assez longue pour que l'effet de l'accumulation des économies de dépenses réalisées du fait du PF se fasse sentir. Cette condition est remplie dans le cas des ménages pratiquants échantillonnés pour la présente étude. Ils ont déclaré avoir commencé à pratiquer depuis un certain nombre d'années, jusqu'à 5 ans avant l'enquête pour certains. L'effet PF a donc bien eu le temps de jouer dans le sens d'une capitalisation des leurs économies de dépenses et du renforcement de leur capacité d'investissement sur épargne dans les postes de dépenses qui leur conviennent. Les résultats qualitatifs qui expriment leur aisance financière ne sont donc pas qu'une simple coïncidence mais bien l'effet de la chaîne d'avantages et de bénéfices découlant de la pratique du PF. Et donc il est établi qu'il y a bien une relation de cause à effet entre la pratique du PF et le bien-être du ménage pratiquant.

## VII.6. Rapport coût bénéfice

L'analyse coût bénéfice (ACB) est une méthode permettant de vérifier l'avantage de pratiquer un programme par rapport à un autre. L'indicateur final dans cette analyse est le rapport du différentiel des coûts sur le différentiel des bénéfices qui doit être inférieur à 1.

Dans notre cas sur les deux options PF + et PF -, le tableau ci-après dégage les différentiels sus-indiqués sur les plans fréquentation de centre de soins, avortement provoqué, complication à la naissance et scolarisation.

**Tableau 61 : Le rapport coût bénéfice de la pratique du PF**

Groupe	Coût Bénéfice de la fréquentation de centre de soins	Coût bénéfice d'un AP	Coût bénéfice d'une complication à la naissance	Coût bénéfice d'une scolarisation	Total
PF +	5 901,80	4 533,33	8400	128 678,20	147 513,33
PF -	9 224,10	7 951,81	11600	54 343,24	83 119,15
Différentiel de bénéfice	3 322,30	3 418,48	3 200	74 334,96	84 275,74

Source : notre propre calcul

Nous avons vu au long de l'étude que les effets PF sont ressentis dans toute une série de plans. Par commodité, nous nous sommes limité aux quatre domaines sus-indiqués dans le tableau. Au niveau de l'ensemble de ces quatre domaines, la somme des coûts bénéfices est de 147 513,33 Ar pour les PF +. Elle est de 83119,15 Ar pour les PF-. Le différentiel global au niveau des deux

groupes est donc de 84 275.74 Ar. Le ratio est bien inférieur à 1, soit 0.23, preuve que la pratique du planning familial est bien coût bénéfice à l'avantage des pratiquants.

$$\text{Rapport coût bénéfice} = \frac{19\,260,83 \text{ Ar} - 0 \text{ Ar}}{84\,275,74 \text{ Ar}} = 0,23$$

### VIII. Limite de l'étude

Nous sommes parfaitement conscient du fait que les sources de données dont nous avons disposé pour cette étude sont loin d'être satisfaisantes. Notre étude nous a amené à comparer deux ménages à caractéristiques similaires. Compte tenu du temps et des moyens qui étaient à notre disposition, notre échantillon a été limité. Pour une analyse plus approfondie, le tableau I présente les strates à considérer. Ce tableau offre l'analyse de 20 strates que nous n'avons pas pu effectuer parce que l'échantillon pour une strate n'était pas représentatif. Des études complémentaires sont préconisées pour écarter les biais et mettre en évidence uniquement les bénéfices. Egalement pour approfondir les impacts du planning familial sur chaque paramètre du modèle, à savoir la santé, l'éducation et la gestion du ménage elle-même. Plus précisément, ces recherches devraient considérer un à un les sous-éléments tels que l'avortement provoqué, les complications de naissance, la fréquentation des centres de soins, l'éducation et le travail de la femme.

Cette étude a pour objet l'évaluation économique de la pratique du planning familial, elle a seulement essayé de cerner ses coûts et ses bénéfices mais certainement ces derniers ne sont pas exhaustifs.

# CONCLUSION

La recherche d'une voie de développement effectif et efficace demeure la préoccupation primordiale des pays en voie de développement tels que Madagascar. La succession de stratégies politiques sans effet dans ces pays témoigne de l'incapacité à rehausser le niveau de vie de la population. De nombreuses études<sup>72</sup> menées pour la compréhension de ce phénomène d'immuabilité de la situation économique ont associé le sous-développement au démographique. D'où l'importance de l'analyse en terme de transition démographique. En effet, le grand nombre de pays subsahariens présente des caractéristiques démographiques semblables, exprimées principalement par une mortalité faible et une natalité très forte. Ce déséquilibre a pour conséquence l'explosion démographique, qui elle-même renforce la dégradation du niveau de vie de la population.

Madagascar est concerné par cette explosion démographique. En effet, dans le cadre du respect des objectifs fixés lors du sommet du Millénaire des Nations Unies en 2000 à savoir réduire la mortalité infanto-juvénile et améliorer la santé maternelle, les stratégies politiques se sont beaucoup plus orientées vers un développement social axé sur la gestion démographique. Cette dernière doit avoir comme objectif de compresser la natalité en réduisant la fécondité et d'améliorer les conditions de vie par l'efficacité de la gestion sanitaire de la population en partant de la cellule familiale. En effet, les investissements en terme de centres de santé et les nombreuses actions de sensibilisations (telle que celle menée dans le cadre de la lutte contre le SIDA) témoignent des efforts déployés par le gouvernement malgache quant à sa détermination d'orientation politique vers un développement social.

Dans un environnement dominé non seulement par des attitudes pronatalistes liées aux us et coutumes d'une part, au poids de la religion d'autre part, mais aussi et surtout à cause des lacunes en matière de mobilisation, l'enjeu stratégique est de taille pour le gouvernement malgache. Néanmoins, malgré ces obstacles persistants, Madagascar a essayé tant bien que mal de mettre en place une stratégie de gestion démographique à savoir le « planning familial ».

La considération de ce programme de « planning familial » dans la commune urbaine de Toamasina nous a permis d'évaluer ses réels avantages (bénéfices) quant aux objectifs fixés à savoir l'amélioration des conditions de vie des ménages.

Ceci étant, les 250 ménages de l'échantillon que nous avons considéré ont permis de refléter le contexte familial de la population malgache à travers l'étude parallèle des deux groupes d'échantillons, le groupe d'intervention PF+ et le groupe témoin PF - . Les conclusions à l'endroit de ces enquêtes peuvent être classées en deux types de bénéfices, l'un d'ordre quantitatif (revenu, épargne du ménage) et l'autre d'ordre qualitatif (bien être du ménage).

Dans cette comparaison entre groupe témoin et groupe d'intervention, la pratique du planning familial a servi de différentiel entre les styles de vie des ménages. En cela, les enquêtes ont permis de montrer que la pratique du planning familial contribue à rendre efficace le système d'allocation de ressources aux différents rubriques de dépenses ménagères. Ainsi, elle a révélé la réduction des dépenses de santé due au non recours à l'avortement et à la fréquentation des centres de santé. Celle-ci, à son tour, a permis d'accentuer l'orientation des dépenses vers des

---

<sup>72</sup> Des études menés par l' Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques avec Institut national d'études démographiques. Pierre Simon Le contrôle des naissances histoire, philosophie, morale, Payot , 1966 France - 294 pages

domaines sensibles telle que l'éducation. Le groupe d'intervention s'est démarqué par un taux plus élevé de scolarisation des enfants. Toutefois, l'avantage le plus significatif perçu dans cette évaluation quantitative est la hausse de l'épargne des ménages pratiquants. Cette grandeur est d'autant plus importante qu'elle implique deux possibilités aux ménages à savoir placer dans un éventuel investissement futur, ou pour faire face à des imprévus futurs. Il est évident que le gain économique réside, dans le cas présent, dans la réduction de la vulnérabilité des ménages qui pourront anticiper, s'organiser et faire des projets futurs.

Par ailleurs, sur le plan sanitaire, le groupe d'intervention se distingue du groupe témoin par la réduction des coûts afférents à la santé. Nous avons déjà évoqué ci-dessus les avantages quantitatifs de la pratique du PF sur les ménages pratiquants par la réduction de la fréquentation des centres de santé. Sous un autre angle, cette réduction découle de la réduction du taux de prévalence des cas de grossesse non désirée. Autrement dit, la pratique du planning familial agit sur le comportement de ménages, en ce sens qu'elle contribue à la réduction de la fécondité (objectif fixé par le MAP et l'OMD). De cela, deux avantages substantiels sont attendus à savoir : la réduction des naissances non planifiées (de 14% à 5%) et celle du taux d'avortement (15% à 10%). Ces deux paramètres agissent également sur le revenu des ménages dans la mesure où ils ont un poids non négligeable dans les dépenses allouées à la santé. Nous avons remarqué au cours de cette étude, que non seulement les ménages du groupe témoin fréquente plus les centres de santé, mais aussi et surtout que ces surcoûts sont ressentis d'autant plus que leur revenu est faible (charges surpassent le revenu, impliquant un recours à l'emprunt, donc à l'endettement.

Il est indubitable que le planning familial apporte des externalités positives au niveau des ménages pratiquants dans la commune urbaine de Toamasina. Ces avantages, perçus au niveau de chaque ménage, ont forcément des impacts positifs sur le développement de la région de Toamasina. Autrement dit, la somme des bien-être familiaux concourent à l'amélioration du bien-être collectif. En effet, si le niveau d'épargne d'un ménage augmente, une hausse collective du niveau d'épargne ne peut qu'avoir des effets favorables à l'économie de la commune.

Toutefois, ces répercussions sur l'économie de la Commune urbaine n'ont pas été palpables, révélant ainsi les limites du programme de planning familial dans l'amélioration du bien-être collectif, et de la hausse collective des revenus. Des exemples comme la persistance des avortements au sein des ménages pratiquant le planning familial sont autant d'indicateurs d'échec du bon fonctionnement du programme. Ces obstacles, dans la plupart des cas, relèvent d'une pratique incorrecte et irrégulière de la contraception, pilier du programme de planning familial. Autrement dit, même au sein des groupes d'intervention, le système s'intègre mal, entraînant des erreurs de prévisions quant aux attentes relatives à l'établissement du programme.

A cela s'ajoute un taux élevé d'abandons de la pratique marquant l'insatisfaction des ménages quant à leurs attentes de retombées positives du planning familial sur leur niveau de vie. Ceci est dû en partie aux lacunes d'encadrement. En effet, le manque d'encadrement constitue un des éléments qui portent préjudice au bon fonctionnement du programme aussi bien sur le plan régional que sur le plan national.

un très gros risque encouru pour ce programme de planning familial serait sa banalisation, qui conduirait inéluctablement à son discrédit aux yeux de la population. En effet, le succès de la campagne PF, comme celui de la lutte contre les IST-SIDA, exige une véritable révolution culturelle chez les natifs malgaches. La culture traditionnelle veut que la famille nombreuse soit un cadeau divin très apprécié surtout à la campagne où les travaux des champs réclament beaucoup de bras à défaut de moyens modernes sophistiqués. Par ailleurs, l'usage de matériels de protection ou de prévention contre la grossesse non désirée demeure difficilement acceptable par beaucoup de Malgaches. En effet, "Consommer nature" (sic) contribue au renforcement de la

position de ceux qui, dans la plupart des cas, et pour les deux sexes sans distinction, ne croient pas encore à l'existence du SIDA. C'est par conséquent, dans cette perspective que la révolution culturelle doit s'affirmer.

Inculquer le PF, à la population adulte, quadragénère et quinquagénère, s'avère difficile, voire impossible. C'est dans cette frange que le poids des traditions demeure le plus lourd. D'ailleurs, cela engendrerait des coûts dont les retombées pourraient être peu efficace pour la société.

A contrario, son application est non seulement envisageable mais doit être envisagée pour les jeunes générations, (majorité de la population malgache). Accessoirement, cela contribuerait à freiner les tendances actuelles vers le sexe et la drogue. En dépit des effets positifs du PF, ces déviations représentent objectivement des orientations menaçantes. Pour autant, l'utilisation du PF n'est pas à banir mais elle gagne à être complétée au niveau de la sensibilisation et de l'encadrement, à ajouter les thèmes de lutte contre la débauche sexuelle. C'est un rôle dans lequel excellent les acteurs religieux qui ont par ailleurs la possibilité d'intervenir dès le niveau scolaire (primaire et secondaire). En outre, les acteurs civils, notamment au niveau des CSB, des maternités et des PMI, des cliniques et de certaines associations et ONGs des projets et des programmes, pourraient relayer cette action malgré les différences de motivation.

Des efforts devraient être déployés non seulement dans le cadre du changement de comportement des ménages (groupes d'intervention et autres) mais également dans l'amélioration de l'offre de service de planning familial (pour ceux qui pratiquent déjà et ceux qui sont invités à pratiquer). Autrement dit, un bon accueil et un suivi permanent des patients (un meilleur encadrement) permettront d'améliorer la pratique et ainsi d'atteindre les objectifs fixés.

D'où l'élaboration de la fonction suivante tenant en compte les analyses effectués tout au long de cet ouvrage :

$$\text{Développement} = f(\text{Bien être économique})$$

$$\text{Bien être économique} = f(\text{besoins de base, capacités, fonctionnements})$$

**Par hypothèse, on réduit :**

- $\text{Bien être} = f(\text{besoins de base})$

Or

- Besoins de base = nourriture, habille/logement, éducation, soins, eau potable
- $\text{Revenu} = f(\text{Consommation} + \text{épargne})$
- $\text{Revenu/tête} = f(\text{taille ménage})$

et

$$\bullet \text{ Taille ménage} = f(\text{planning familial} + \text{encadrement})$$

Donc le bien-être est par conséquent fonction du planning familial mais aussi de l'encadrement (amélioration de l'offre et du suivi...) qui doit être mené pour le pérenniser :

$$\text{développement} = f(\text{planning familial} + \text{encadrement})$$

Les stratégies politiques menées dans le cadre de la gestion démographique de la part du gouvernement, en terme de planning familial, doivent être accompagnées par la mise en place d'un meilleur encadrement à savoir :

- Mettre en place une stratégie de suivi des groupes d'intervention afin de limiter l'abandon et de maximiser les effets positifs.
- Augmenter les investissements relatifs à l'offre de service liée au PF pour optimiser l'accessibilité du plus grand nombre au programme.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **1- Ouvrages :**

- 1 A. Sen, « *equality of what ?* » dans Choice, Welfare and measurement. Oxford : Backwell ; Cambridge MA, MIT Press, 1982, p 20
- 2 A. Sen, *Inequality Reexamined*, Harvard University Press, 1992, 4th printing 1997
- 3 B. Barnett et J. Stein, *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning* (Research Triangle Park, NC : Family Health International, 1998) : 83.
- 4 C. Valabrègue, *Contrôle de naissance et planning familial*, table ronde, 1996 Michigan, 232 pages, P36
- 5 C. Monthéard, *Perfectionnement continu de la politique démographique de la Chine - Lu Rucui* (La Chine au Présent - 2005), p. 14
- 6 D.J. Olson, *Communication pour le changement de comportement sur le planning familial*, PSI 2002 Antananarivo, p. 8-14
- 7 E.KABURU BAUNI « *The quality of care in family planning: A case study of Chogoria, Eastern Kenya* », CIRED, 1994
- 8 F. MODIGLIANI, *Economie politique – Ethics*, France 1988, Page 158, P. 17
- 9 HR. Holman *Qualitative inquiry in medical research* J Clin Epidemiol 1993;46(1):29–36.
- 10 INSTAT/ FNUAP, *Enquête démographique et de la santé EDS-III*, Instat Antananarivo 360, 150-210
- 11 J. Raws, *A Theory of Justice*, Harvard University Press, 1971, 224 p
- 12 J.R. Seltzer, *Les origines et l'évolution des programmes de planning familial dans les pays en voie de développement*, lexingtonbooks, 1981Londre, 207, 64-72p.
- 13 L. Asselin, A. Dauphin, *Mesure de la pauvreté : un cadre conceptuel*, CECI, 2000, p.19-33
- 14 M. SALA-DIAKANDA,R. MFOULOU, R. DACKAM NGATCHOU, *Population et Santé Familiale en Afrique*. Fédération Internationale pour la PF, 2004, p.171
- 15 N. Kabeers, « *Beyond the poverty lines : Measuring Poverty and Impoverishing Measures* », *Reversed Realities, Gender Hierarchies in Development Thought*, 1994 , Verso, London, p. 162
- 16 N. Birdshall, C. Kelley, W. Steven, *Sinding Population matters*, Oxford University Press, 2001 - 462 pages,
- 17 P. NGOM, *Pourquoi les femmes arrêtent-elles d'utiliser la contraception ?étude de cas au Botswana*. 1998
- 18 P. Simon ; *Le contrôle des naissances histoire, philosophie, morale*, Payot , 1966 France - 294 pages

- 19 R. Caldwell and S. Sprechmann, *HANDOUT MANUAL* , Workshop Series – 1997. p. 49 - 52
- 20 R. Magnani, *Guide d'Echantillonnage*, Academy for Educational Development, suisse 1996 p. 10 -16
- 21 J. Sumner, V. Jacob, A. *Matern Child Health J*, New York 2000 ; vol. 7 : p. 169-178.

## **2- Rapport :**

- 1 OMS, *Ten statistical highlights, in global public health*, Statistique 2006, pages 138, p 12-36
- 3 INSTAT/Cornell University/Banque Mondiale, *Dynamique de la pauvreté à Madagascar* , INSTAT 2004, Antananarivo. 98 pages..
- 4 Randrianarisoa, *Résultats évaluation finale du projet de planning familial de ADRA Madagascar dans la commue urbaine de Toamasina* – évaluation finale du projet ‘Mahatoky’ ADRA Madagascar –Toamasina 2007, 78 pages
- 5 La théorie économique : *démographie et économie* », revue N° 2 882, Université d’oxford 2002, pages 38
- 6 FNUAP, *ETAT DE LA POPULATION MONDIAL 2002*, macroéconomie, pauvreté, population et développement , 2002 Etat Unis, 136 pages
- 7 *Perspectives Internationales sur le Planning Familial*, numéro spécial de 1999, France 1999 pp. 26–30
- 8 INED – IRD , *Améliorer La Santé De La Reproduction Des Jeunes A Madagascar*, INED – IRD – Paris 5 – Paris X, novembre 2006

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon suivant les fokontany.....	20
Tableau 2 : Classification de la strate d'enquête sur terrain .....	21
Tableau 3 : Type d'évaluation avec et sans situation de départ (base line).....	24
Tableau 4 : Offre de service de planning familial dans la ville de Toamasina .....	35
Tableau 5 : Les coûts des méthodes contraceptives .....	35
Tableau 6 : Calcul de coût annuel de pratique du PF .....	36
Tableau 7 : l'âge des enquêtés dans l'échantillon cible.....	39
Tableau 8 : La taille des ménages enquêtés .....	40
Tableau 9 : Le niveau d'instruction des femmes enquêtées.....	40
Tableau 10 : Connaissance sommaire en PF.....	41
Tableau 11 : Connaissance approfondie du PF groupes confondus.....	42
Tableau 12: Connaissance approfondie du PF groupes dissociés.....	42
Tableau 13: Connaissance des types de kits PF.....	44
Tableau 14: Partenaires avisés de la pratique du PF.....	45
Tableau 15: Le consentement des partenaires à la pratique du PF.....	45
Tableau 16: La contribution des partenaires à la pratique du PF.....	45
Tableau 17: Imputation des charges du PF.....	46
Tableau 18: Les attitudes des autres personnes ressources.....	46
Tableau 19: Les problèmes posés par d'autres personnes ressources sur la pratique du PF.....	47
Tableau 20: Evolution des attitudes des non pratiquantes.....	47
Tableau 21: Evolution d'attitude des utilisatrices.....	47
Tableau 22: Echéances prévues de réutilisation.....	48
Tableau 23 : Perception des bénéfices liés à la pratique de PF par les ménages :.....	49
Tableau 24 : Perception des bénéfices au niveau des différents domaines de la vie du ménage.....	49
Tableau 25 : Les niveaux de revenu des ménages :.....	50
Tableau 26 : Allocations du revenu des ménages:.....	51
Tableau 27 : L'intervalle intergénérisique souhaité les deux groupes confondus.....	52
Tableau 28 : L'intervalle intergénérisique souhaité par les deux groupes de comparaisons dissociés.....	52
Tableau 29: L'Intervalle intergénérisique réel tous groupes confondus.....	53
Tableau 30 : Intervalles intergénérisiques réels par groupe d'analyse.....	53
Tableau 31 : Prévalence des grossesses non désirées.....	54
Tableau 32 : Panorama des raisons de grossesse non désirée.....	55
Tableau 33 : Types des réactions en cas de grossesse non désirée.....	55
Tableau 34 : Panorama des raisons d'avortement.....	56
Tableau 35 : Coûts d'un avortement provoqué.....	56
Tableau 36 : Les complication à la naissance.....	57
Tableau 37 : Les fréquentations des centres de soins.....	58
Tableau 38 : Les maladies frappants les enfants.....	58
Tableau 39: Les frais de traitement en cas de maladie.....	59
Tableau 40 : Effectif des enfants à charge moins de 16 ans.....	59
Tableau 41 : La scolarisation des enfants.....	60
Tableau 42 : La taille des ménages enquêtés.....	61
Tableau 43 : Le niveau d'instruction des femmes enquêtées.....	63
Tableau 44 : Effectifs observés niveau d'instruction et pratique de PF.....	64
Tableau 45 : Effectif théorique.....	64
Tableau 46 : Indicateur des écarts.....	65

Tableau 47 : Effectif observé .....	66
Tableau 48 : Effectif théorique.....	66
Tableau 49 : Indicateur des écarts .....	67
Tableau 50 : Effectif observé .....	68
Tableau 51 : Effectif théorique.....	68
Tableau 52 : Indicateur des écarts .....	69
Tableau 51: Comparaison international en matière de connaissance du PF .....	71
Tableau 52 : Allocation des ressources des ménages .....	75
Tableau 53 : Choix et maîtrise des intervalles intergénérisiques.....	81
Tableau 54: Coût-bénéfice des fréquentations des centres de soins.....	82
Tableau 55: coût et bénéfice du PF relatif à l'avortement provoqué.....	85
Tableau 56 : Coût-bénéfice du PF lié à la complication à la naissance.....	85
Tableau 57 : Coût-bénéfice du PF sur la scolarisation de l'enfant.....	87
Tableau 58 : Comparaison des biens et équipements au foyer. ....	92
Tableau 59 : Le rapport coût bénéfice de la pratique du PF .....	93

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Localisation graphique de la zone d'étude.....	18
Figure 2 : Cadre conceptuel d'analyse.....	32
Figure 3 : Scénario A sur le choix d'un ménage de garder l'enfant d'une grossesse non désirée .....	33
Figure 4 : Scénario B sur le choix d'un ménage de faire avorter une grossesse non désirée .	34
Figure 5 : Attitudes envers le PF .....	72
Figure 6 : Les raisons d'abandon du PF.....	74
Figure 7 : Diagramme des Allocations de revenu des deux groupes.....	76
Figure 8 : Domaines de perception des bénéfices par les ménages.....	78
Figure 9 : Choix d'avortement provoqué en cas de grossesse non désiré des PF-.....	79
Figure 10 : Choix d'avortement provoqué en cas de grossesse non désiré PF+ .....	80
Figure 11 : Affectation de revenu aux dépenses de santé .....	82
Figure 12 : Prévalence d'avortement provoqué .....	83
Figure 13 : Choix devant les grossesses non désirées .....	84
Figure 14 : Avantage sur la scolarisation des enfants.....	87
Figure 15 : Coût comparés de la scolarisation privée des enfants.....	88
Figure 16 : Disponibilité des chambres. ....	89
Figure 17 : Nature du plancher.....	90
Figure 18 : Nature de la façade. ....	91
Figure 19 : Nature du toit.....	91

## Table de matière

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>9</b>
<b>METHODES UTILISEES.....</b>	<b>15</b>
I.    METHODE QUALITATIVE : .....	16
I.1.    Interview semi structurée.....	16
I.2.    Recherches bibliographiques : .....	17
I.3.    Recherche sur internet : .....	17
II.   METHODE QUANTITATIVE : .....	17
II.1.  Enquête auprès des ménages .....	17
II.1.1. Délimitation de la zone d'étude.....	17
II.1.2. Population cible.....	18
II.1.3. Taille de l'échantillon .....	19
II.1.4. Démarche sur terrain.....	20
II.2.  Analyse Cout-bénéfice (ACB) .....	21
II.2.1. les options à évaluer.....	21
II.2.2. Point de vue adopté.....	21
II.2.3. Analyse et calcul des coûts .....	22
II.2.4. Analyse et calcul des bénéfiques .....	22
II.2.5. La liste des indicateurs d'effets .....	23
II.3.  Evaluation sans base line .....	24
II.4.  Exploitation des données .....	24
II.4.1. Saisie et apurement des données .....	25
II.4.2. L'analyse .....	25
II.4.3. exploitation du questionnaire utilisé.....	25
<b>RESULTATS DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>29</b>
III.  LES RESULTATS QUALITATIFS .....	30
III.1.  Modèle théorique de l'étude .....	30
III.2.  Concept d'analyse et de comparaison.....	32
III.3.  Offre de service planning familial dans la ville de Toamasina .....	34
III.4.  Les charges liées à la pratique du planning familial .....	35
III.5.  Les points saillants des conclusions des principaux travaux de recherche réalisés à travers le monde sur le PF .....	36
III.5.1.  Les Avantages du planning familial sur le revenu des ménages. ....	37
III.5.2.  Bénéfices en terme de santé .....	37
III.5.3.  Avortement et planning familial .....	37
III.5.4.  Etude sur l'offre de service de planning familial .....	38
III.5.5.  Etude sur les raisons de l'abandon de la pratique de planning familial.....	38
IV.   RESULTATS QUANTITATIFS .....	38
IV.1.  Caractéristiques des ménages étudiés.....	39
IV.1.1.  Age.....	39
IV.1.2.  Taille du ménage .....	39
IV.1.3.  Niveau d'instruction des femmes enquêtées .....	40
IV.2.  Connaissance en matière de PF.....	41
IV.2.1.  Avoir entendu parler du PF, .....	41
IV.2.2.  Avoir entendu parler de PF, réponse multiple.....	41

IV.2.3.	Connaissance des modes de planning familial .....	42
IV.3.	<i>Attitudes en matière de PF</i> .....	44
IV.3.1.	Information du partenaire.....	44
IV.3.2.	Consentement des partenaires .....	45
IV.3.3.	Appui du partenaire .....	45
IV.3.4.	Financement de la pratique du PF .....	46
IV.3.5.	Attitude des autres personnes ressources .....	46
IV.3.6.	Problème posé par d'autres personnes ressources sur leur pratique.....	46
IV.3.7.	Evolution d'attitude des non pratiquants .....	47
IV.3.8.	Evolution d'attitude future des utilisatrices .....	47
IV.3.9.	Echéances déclarées de réutilisation.....	48
IV.4.	<i>Les bénéfices liés à la pratique du PF</i> .....	48
IV.4.1.	Perception des bénéfices liés à la pratique par le ménage. ....	48
IV.4.2.	Niveau d'appréciation de ce bénéfice .....	49
IV.4.3.	Revenu des ménages .....	50
IV.4.4.	Allocation du revenu des ménages .....	50
IV.4.5.	Efficacité liée à la gestion intergénéralique.....	52
IV.4.5.1.	Souhait d'intervalle intergénéralique .....	52
IV.4.5.2.	Intervalle intergénéralique réel .....	53
IV.4.6.	Affectation de revenu à la santé .....	54
IV.4.6.1.	Grossesse non désirée .....	54
IV.4.6.2.	Les raisons de grossesse non désirée .....	54
IV.4.6.3.	Réaction devant la grossesse non désirée.....	55
IV.4.6.4.	Les raisons de l'avortement .....	56
IV.4.6.5.	Coût d'une intervention médicale d'avortement provoqué.....	56
IV.4.6.6.	Complication à la naissance .....	57
IV.4.6.7.	Fréquence de fréquentation d'un centre de soins .....	57
IV.4.6.8.	Les maladies contractées par les enfants au cours des 2 dernières semaines 58	
IV.4.6.9.	Charge liée à la fréquentation de centre de soins .....	59
IV.4.7.	Affectation du revenu à l'éducation : .....	59
IV.4.7.1.	Effectif d'enfant à charge de moins de 16 ans: .....	59
IV.4.7.2.	Effectif des enfants scolarisables et scolarisés .....	60
V.	VALIDATION STATISTIQUE DE L'ETUDE .....	61
V.1.	<i>La pratique de PF</i> .....	64
V.2.	<i>La connaissance du planning familial</i> .....	66
V.3.	<i>Niveau de revenu des ménages et fréquentation des centres de soins</i> .....	66
	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>70</b>
VI.	LES CONNAISSANCE-ATTITUDE - PRATIQUE DU PLANNING FAMILIAL.....	71
VI.1.	<i>La connaissance du PF</i> .....	71
VI.2.	<i>L'attitude vis-à-vis du PF</i> .....	72
VII.	EVALUATION COUT-BENEFICE DU PLANNING FAMILIAL.....	75
VII.1.	<i>L'équilibre entre population active et l'effectif de personnes à charge</i> :.....	78
VII.2.	<i>Choix de l'intervalle intergénéralique de natalité</i> :.....	80
VII.3.	<i>Coût-Bénéfice liés à la santé du PF</i> .....	81
VII.3.1.	Bénéfices retirés de la fréquentation d'un centre de soin .....	81
VII.3.2.	Grossesse non désirée et avortement provoqué.....	83
VII.3.3.	Complication à la naissance .....	85
VII.4.	<i>Avantage perçu sur l'éducation lié à la pratique du PF</i> .....	86

VII.4.1. Taux de scolarisation .....	86
VII.4.2. Préférence pour la scolarisation des enfants .....	87
VII.5. <i>Amélioration du niveau de vie du ménage par la pratique du PF</i> .....	88
VII.5.1. Vêtements.....	89
VII.5.2. Chambres.....	89
VII.5.3. Nature du plancher.....	89
VII.5.4. Nature de la façade .....	90
VII.5.5. Nature du toit.....	91
VII.6. <i>Rapport coût bénéfice</i> .....	93
VIII. LIMITE DE L'ETUDE .....	94
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>95</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>100</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>102</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>103</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>104</b>

Nom : LAINKANA  
Prénoms : Ernest Zafivanona  
Mail : [deris\\_ernest@yahoo.fr](mailto:deris_ernest@yahoo.fr) Tél : 032 02 270 43  
Titre : Pratique du planning familial dans la commune Urbaine de Toamasina  
Nombre de page : 106, nombre de tableaux : 59, nombre de graphique : 19

## RESUME

Officiellement, le taux de prévalence de l'utilisation de PF est de seulement 14% dans la Commune Urbaine de Toamasina (CUT). Cela en dépit d'un nombre non négligeable de structures fournisseurs de service de PF qui sont plus de 20. En dépit, également, de la politique d'incitation adoptée par l'Etat, d'abord en terme de subvention, ensuite en terme de gratuité.

Dans le but de contribuer à la dynamisation de la promotion de la pratique du PF dans la commune Urbaine de Toamasina, nous avons choisi de traiter la question selon la méthode d'évaluation coût-bénéfice appuyé par une méthode d'évaluation dite « sans base line ». Celle-ci consiste à comparer des ménages à caractéristiques similaires dans les deux groupes afin de minimiser les éventuelles distorsions d'appréciation des résultats. La comparaison elle-même table sur le modèle théorique des besoins de base en qualité d'indicateur de niveau de bien être du ménage. Nous avons procédé par échantillonnage. Notre enquête a porté sur un échantillon de 250 ménages pris au hasard dans 10 des 138 fokontany de CUT à raison de 2 fokontany dans chacun des 5 arrondissements. Cet échantillon a été réparti en 2 groupes de comparaison, l'un de 167 ménages pratiquants le Planning familial, l'autre de 83 ménages non pratiquants.

Il en a résulté que le coût moyen d'utilisation du PF est évalué à environ 19 260,83 Ar par année de pratique. En comparaison, Le différentiel de coût bénéfice s'élève à 84 275,74 Ar, ce qui dégage un coefficient de rapport coût bénéfice de 0,23, ce qui confirme que la pratique du PF est coût bénéfice. Tous les indicateurs d'impact confirment ce bénéfice dans les différents domaines de la vie du ménage. L'intervalle intergénéralique réel des naissances de deux ans et plus, espacement jugé optimal, est obtenu par 46% des ménages à PF+ contre 25% seulement dans les ménages PF-. Le taux de non fréquentation de centre de soins est de 47,88% pour le PF+ contre 43,53% pour les PF-. Le taux d'avortement provoqué est de 11,56% chez les PF+ contre 15,08% chez les PF-. Le taux des complications à la naissance est de 21% chez les PF+ contre 29% chez les PF-. Ce n'est pas là une citation exhaustive des différents indicateurs de coût bénéfice de la pratique du PF, mais seulement des constats saillants des avantages d'utilisation du planning familial. L'analyse de la gestion des budgets ménagers dans les deux groupes révèle une aisance confortable et une rationalité plus grande dans la budgétisation des différents postes des dépenses.

Les avantages découlant de la pratique de planning familial sont donc réels et peuvent être conséquents. Mais il faudra faire sauter certaines barrières comme les idées préconçues contrariantes issues soit de la culture traditionnelle soit de la méconnaissance du PF par manque d'informations positive, soit à cause de la probagande intoxicante diffusée par les opposants. Les avantages économiques par cette étude devrait posé positivement dans la révision de la conduite de la promotion de l'utilisation du PF dans la Commune Urbaine de Toamasina.

## Mots clés :

**Analyse coût-bénéfice, CAP, Commune Urbaine de Toamasina,  
Développement, Planning familial.**