

RAZAFY RAZANOELIFARA Mamy

**LES ACTIVITES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU NIVEAU
DE CSB II D'ISOTRY ANNEXE EN 2003**

Thèse de Doctorat en Médecine

**UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE**

Année : 2004

N°7008

**LES ACTIVITES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU NIVEAU
DE CSB II D'ISOTRY ANNEXE EN 2003**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 08 Septembre 2004
à Antananarivo

Par

Madame RAZAFY RAZANOELIFARA Mamy

Née le 11 Mai 1964 à Tanambao Tuléar

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

MEMBRES DU JURY

Président : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

Juges : Professeur RATOVO Fortunat Cadet

: Professeur ANDRIANASOLO Roger

Rapporteur : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
 FACULTE DE MEDECINE
 Année Universitaire 2003-2004

I – DIRECTION

A –DOYEN

M. RAJAONARIVELO Paul

B – VICE DOYENS

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

C – SECRETAIRE PRINCIPAL

Mme RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

II – PRESIDENT DU CONSEIL D'ETABLISSEMENT

M RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

III – CHEFS DE DEPARTEMENT

- | | |
|-------------|-----------------------------------|
| - Biologie | M. RASAMINDRAKOTROKA Andry |
| - Chirurgie | M. RANAIVOZANANY Andrianady |
| - Médecine | M. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa |

- Mère et Enfant	Mme RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO Noëline
- Santé publique	M. RANJALAY RASOLOFOMANANA Justin
- Sciences Fondamentales et Mixtes	Mme RAMIALIHARISOA Angeline
- Tête et cou	Mme ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette

IV – PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

M. RAJAONARIVELO Paul

V - COLLEGES DES ENSEIGNANTS

A – PRESIDENT

Pr RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

B – ENSEIGNANTS PERMANENTS

1) PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALISTES MEDICALES

- Endocrinologie et métabolisme Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

- Médecine Légale Pr. SOAVELO Pascal

- Néphrologie Pr. RAJAONARIVELO Paul

Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa

Pneumologie-Phtisiologie Pr. ANDRIANARISOA Ange

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie néonatale Pr. RANDRIANASOLO Olivier

VI – ENSEIGNANTS NON PERMANENTS**PROFESSEURS EMERITES**

Pr. ANDRIAMANATSARA Lambosoa	Pr. RAKOTOZAFY Georges
Pr. ANDRIAMBAO Damasy	Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe
Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand	Pr. RAMONJA Jean Marie
Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur	Pr. RANAIVOZANANY Andrianady
Pr. ANDRIANJATOVO Joseph	Pr. RANDRIAMAMPANDRY
Pr. AUBRY Pierre	Pr. RANDRIAMBOLOLONA Aimée
Pr. KAPISY Jules Flaubert	Pr. RANDRIANARIVO
Pr. RABARIOELINA Lala	Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiantery Honoré Blaise
Pr. RABETALIANA Désiré	Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé
Pr. RADESA François de Sales	Pr. RATOVO Fortunat
Pr. RAHAROLAHY Dhels	Pr. RATSIVALAKA Razafy
Pr. RAJAONA Hyacinthe	Pr. RAZAKASOA Armand Emile
Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland	Pr. RAZANAPARANY Marcel
Pr. RAKOTOMANGA Robert	Pr. SCHAFFNER RAZAFINDRAHABA Marthe
Pr. RAKOTOMANGA Samuel	
Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA S.U	
Pr. ZAFY Albert	

VII – IN MEMORIAM

Pr. RAJAONERA Richard	Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana
Pr. RAMAHADRIARIVÉLO Johnson	Pr. RAVELOJAONA Hubert
Pr. RAJAONERA Frédéric	Pr. ANDRIAMAMPIHATONA Emmanuel
Pr. ANDRIAMASOMANANA Velson	Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme
Pr. RAKOTOSON Lucette	Pr. RAKOTONIAINA Patrice
Pr. RANDRIANJATOVO Rarisoa Jeannette	Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Albert
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa	Pr. RANDRIANARISOLO Raymond
Pr. RAKOTOBE Alfred	Dr. RABEDASY Henri
Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide	Pr. MAHAZOASY Ernest
Dr. RAKOTONANAHARY	Pr. RATSIFANDRIAMANANA Bernard
Pr. ANDRIATSEHENO Raphaël	Pr. RAZAFINTSALAMA Charles
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin	Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme
Pr. RAMANANIRINA Clarisse	Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre
Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder	Pr. MANAMBELONA Justin
Pr. RANAIVOALISON Denys	

VIII – ADMINISTRATION**CHEFS DE SERVICES**

ADMINISTRATION ET FINANCES

M. RANDRIAMANGA Henri

APPUI A LA RECHERCHE ET
FORMATION CONTINUE

M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin

RELATIONS AVEC
LES INSTITUTIONS

M. RAMARISON Elysée

RESSOURCES HUMAINES

Mme RAKOTOARIVÉLO Harimalala F

SCOLARITE ET APPUI
A LA PEDAGOGIE

Mme SOLOFOSAONA Sahondranirina

TROISIEME CYCLE LONG

M. RANDRIANJAFIARIMANANA

Charles Bruno

DEDICACES

JE DEDIE CETTE THESE

A mon Dieu

" Par la grâce de DIEU, je suis ce que je suis "

(I Corn 15, 10)

A mes parents

Vous avez donné tous vos efforts pour me faire parvenir jusqu'au bout ,
comment vous remercier.

Toute ma gratitude et mon amour filial envers vous.

A mes frères et sœurs

Pour toutes les joies et les peines que nous avons partagés,

Pour toute l'affection et le soutien que vous m'aviez témoignés

Toute ma gratitude et tout mon amour fraternel

A toute la famille

A tout(e) mes ami(e)s

A tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de cet thèse

Mes plus sincères remerciements

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Docteur RAMAKAVELO Maurice Philippe.

- Professeur Emérite en Santé Publique d'Hygiène et Médecine Préventive à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.

- Vice Doyen Responsable du Patrimoine et des Ressources Humaines à la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Pour votre accueil bienveillant et vos conseils utiles, pour le temps que vous avez consacré tout au long de l'élaboration de ce travail. Nous vous remercions très respectueusement de l'honneur que vous nous faite en acceptant de présider cette thèse malgré vos multiple occupations.

Que ce travail soit l'expression de notre grande considération et notre profond sentiment de reconnaissance .

A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE

Monsieur le Docteur RATOVO Fortunat

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

Monsieur le Docteur ANDRIANASOLO Roger

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

Vous avez accepté de présider cette thèse malgré vos multiples occupations.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de nos vifs respects.

A NOTRE RAPPORTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur RANDRIANANRISON Louis Pascal

- Diplômé de Pathologie tropicale de la faculté de Tours, Orléans.
- Gynécologue obstétricien à la Maternité de Befelatanana pour votre aide.

Qui a bien voulu accepter de lire et de corriger notre devoir, et qui a bien voulu faire l'honneur de défendre cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respectueuse gratitude et nos sincères remerciements.

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

Monsieur le Professeur RAJAONARIVELO Paul

En témoignage de notre sincère et profond respect

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

Nous vous remercions vivement de vos précieux enseignements, vos encadrement.

En témoignage de notre vive reconnaissance.

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

A TOUT LE PERSONNEL DE LA BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

**A TOUS CEUX QUI, DE PRES OU DE LOIN, ONT CONTRIBUE A LA
REALISATION DE CETTE THESE.**

Pour votre accueil chaleureux, nos vifs remerciements.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	
I- Rappels anatomie physiologiques	2
1-1-L'appareil reproducteur de la femme	2
a- anatomie	2
b- physiologie	2
1-2-L'appareil reproducteur de l'homme	8
a- anatomie	8
b- Physiologie	8
II- La planification familiale	10
2-1- Quelques définition	10
2-1-1- Planification familiale	10
2-1-2- Contraception	10
2-1-3- Espacement des naissances	10
2-1-4- Limitation des naissances	10
2-2- Historiques de la planification familiale	11
2-3- Objectifs	12
2-4- Les critères de qualité des méthodes contraceptives	12
2-5- Les principales méthodes contraceptives	15
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	
I- Objectifs de l'étude	23
II- Cadre d'étude	23
III- Méthodologie	30
3-1- Méthode	30
3-2- Matériels d'étude	30
IV- Résultats	33

TROISIEME PARTIE :	COMMENTAIRES ET	
SUGGESTIONS		
I- Commentaires		52
II- Suggestions		57
CONCLUSION		59
BIBLIOGRAPHIE		
ANNEXE		

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau n°1 : Efficacité théorique et pratique des différentes méthodes Contraceptives	14
Tableau n°2 : La contraception d'urgence	22
Tableau n°3 : Situation démographique des Fokontany desservis	25
Tableau n°4 : Répartition des utilisatrices selon les méthodes	34
Tableau n°5 : Répartition des utilisatrices selon l'âge	35
Tableau n°6 : Répartition des méthodes selon l'âge	36
Tableau n°7 : Répartition des utilisatrices selon la date de début de la contraception	37
Tableau n°8 : Répartition des méthodes selon la date de début de la contraception	38
Tableau n°9 : Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction	39
Tableau n°10 : Répartition des méthodes selon le niveau d'instruction	40
Tableau n°11 : Répartition des utilisatrices selon l'état matrimonial	41
Tableau n°12 : Répartition des méthodes selon l'état matrimonial	42
Tableau n°13 : Répartition des utilisatrices selon la source d'information	43
Tableau n°14 : Répartition des méthodes selon la source d'information	44
Tableau n°15 : Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfant vivants	45
Tableau n°16 : Répartition des méthodes selon le nombre d'enfant vivants	46
Tableau n°17 : Répartition des utilisatrices selon le motif d'adhésion	47
Tableau n°18 : Répartition des méthodes selon le motif d'adhésion	48
Tableau n°19 : Répartition des utilisatrices selon le suivi et le contrôle	49
Tableau n°20 : Répartition des méthodes selon le suivi et le contrôle	50
Tableau n°21 : Répartition des utilisatrices selon le changement de méthodes	51

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure n°1 : La distance des Fokontany par rapport au CSB II d'Isotry Annexe	24
Figure n°2 : Les utilisatrices selon les méthodes utilisées	34
Figure n°3 : L'âge des utilisatrices	35
Figure n°4 : Méthodes et âge des utilisatrices	36
Figure n°5 : Les utilisatrices selon la date de début de la contraception	37
Figure n°6 : Les méthodes et la date de début de la contraception	38
Figure n°7 : Le niveau d'instruction des utilisatrices	39
Figure n°8 : Le niveau d'instruction des clientes selon les méthodes	40
Figure n°9 : L'état matrimoniale des utilisatrices	41
Figure n°10 : L'état matrimonial des acceptantes et les méthodes utilisées	42
Figure n°11 : Les sources d'information des utilisatrices	43
Figure n°12 : Les méthodes selon les sources d'information	44
Figure n°13 : Le nombre d'enfants vivants des clientes	45
Figure n°14 : Les méthodes et le nombre d'enfants vivants	46
Figure n°15 : Les motifs d'adhésion	47
Figure n°16 : Les méthodes selon motifs d'adhésion	48
Figure n°17 : Suivi et contrôle des acceptantes	49
Figure n°18 : Les méthodes selon le suivi et contrôle	50
Figure n°19 : Les utilisatrices selon le changement des méthodes	51

LISTE DES SCHEMAS

	Pages
Schéma n°1 : Organes pelviens (coupe frontale)	5
Schéma n°2 : Interrelation des cycles menstruel et ovarien avec différentes hormones de la reproduction en absence de fécondation	6
Schéma n°3 : Concentration relatives d'hormones de l'adénohypophyse (FSH et LH) et hormones ovarienne (oestrogènes et progestérone) au cours d'un cycle menstruel normal	7
Schéma n°4 : Cycle menstruel, courbe thermique et période de fécondité	7
Schéma n°5 : Organes génitaux masculins (coupe sagittale)	8

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

APPROPOP	: Appui de Projet pour la Population
AVC	: Accident Vasculaire Cérébrale
BAR	: Méthodes Barrières
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CCV	: Contraceptif Chirurgicale Volontaire
CI	: Contraceptif Injectable
CO	: Contraceptif Oral
COC	: Contraceptifs Oraux Combinés
COP	: Contraceptifs Oraux Progestatifs
CPN	: Consultation Périnatale
CSB II	: Centre de Santé de Base Niveau II
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
FISA	: Finakaviana Sambatra
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population
FSH	: Follicule Stimulating Hormon
GEU	: Grossesse Extra-Utérine
GTZ	: Agence bilatérale d'aide du gouvernement Allemand
HTA	: Hypertension Artérielle
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
KO	: Kyste Ovarienne
LST	: Ligature Section des Trompes
MAMA	: Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PF	: Planification Familiale
PNDES	: Politique Nationale pour le Développement Economique et Sociale
SIDA	: Syndrome Immuno- Déficience Acquise
UPD	: Unité de Population et Développement
USAID	: United State Agency for International Development
VII	: Virus de l'Immuno-déficience Humaine

INTRODUCTION

Pour un bon développement d'un pays, chaque ménage doit vivre en parfaite harmonie avec son environnement tant économique que socio-culturel.

De nos jours, dans plusieurs pays en voie de développement y compris Madagascar la population croît à un rythme accéléré souvent incompatible avec la croissance économique du pays (1)

A Madagascar, le couple mère-enfant représente environ 67% de l'ensemble de la population malgache. Le taux de mortalité infantile et maternelle est particulièrement élevé. Les principales causes de mortalité maternelle sont les avortements, les autres complications de la grossesse et de l'accouchement, tandis que 56% des décès infantiles peuvent directement ou indirectement être rattachés à la malnutrition (2)

Aussi à Madagascar, la maîtrise démographique est-elle l'un des éléments importants de la politique de développement (3)

Face à ce problème, l'OMS a fait depuis longtemps à des dirigeants, chefs d'état, ONG ou autres, des appels pour résoudre ce grand obstacle de développement socio-économique d'un pays. Le planning familial permet de diminuer ou d'éviter ces décès, de parvenir à un taux de croissance démographique compatible avec la croissance économique et d'améliorer le bien être de la famille, car grâce au planning familial, les couples peuvent non seulement programmer et espacer les naissances au moment convenable pour avoir des enfants tant en nombre qu'en qualité mais aussi pour protéger contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le syndrome de l'Immuno-déficience Acquise (SIDA) (1).

En effet, pour lutter contre cette explosion démographique et la pauvreté, la planification familiale figure parmi les priorités du gouvernement malgache.

Dans ce travail, nous avons recueilli des données permettant de connaître la situation sur les activités de la planification familiale au Centre de Santé de Base II d'Isotry annexe au cours de l'année 2003.

Notre travail comporte trois parties:

- La première partie est réservée à la revue de la littérature.
- La deuxième concerne notre étude.
- Et la troisième partie est axée sur les commentaires et suggestions.
- Une conclusion terminera l'étude.

I-RAPPELS ANATOMOPHYSIOLOGIQUE DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR HUMAINS

1-1- L'appareil reproducteur de la femme

a- Anatomie (4) (5)

Le bassin de la femme est plus large en haut et plus ouvert en bas, ce que le

permet de contenir l'enfant et de faciliter sa sortie:

- **Les organes génitaux externes** sont formés par la vulve constituée par
 - **les grandes lèvres:** deux replis cutanés se dirigeant d'avant en arrière et de haut en bas, 6 à 8 cm de long et 1 à 3 cm de large;
 - **les petites lèvres :** situées à l'intérieur des grandes lèvres ;
 - **le clitoris** se trouve au confluent antérieur des petites lèvres
 - **le méat urinaire** est situé entre le clitoris en haut et l'orifice vaginal en bas;
 - **l'hymen occlut** en grande partie l'orifice vaginal jusqu'aux premières relations sexuelles et à l'accouchement.

- **Les organes génitaux internes** , contenus dans le bassin :
 - **les ovaires** ont la forme d'une amande, 20 à 45 mm de long, 12 à 30 mm de large , 10 à 15 mm d'épaisseur. Ils sont près de la paroi latérale du bassin, de chaque côté et en dehors de l'utérus. Ils sont rattachés à l'utérus et aux trompes par des ligaments;
 -

- **les trompes de Fallope** se trouvent de part et d'autre de l'utérus. L'extrémité renflée constitue le pavillon, destiné à recueillir les ovules produits par les ovaires;
- **l'utérus** est un organe médian et creux dont la cavité est reliée en haut avec les trompes et bas avec le vagin. Il est formé d'un corps et d'un col. Il mesure 6,5 cm de long, 4 cm de large, 2 à 3 cm d'épaisseur, 4 paires de ligaments le maintiennent en place;
- **le vagin** est un conduit long de 7 à 12 cm et large de 2 à 4 cm menant à l'utérus .
 - **Les seins** font aussi partie de l'appareil de reproduction, a leurs points culminent se situe le mamelon, le lieu d'abouchement et autour du mamelon

b- Physiologie (6) (7)

L'aptitude d'une femme à produire un ovule et à être enceinte varie au long des jours selon un rythme cyclique (cycle menstruel); c'est l'intervalle de temps entre le premier jour des règles et la veille du premier jour des règles suivantes. Ce cycle comporte 4 phases :

b-1- Phase menstruelle

Elle dure 3 à 5 jours, le premier jour des règles est la début cycle dès ce moment l'hypophyse sécrète l'hormone FSH qui va à son tour déclencher la sécrétion de la première hormone ovarienne : Folliculine.

Pendant cette période la température matinale reste au dessus de 37°C.

b-2- Phase folliculaire

Elle dure jusqu'au milieu du cycle, l'action de l'hormone FSH se produit en stimulant les deux activités ovariennes:

- développement d'un follicule sur un des ovaires à l'intérieur duquel un ovule arrive à maturité.
- sécrétion par les cellules de ce follicule de l'hormone folliculine.

Sous l'influence de la folliculine, l'utérus reconstitue sa muqueuse qui avait été en

partie éliminée au moment des règles et à partir du dixième jour, le col sécrète la glaire cervicale.

La température matinale reste au-dessous de 37°C

b-3- La phase ovulatoire

Elle survient 13 à 14 jour avant les règles suivantes d'un cycle régulier de 28 jours .

Malheureusement aucun critère permettant de connaître à l'avance le moment précis de l'ovulation.

L'hypophyse subit l'influence de la folliculine, ce qui freine la sécrétion de FSH et détermine la sécrétion de la 2^{ème} hormone appelée LH sur l'ovaire. L'ovule mûr se détache du follicule (c'est l'ovulation), il est recueilli par les franges du pavillon de la trompe dont les contractions le font progresser vers l'utérus.

La muqueuse utérine s'épaissit et la sécrétion du col devient très nette. La glaire favorise la survie et la progression des spermatozoïdes vers l'utérus. Ces conditions rendent la fécondation possible.

Dès le lendemain de l'ovulation, la température s'élève brusquement de 3/10 à 4 /10, dépassant ainsi 37°C.

b-4- La phase prémenstruelle

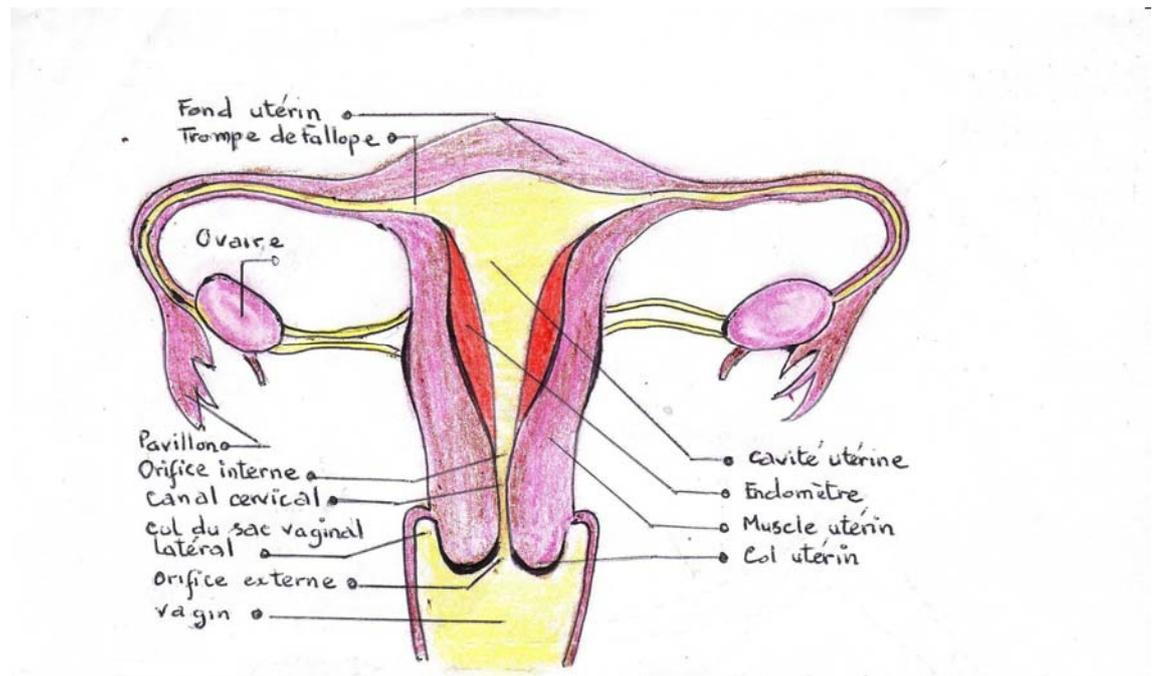
L'hormone hypophysaire LH provoque la formation d'un tissu glandulaire (le corps jaune) à partir de la cicatrice de l'ovaire.

Le corps jaune sécrète la seconde hormone ovarienne (le progestérone). La muqueuse utérine s'épaissit considérablement, elle accumule les réserves du sang et des matières nutritives, se prépare à permettre la nidation d'un œuf fécondé (vers le 21^{ème} jour du cycle)

La température reste au-dessus de 37°C, mais elle s'abaisse brusquement de plusieurs dixièmes à la veille de la phase menstruelle c'est la preuve avec l'apparition des règles que l'ovule n'est pas fécondé. Cet écoulement s'arrête spontanément (fin des règles).

Un nouveau cycle est en cours qui suit les mêmes phases et reproduit les mêmes phénomènes.

Ainsi pendant un cycle, quatre hormones (deux venant de l'hypophyse et deux de l'ovaire), déterminent le fonctionnement de l'appareil génital féminin.



Schémas n°1: Organes pelviens : coupe frontale (8)

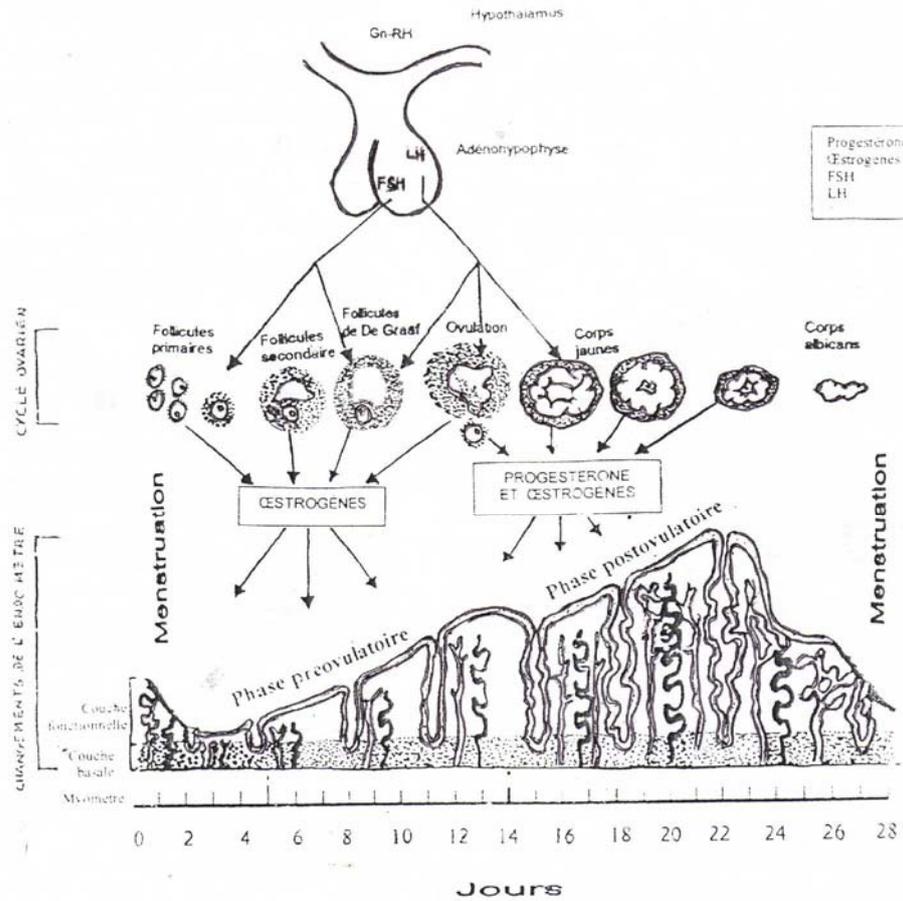


Schéma n°2: Interrelation des cycles menstruels et ovariens avec les différentes hormones de la reproduction en absence de fécondation (9)

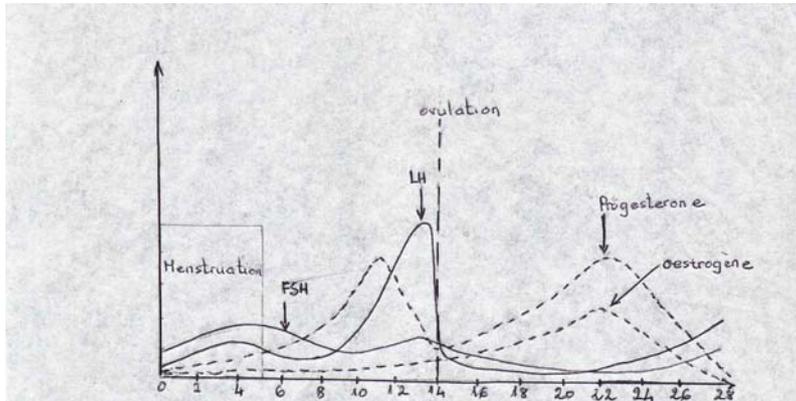


Schéma n°3: Concentration relative d'hormones de l'adénohypophyse (FSH et LH) et hormones ovariennes (œstrogènes et progestérone) au cours d'un cycle menstruel normal (9)

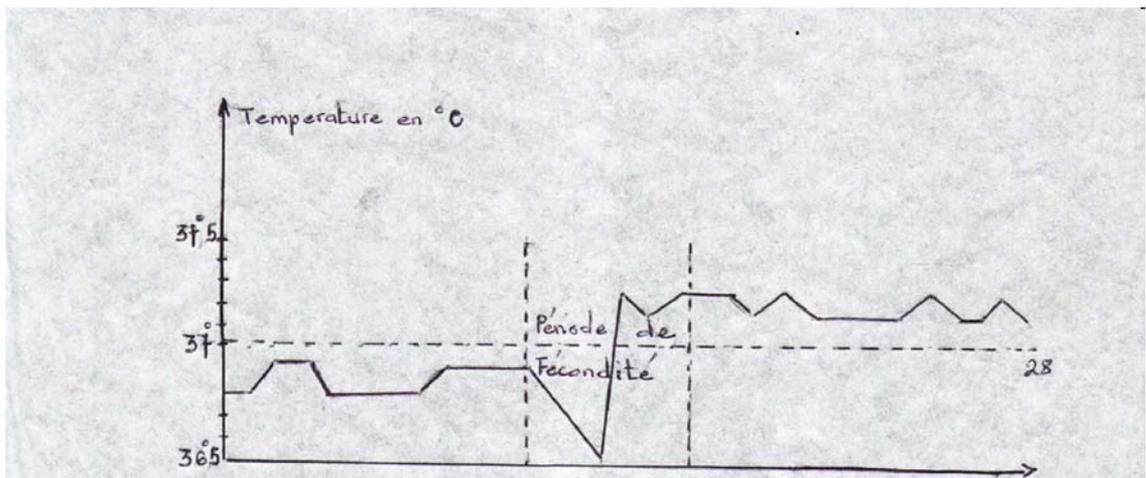


Schéma n°4: Cycle menstruel, courbe thermique et période de fécondité (9)

1-2- L'appareil reproducteur de l'homme

a - Anatomie (10)

L'appareil génital masculin sert à la fois à la reproduction de l'espèce et à la miction.

Les testicules sont les glandes qui sécrètent les spermatozoïdes . Ils fabriquent aussi l'hormone qui détermine les caractères masculins. Ils sont situés à l'intérieur du corps, dans la bourse scrotale.

L'épididyme est un tube très fin placé sur le bord postéro-supérieur de chaque testicule . chaque canal déférent débouche dans une vésicule séminale où s'accumulent les spermatozoïdes. Ces vésicules se vident dans l'urètre par les canaux éjaculateurs contenus dans la prostate et s'ouvrent sur la paroi de l'urètre.

L'urètre est un conduit unique et médian par lequel sont évacués l'urine de la vessie lors de la miction et le liquide séminal lors de l'éjaculation.

La prostate est une glande annexe de l'appareil génital. Elle à la forme d'une châtaigne et se situe sous la vessie, derrière le pubis et devant le rectum. Elle sécrète le liquide prostatique qui facilite la sortie des spermatozoïdes.

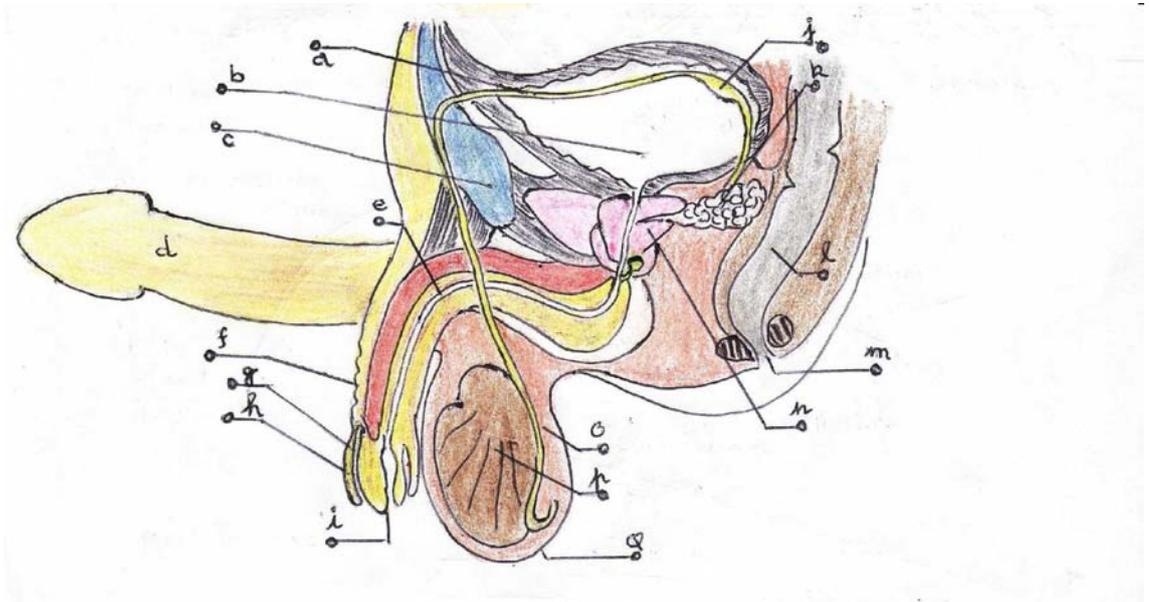
Le pénis ou verge est l'organe du coït et de la miction. Placé à la partie inférieure de l'abdomen, sous le pubis et au-dessus du scrotum, il est parcouru par l'urètre, qui s'ouvre à l'intérieur par le méat urinaire au niveau de la gland ou la partie terminale du pénis.

A l'intérieur du pénis se trouvent les corps caverneux et spongieux qui se remplissent de sang en provoquant l'érection de l'organe.

b- Physiologie (11) (12)

C'est au cours de l'adolescence que les fonctions sexuelles et reproductrices de l'homme se développent et parviennent à la maturité.

Les testicules commencent à fabriquer les spermatozoïdes contenus dans la vésicules séminale sont éjaculés par le pénis vers les voies génitales féminines. Les spermatozoïdes peuvent vivre 24 heures à 72 heures. Des millions de spermatozoïdes sont éjaculés en une seule fois, mais que l'un d'entre eux parvient à atteindre et à féconder un ovule.



a: Canal déférent
 b: Vessie
 c: Pubis
 d: Pénis en érection
 e: Urètre
 f: Pénis
 g: Glans
 h: Prepus
 i : Méat urinaire

j: Ampoule du déférent
 k: Vésicule séminale
 l: rectum
 m: Anus
 n: Prostate
 o: Epididyme
 p: Testicule
 q: Bourse ou scrotum

Schémas n°5: Organes génitaux masculins :Coupe sagittale (8)

II- LA PLANIFICATION FAMILIALE

2-1- Quelques définitions

2-1-1-Planification familiale (8)

La planification familiale peut être définie comme un ensemble de moyens et de technique permettant de :

- éviter des grossesses non désirées;
 - décider du nombre d'enfants désirés;
 - assurer un espacement convenable entre les naissances;
 - programmer les naissances au meilleur moment quant à l'âge de la mère
 - * Eviter les grossesses avant 20 ans et après 35 ans.
- Ou réduire le nombre de grossesses avant 20 ans et après 35 ans

2-1-2- La contraception

C'est l'ensemble des méthodes qui empêchent la venue de nouveau être humains non désirés, après un rapport sexuel fécondant . C'est une méthode qui s'oppose à la conception, soit de façon temporaire, soit de façon définitive (13)

D'après Cohen et Achard, c'est l'ensemble des méthodes par lesquelles un rapport sexuel entre un couple est rendu infécondant, de façon réversible ou de façon définitive irréversible.

2-1-3- Espacement des naissances (14)

L'espacement des naissances peut se défini comme le contrôle de l'accroissement de la population en augmentant l'intervalle de temps entre deux naissances successives .

2-1-4- La Limitation (15)

La limitation des naissances est une notion restreinte qui désigne l'utilisation des moyens contraceptifs à grande échelle pour limiter le taux de croissance d'une population.

2-2- Historique de la planification familiale à Madagascar (16)

Avant l'indépendance, le principal souci de l'autorité, quant à la santé

de la population Malgache, a été celui d'avoir beaucoup de main d'œuvre aptes pour l'expansion de la production d'où la politique nationale.

- Pendant une longue période, le concept de PF était diversement interprété par le public et suscitait une certaine crainte.
- En 1962 On a commencé à parler de planification familiale sur la politique de contrôle des naissances auprès des femmes des pasteurs du Collège Théologique Protestant d'Antananarivo.
- Depuis 1967, l'association Fianakaviana Sambatra (FISA) a mené un programme de régulation des naissances à la demande des couples.
- Après l'événement de Mai 1972, l'autorité Malgache a pris une nouvelle vision de la population en lui accordant beaucoup plus de considération.
- En 1974: l'année mondiale de population a choisi le thème : " Zaza be aizana voakarakara, fahasalamana ho an'i Gasikara " (Enfants bien espacés, bien élevés, bonheur pour Madagascar).
- De 1976 à 1980 : l'espacement de grossesse a été introduit pour la première fois dans les programmes de Santé Maternelle et Infantile.
- En 1986, l'Unité de Planification et Développement (UPD) a été formée au sein du Ministère de l'économie et du plan, en collaboration avec le FNUAP à partir de 1987 (et aussi avec l'USAID) pour examiner les conséquences de la croissance démographique.
- En 1990, promulgation de la loi n° 90. 030 relative à la politique nationale de la population pour le développement économique et social (P.N.P.D.E.S) dont le but est la réduction de l'indice synthétique de fécondité à 4 en l'an 2000
 - * Un accroissement de l'appui des bailleurs de fonds a été noté à la suite de l'adoption de cette PNPDES.
- International Planned Parenthood Federation appuie les activités de la population et

de Planification Familiale par le biais de l'ONG FISA qui y est affiliée en 1971.

- En 1990, le GTZ agence bilatérale du gouvernement Allemand a commencé un programme régional de Planification Familiale dans la province de Mahajanga.
- De 1992 au 1998, l'USAID a approuvé un projet majeur.

Actuellement , Le gouvernement Malgache s'engage à mettre en œuvre des programmes efficaces de santé de la reproduction.

2-3-Objectif (17)

- Parvenir à un taux de croissance démographique compatible avec la croissance économique et améliorer la bien - être de la famille.
- Renforcer les activités de PF, faire en sorte que les services soient accessibles à l'ensembles de la population notamment les couches les plus déshéritées de la ville et les ruraux .

2-4-Les critères de qualité des méthodes contraceptives (18) (19) (20) (21)

Les qualités d'une méthode contraceptive s'apprécient par:

- la sécurité;
- l'acceptabilité;
- la tolérance;
- la réversibilité;
- l'efficacité.

2-4-1- La sécurité

Le degré de sécurité d'une méthode contraceptive est proportionnel à la rareté des effets secondaires dangereux pour la santé de l'utilisatrice.

2-4-2- L'acceptabilité

C'est la proportion de couple restant fidèle à la méthode pendant une période donnée. Elle dépend des habitudes culturelles, de la tolérance, de la facilité de l'emploi, de l'efficacité et des caractéristiques personnelles de la femme et du couple.

2-4-3- La tolérance

Le degré de tolérance à une méthode contraceptive est proportionnel à la rareté des effets secondaires présent mais non dangereux pour la santé de la femme .

2-4-4- La réversibilité

Une méthode contraceptive ne doit pas avoir des effets néfastes sur la fertilité ultérieure. La réversibilité se définit par la rapidité du retour à une fécondité normale après l'arrêt de la contraception.

2-4-5- L'efficacité

La contraception a pour but d'éviter une grossesse. L'efficacité d'une méthode se mesurera en fonction de l'absence de grossesse.

Le taux d'échec d'une méthode s'exprime par l'indice de PEARL dont la formule permet d'expliquer ce taux d'échec c'est - à - dire, le nombre de grossesse observé en fonction du nombre de cycles d'expositions.

$\text{Indice de PEARL} = \frac{\text{Nombre de grossesse accidentelles}}{\text{Nombre total de mois d'exposition}} \times 100$

Le résultat est exprimé en pourcentage " année - femme ".

Une " année - femme " correspond à 12 cycles d'exposition. Il faut remarquer que 12 cycles menstruels ne constituent pas une " année - femme " complète. L'indice de PEARL de base, estimé sur des couples qui ne pratiquent aucune contraception, est de 20% années - femmes.

Il existe 2 types d'efficacité:

- L'efficacité théorique : qui est une efficacité maximale si la méthode utilisée est sans aucune erreur, et se conformant à toutes les instructions.
- L'efficacité pratique : est une efficacité observée dans une population tout venant,

regroupant les utilisatrices qui pratiquent parfaitement et celles qui utilisent imparfaitement la méthode.

Elle dépend totalement des utilisatrices, de ses régularités et de ses continuités.

Le tableau suivant montre les efficacités théoriques et pratiques des différentes méthodes contraceptives en pourcentage année - femme.

TABLEAU N°1: Efficacité théorique et pratique des différentes méthodes Contraceptives (22) .

Méthodes	Efficacité théorique	Efficacité pratique
NATURELLES		
Abstinences	95 - 98	70 - 90
HORMONALES		
Contraceptifs Oraux Combinés	99,50	95 - 99
Pilules progestatives	99	90 - 97
Contraceptifs injectables	99,75	99
Implants sous-cutanés	99,75	99
BARRIERES		
Condoms	99 - 99	85 - 97
Spermicides	95 - 97	75 - 90
Diaphragmes	98	75 - 96
CHIRURGICALES		
Ligatures section des trompes	99,95	99,50 - 99,80
Vasectomie	99,85	99,50 - 99,80
STERILET		
Dispositif intra-utérin: Tcu 380A	97 - 99	95 - 99

2-5- Les principales méthodes contraceptives

2-5-1- Les méthodes naturelles

Elles reposent sur l'observation des signes physiologiques caractéristiques des phases de fécondité et d'infécondité du cycle menstruel féminin.

La maîtrise de la phase d'ovulation permet de choisir le moment des rapports sexuels selon le désir ou non d'avoir une grossesse (23)

Les principaux avantages sont:

- pratique possible aussi bien pour éviter que pour provoquer une grossesse;
- absence d'effets secondaires;
- méthodes économiques et moins contraignantes pour la participation masculine.
-

a- Allaitement maternel exclusif comme méthode contraceptive MAMA

Durant les tétées, les influx nerveux stimulent la production de prolactine en empêchant la synthèse de FSH et LH et bloque l'ovulation.

Il est efficace, à condition que le lait constitue le seul aliment de base du bébé et le nombre de tétées soit le plus fréquent (24) (25)

b- Méthodes d'auto-observation

Elles consistent à identifier la période fertile de chaque cycle menstruel afin d'éviter la conception. Ce sont:

b-1- La méthode de température (5)

Elle repose sur la possibilité de déterminer la date de survenue de l'ovulation en utilisant la courbe de la température matinale quotidienne.

b-2- La méthode d'Abstinence ou OGINO-KNAUSS (26)

Elle permet de déterminer la période fertile qui se trouve au 14^{ème} jour de la date prévue pour l'arrivée des règles ultérieures : on situe habituellement cette période entre le 10^{ème} et le 14^{ème} jour du cycle

b-3- La méthode de la glaire cervicale ou méthode de

BILLINGS

Il faut connaître les modifications caractéristiques de la glaire cervicale au cours du cycle menstruel (27) (28)

- Une sécheresse vaginale de plusieurs jours après les règles.
- Présence de glaire gluante
- Lubrification vaginale de plus en plus importante les jours suivants.
- Aspect de blanc d'œuf, couleur de la glaire avant sa disparition et le cycle recommence

b-4- Méthode du col (23) (29)

Elle est basée sur les résultats obtenus au toucher quotidien du col (hauteur et consistance) selon la phase du cycle, au moment de la toilette intime de la femme.

b-5- Méthode sympto-thérmiq ue ou combinée (30)

On associe les différents signes pour dater la période d'ovulation concernant la température basale, la glaire cervicale, la consistance et l'ouverture du col, le calendrier, la douleur ovulatoire et la métrorragie inter-menstruelle.

b-6- Méthode de retrait ou coït interrompu (31)

Elle consiste à éviter la pénétration des spermatozoïdes dans l'organisme féminin lors des rapports sexuels. Le pénis doit être retiré du vagin avant l'éjaculation

2-5-2- Les méthodes modernes

2-5-2-1- Les méthodes barrières (28)

Ce sont des méthodes qui empêchent les spermatozoïdes de pénétrer la glaire cervicale :

a - Les préservatifs masculins ou condoms (21)

Les préservatifs sont des capuchons en caoutchouc ou en

collagène traité qui s'adaptent sur le pénis en érection , et constituent une barrière contre la transmission du sperme dans le vagin .

- **Avantages**

- Protection contre IST - SIDA.
- Prix à la portée de tous.
- Disponible dans tous les épicerie du quartier.
- Réversible.

- **Inconvénients**

- Irritation et réaction allergique au latex (rare).
- Risque de diminution de sensations.

b - Le diaphragme (21)

C'est un dispositif circulaire en caoutchouc mince en forme de coupole à insérer correctement dans le vagin avant les rapport sexuels. Il obture le col de l'utérus, empêche la pénétration des spermatozoïdes, et doit être laissé en place au moins 6 heures après le dernier rapport.

- **Avantages**

- Longue durée d'utilisation.
- S'utilise uniquement au moment du rapport sexuel.
- Réversible.

- **Inconvénients**

- Taille doit être déterminée par un médecin.
- Son coût peut être assez élevé.
- Possibilité d'infection des voies urinaires et lésions vaginales.

c - Les spermicides (32) (33)

Ils inactivent ou détruisent les spermatozoïdes au niveau du vagin, avant qu'ils puissent atteindre les voies génitales hautes.

Ils peuvent être sous forme de gels , crèmes , ovules comprimés ou ovules moussants, aérosol et éponges vaginales.

On les introduit dans le vagin :

- juste avant le rapport sexuel pour les mousses, ainsi que pour les crèmes et les gels
- Au minimum 10 minutes avant les rapports sexuels pour les ovules et les comprimés.
 - * Ils doivent être placés au fond du vagin , près du col de l'utérus .
 - * Il faut en mettre à chaque rapport.
- Après un rapport, attendre au moins 6 heures avant de prendre une douche vaginale.
 - **Avantages**
 - Convient aux rapports sexuels occasionnels
 - **Inconvénients**
 - Irritation locale causée par une sensibilité ou une allergie au spermicide
- Possibilité d'infection des voies urinaires et lésions vaginales.

2-5-3- Les méthodes hormonales (18) (19)

Ces méthodes consistent à empêcher la grossesse par plusieurs mécanismes:

Mécanismes d'action démontrés :

- blocage de l'ovulation,
- atrophie et amincissement de l'endomètre,
- épaissement de la glaire cervicale. .

a- Les contraceptifs oraux (34)

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

Les contraceptifs oraux sont divisés en 2 groupes selon leur composition:

a-1- Les contraceptifs oraux combinés (COC)

Ils associent un œstrogène et un progestatif synthétique. Présentation :

- * Contraceptifs normodosés contenant 50 mg d'Oestrogène

Ex: MICROGYNON[®] 50

* Contraceptifs microdosés contenant 30 mg d'œstrogène

Ex: MICROGYNON[®] 30 , LOFEMENAL[®] , OVRAL[®]

a-2- Les contraceptifs oraux progestatifs (minipilules) (COP)

Plaquette de 35 comprimés de MICROLUT[®]

28 comprimés d' OVRETTE[®]

- **Mode d'action**

Supprime l'ovulation et a un effet anti-nidation sur l'endomètre.

- **Technique**

On commence le 1^{er} jour du cycle.

Administration, journalière d'une dragée à la même heure pendant 21 jours suivi d'une pause 7 jours.

- **Avantages**

- Prise facile, moins cher, n'interfère pas avec les rapports sexuels.
- Retour rapide à la fécondité, atténue la douleur menstruelle.
- Protection relative contre les maladies infectieuses pelviennes.

COC

- régularisé les règles
- diminue les problèmes des kystes
- diminue les risques de cancers
- diminue les risques de GEU

COP

- diminue l'abondance des règles
- diminue la gravité d'anémie
- ne diminue pas l'allaitement maternel

- **Inconvénients**

- Ne protège pas contre IST/ SIDA
- Prise journalière entraîne le risque d'oubli

COC

- Effets secondaires mineures:
- * aménorrhées, spotting, nausées

COP

- Irrégularité des cycles
- Effets secondaire mineures: maux de tête,

- Effets secondaires majeures :
 - nervosité, vertige
 - Risque de K.O
 - *AVC, Infarctus du myocarde
 - Ne supprime pas automatique l'ovulation

a- Les contraceptifs injectables (35)

Les contraceptifs injectables sont des produits à base de progestatifs injectée par voie intra-musculaire. Les plus utilisées sont:

- DEPO-PROVERA : Acétate de medroxy-progestérone,
- NORISTERAT : Enantate de Noriéthistérone : une injection tous les 2 mois.

- **Mode d'action**

Inhibition de l'ovulation , épaissement de la glaire cervicale, rend l'endomètre inapte à la nidation.

- **Avantages**

Très efficace, longue durée d'action, ou ne demande aucun effort de mémoire, n'altère pas le lait maternel, aide à combattre l'anémie, plus facile à utiliser.

- **Inconvénients**

Ne protège pas contre le IST/SIDA, altération des règles, retour à la fécondité tardive, prise de poids, injection douloureuse, maux de tête

b- Les implants contraceptifs ou Norplant (36) (37) (38)

L'implant sous-cutané est une méthode contraceptive de longue durée (jusqu'à 5 ans), contenant un progestatif : le Levonogestrel, diffusé lentement à travers les capsules de silastic placées sous la peau du bras de l'utilisatrice par une intervention simple après anesthésie locale.

La protection contre les grossesses commence dans les 24 heures qui suivent l'insertion.

- **Avantages**

- Efficace pendant 5 ans.
- Pratique car il n'affecte guère les activités normales de la femme.

- Ne produit pas d'effets secondaires habituels des COC.

- **Inconvénients**

- Modification des règles : métrorragies (abondantes ou légères, aménorrhées ou association de tous ces signes).
- Céphalées, nausées, vertiges, acnés, prise de poids, sensibilité de seins, poussée de poils au visage.
- Insertion par un praticien non qualifié.

- c- **Dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet (39) (40) (41) (42)**

Ce sont des petits objets en plastique ou en cuivre de 3 à 4 cm .

Actuellement, il existe 3 types de stérilets :

- les stérilets inertes qui peuvent être soit en plastique (Boudé de Lippes), soit en acier inoxydable (anneau de choix);
- les stérilets en cuivre : dont le T en cuivre et la Multirad : ML Cu et le Nova T;
- les stérilets contenant une hormone stéroïde tel les levonorgestrel ou la progestérone, libérée régulièrement.

La protection contre les grossesses commence dans les 24 heures qui suivent l'insertion.

Le stérilet inhibe la nidation et la migration du spermatozoïde dans les voies génitales hautes, le transport de l'ovule ainsi que la fécondation.

- **Avantages**

- Très efficace.
- Ne demande pas d'effort de mémoire.
- Longue durée d'action (20 ans).
- Peut être retiré à tout moment.
- Ne gêne pas le partenaire pendant le rapport sexuel.
- N'a pas d'effets médicamenteux ou hormonaux.

- **Inconvénients**

- Complications rares mais possibles: hémorragies, douleurs, troubles des règles, sécrétions vaginales.
- Ne protège pas contre les IST/ SIDA
- Nécessite un personnel formé pour la pose et le retrait.

d- Méthodes chirurgicales (CCV)

Ce sont des stérilisation volontaires, définitives et il faut avoir le consentement des deux conjoints et leurs signatures sur la formulaire (43).

d-1- Ligature des trompes (LST) chez la femme (44) (45)

Elle consiste à ligaturer et à sectionner une portion des trompes de Fallope souvent sous anesthésies locales.

Elle empêche l'ovule d'atteindre l'utérus et les spermatozoïdes de circuler dans les trompes.

d-2- Vasectomie (stérilisation masculine) (46) (47)

L'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale par une incision sur le scrotum.

Elle consiste à couper les canaux déférents, bloquant aussi le passage de spermatozoïdes allant des testicules jusqu'au pénis.

L'opération ne modifie pas le désir sexuel de l'homme, l'érection, l'éjaculation et la volume du sperme dépourvu des spermatozoïdes.

2-5-4- La contraception d'urgence post- coïtale (48)

Elle se pratique après un rapport sexuel non protégé pour éviter la grossesse.

TABLEAU N°2 : La contraception d'urgence (48)

Méthode	Délai écoulé depuis le rapport	Posologie
Contraceptifs Oraux combinés	Dans les 72 heures	- 1 ^{er} dose: 100mg d'éthinyl estradiol + 0,5mg de levonorgestel. - 2 ^{ème} prise : 12 heures plus tard
Pilules progestatives	Dans les 8 heures	- 1 ^{er} dose: 0,75 mg de levonorgestrel - 2 ^{ème} prise : 12 heures plus
Oestrogènes	Dans les 48 heures	- 5mg d'éthinyl estradiol/ 2 heures pendant 5 jours
Androgènes	Dans les 72 heures	- 1 ^{er} dose: 400 à 600 mg de danazol - 2 ^{ème} prise : 12 heures plus
Antiprogestatifs	Dans les 72 heures	- 600mg de nifepristone (RU486) en une seule prise)
Stérilet	Insertion dans les jours les 5 jours	

I - OBJECTIFS DE L'ETUDE

Ils consistent à :

- Connaître la réalisation technique des prestataires le respect du protocole de la prise en charge des clientes.
- Evaluer les activités du Planning Familial suivant les méthodes contraceptives adoptées par les utilisatrices selon les différents paramètres d'étude.
- Soulever les problèmes rencontrés au centre surtout sur la pratique de la Planification Familiale
- Proposer des solutions pour améliorer et assurer la bonne marche de la planification familiale dans ce Centre.

II - CARDRE DE L'ETUDE

2-1- Situation géographique

Le Centre de Santé de Base Niveau II d'Isotry Annexe se trouve dans la commune urbaine d'Antananarivo renivohitra, 1^{er} Arrondissement, Fokontany de cité ambodin'Isotry sise à côté de la place du marché..

Les Fokontany desservis par ce CSB II sont:

- 1 - Cité Ambodin'Isotry
- 2- Cité 67 ha Atsimo
- 3- Cité 67 ha afovoany Andrefana
- 4- Andranomanalina Afovoany
- 5- Andranomanalina Isotry
- 6- Andranomanalina Atsimo
- 7- Antohomadinika IIIGM
- 8- Andohotapenaka II
- 9- Andohotapenaka III
- 10- Antetezana Afovoany
- 11- Andavamamba Anjezika

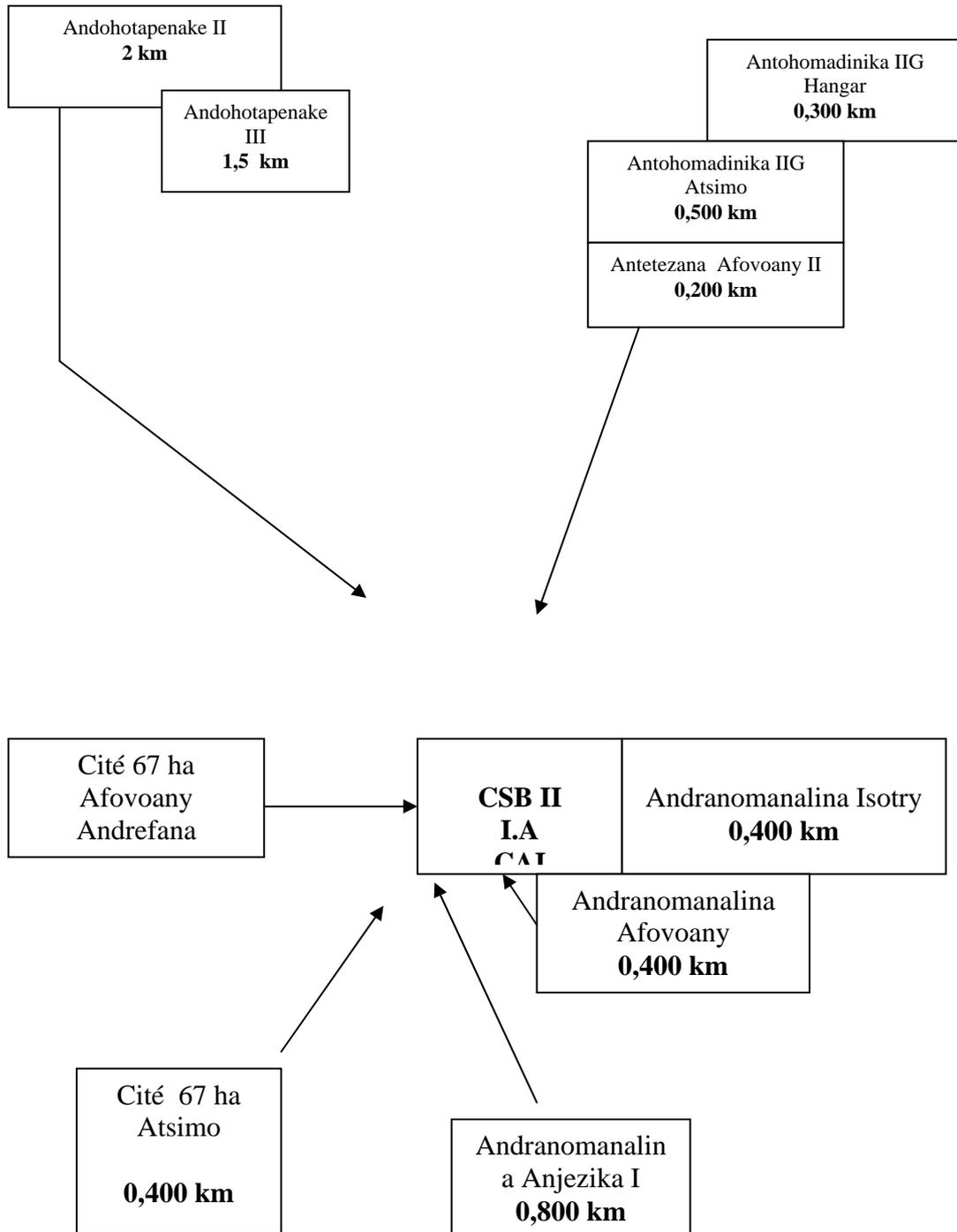


Figure 1: Distance des Fokontany par rapport au CSB II d'Isotry Annexe

**II-2- Situation démographique des Fokontany desservis par le CSB II
en 2003**

TABLEAU N°3 : La situation démographique des Fokontany

Fokontany	Population totale	Femme en âge de procréation	Grossesse attendue 4,5%	POPULATION CIBLE			
				0 - 11 mois 4 %	6 - 11 mois 2 %	1 - 4 ans 14 %	0 - 5 ans 18 %
Cité Ambodin'Isotry	6945	1625	313	278	139	972	1250
Cité 67 ha Atsimo	6641	1554	299	266	133	980	1195
Cité 67 ha afovoany andrefana	3480	814	157	139	70	487	626
Andranomanalin a Afovoany	4248	994	191	170	85	595	765
Andranomalina Isotry	2496	584	112	100	50	349	449
Antohomadinika Atsimo	7842	1835	353	314	157	1098	1412
Antohomadinika III GM	8603	2013	87	344	172	1204	1549
Andohotapenaka II	10406	2435	468	416	133	1457	1873
Andohotapenaka III	6403	1498	288	256	70	836	1153
Antetezana Afovoany II	1648	386	74	66	85	231	297
Andavamamba Anjezika	4097	959	184	164	50	574	734

TOTAL	62809	14697	2826	2512	1142	8793	11306
-------	-------	-------	------	------	------	------	-------

11 Fokontany sont rattachés au centre

Parmi les 62809 habitants, les femmes en âge de procréer sont estimées à 14697 soit 23,40%.

2-3- Les activités du CSB II d'Isotry Annexe

Elle portent sur :

- la consultation médicale,
- la consultation pré-natale,
- la surveillance e les soins des nouveaux - nés
- les vaccinations des enfants et des femmes enceintes,
- les pesées et la surveillance des nourrissons,
- la Communication pour le Changement de Comportement (CCC),
- la planification familiale.

2-4- Ressources humaines

Les activités du centre sont assurées par du personnel composé de:

- 3 médecins,
- 5 sage - femmes,
- 3 infirmières,
- 2 secrétaires,
- 2 servantes.

2-5- Ressources matérielles

Le bâtiment destiné au centre comporte:

- une salle pour le médecin chef et les secrétaire,
- une salle pour la consultation médicale,
- une salle pour la consultation pré-natale et les vaccinations,
- une salle pour les soins,
- une salle pour la planification familiale,

- une salle pour le stockage de médicaments et la pharmacie.

2-6- La service de la planification familiale

Le CSB II d'Isotry Annexe a débuté la réalisation de la pratique de la PF le mois de septembre 1998 et les activités sont assurées par une sage - femme.

2-6-1- Déroulement d'une consultation en matière de PF

Toutes les clientes sans distinction désirant une contraception sont soumises au même rythme de déroulement du service.

2-6-1-1- Information et séance de causerie

La Communication pour le Changement de Comportement (CCC) est effectuée, le matin avant la consultation pour toutes personnes qui se présentent au site. Ceci concerne les différentes méthodes contraceptives disponibles dans le centre avec leur mode d'emploi, les indications, les contre-indications, les avantages, les inconvénients de chaque méthode, en insistant surtout sur les effets secondaires fréquents conduisent souvent à l'abandon , et les pertes de vu des utilisatrices.

2-6-1-2- Examen clinique

Il comprend:

- l'interrogatoire sur les antécédents médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux,
- le pesée,
- la prise de tension artérielle,
- l'examen cardio-vasculaire : l'auscultation cardio-thoracique, la recherche d'hémorroïdes,
- l'examen gynécologique:
 - le toucher vaginal,

- l'examen des seins,
- l'examen au spéculum.

Les résultats sont mentionnés sur la fiche individuelle.

2-6-1-3- Choix d'une méthode contraceptive

La cliente choisit une des méthodes proposées mais la sage - femme peut lui suggérer une autre plus adoptée à son état de santé

2-6-1-4- Délivrance des moyens contraceptifs

Elle dépend des moyens contraceptifs choisis:

- Le condom masculin et le conceptrol.

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

- Les contraceptifs injectables .

Une injection en intramusculaire est prescrite:

- * tous les deux mois pour le NORISTERAT R
- * tous les trois mois pour le DEPOPROVERA R

- Les contraceptifs oraux.

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

- Le Dispositif Intra - Utérin (DIU)

La pose du stérilet se fait lorsque la cliente est sûr de son choix, l'insertion et l'extraction se fait gratuitement.

Le contrôle et le suivi sont assez stricts. Des contrôles sont effectués après une semaine puis un mois et ensuite tous les six mois. La durée de protection avec la stérilet peut atteindre dix ans.

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

- bleu pour les pilules,

- rouge pour les contraceptifs injectables,
- blanche pour les condoms ou ovules.

2-6-2- Les médicaments adjuvants utilisés sont:

• Anti-infectieux:

- Pénicilline G 1 million,
- Bipénicilline 1 million,
- Métronidazole cp: 250 mg,
- Tétracycline cp : 250 mg,
- Cotrim cp: 480 mg.

• Antalgiques

- Paracétamol cp : 500mg,
- Aspirine cp: 500 mg.

Antiseptiques

- Bétadine,
- Mercryl.

II-6-3- Les produits contraceptifs disponibles dans le centre

*** Les contraceptifs oraux**

- LOFEMENAL,
- OVRETTE.

*** Les contraceptifs injectables**

- DEPOPROVERA

*** Les méthodes dites barrières**

- CONDOM ou PRESERVATIF masculin

- **CONCEPTROL.**

Il n'y a pas eu de rupture de stock pendant l'année 2003.

Les commandes des produits contraceptifs sont adressées au service de santé de district d'Antananarivo Renivohitra .

III - METHODOLOGIE

3-1- Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective des utilisatrices au service de la planification familiale du Centre de Santé de Base niveau II d'Isotry Annexe durant l'année 2003.

On procède par dépouillement du registre et des fiches individuelles des utilisatrices.

3-2- Matériels d'étude

III-2-1- Le bilan annuel

Il mentionne :

- les nouvelles utilisatrices,
- les utilisatrices régulières,
- les perdues de vue.

III-2-2- Les paramètres à évaluer

Nous avons étudié les paramètres suivants:

◆ L'âge

Il est mesuré à partir de la puberté jusqu'à la ménopause comme suit:

- 13 à 19 ans ,
- 20 à 34 ans,
- plus de 35 ans.

◆ **Les méthodes contraceptives utilisées.**

C'est l'analyse des méthodes contraceptives dispensées par le service de PF d'Isotry Annexe:

- les contraceptifs Oraux (CO),
- les contraceptifs Injectables (CI).

◆ **La date de début de la contraception**

C'est l'étude de la date d'adhésion de l'utilisatrice à la contraception. La date de début de la contraception est évaluée par trimestre comme suit:

- premier trimestre;
- deuxième trimestre;
- troisième trimestre;
- quatrième trimestre.

◆ **Le niveau d'instruction**

C'est l'analyse du niveau d'étude de l'utilisatrice. Le niveau d'instruction est estimé par:

- l'illettrisme;
- les études primaires;
- les études secondaires;
- les études universitaires.

◆ **L'état matrimonial**

C'est l'étude de la vie sexuelle et affective de l'utilisatrice en n'instaurant pas la légalité.

L'état matrimonial est estimé par le fait que la femme:

- vit en couple;
- vit seule.

◆ **Le nombre d'enfants vivants**

C'est l'analyse du nombre des enfants à charge et de la parité de l'utilisatrice. Il est reparti comme suit :

- néant;
- 1 à 3;
- 4 et plus.

◆ **Les motifs d'adhésion à la PF.**

C'est l'analyse de la cause de la pratique de la contraception. On a considéré 2 motifs d'adhésion :

- l'espacement des naissances;
- la limitation des naissances.

◆ **Les sources d'information**

C'est l'étude de l'origine des renseignements concernant la contraception et

poussant l'acceptante à pratiquer les méthodes contraceptives. Elles est évaluée par:

- le personnel de santé;
- la famille ou les amis;
- la brochure ou affiche;
- la radio, la télévision, le journal;
- agent communautaire.

◆ **Suivi et contrôle**

Le suivi et contrôle sont évalués par:

- la tolérance;
- l'arrêt;
- l'abandon .

♦ **Le changement des méthodes**

C'est l'analyse de la cause de l'utilisation de nouvelles méthodes. Le changement des méthodes est évalué en se basant sur la première méthode pratiquée selon qu'il s'agit de :

- contraceptifs oraux;
- contraceptifs injectables.

♦ **L'analyse statistique**

Le nombre des utilisatrices est obtenu par la somme des nouvelles utilisatrices durant l'année 2003.

IV - RESULTATS DE L'ETUDE

4-1- Résultats du recrutement des utilisatrices

En somme, nous avons recruté 6765 utilisatrices durant l'année 2003 dans le service de PF du CSB II d'Isotry Annexe.

4-2- Bilan annuel

- Nouvelles utilisatrices : 405.
- Utilisatrices régulières: 6360
- Perdues de vue : 165

4-3- Résultat de la sélection des utilisatrices recrutées

Nous avons limité notre étude sur les nouvelles utilisatrices qui sont au nombre de 405.

4-4- Résultats de l'évaluation

De nombreux critères ont été analysés :

- l'âge des utilisatrices;
- les méthodes contraceptives utilisées;

- la date de début de la contraception;
- le niveau d'instruction;
- l'état matrimonial;
- le nombre d'enfants vivants;
- les motifs d'adhésion à la planification familiale;
- les sources d'information;
- le suivi et le contrôle;
- le changement de méthode.

4-4-1- Les méthodes utilisées

TABLEAU N°4 : Répartition des utilisatrices selon les méthodes

Méthodes	Effectifs des utilisatrices	Pourcentage
Contraceptifs Injectables	302	74,6
Contraceptifs Oraux	103	25,4
Barrières (Conceptrol, Condom)	-	-
TOTAL	405	100

74,6% des utilisatrices choisissent les Contraceptifs Injectables

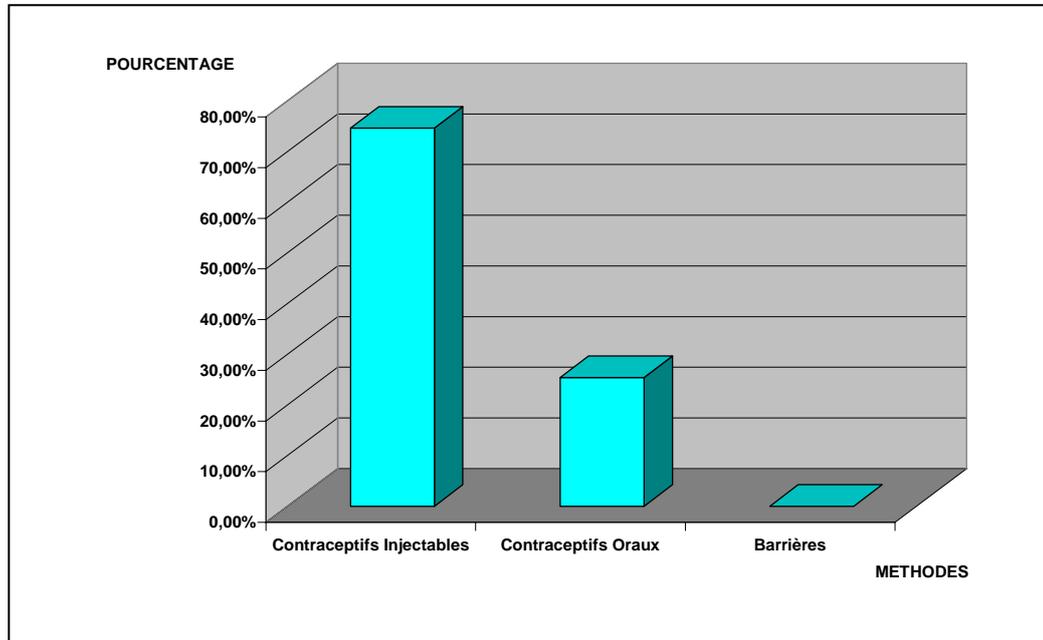


Figure n°2: Les utilisatrices et les méthodes utilisées

4-4-2- Age

TABLEAU N°5 : Répartition des utilisatrices selon l'âge

Age	Effectifs des utilisatrices	Pourcentage
13 à 19 ans	41	10,2
20 à 34 ans	338	83,4
Plus de 35 ans	26	6,4
TOTAL	405	100

Plus de la moitié des utilisatrices sont âgées de 20 - 35 ans soit 83,4%

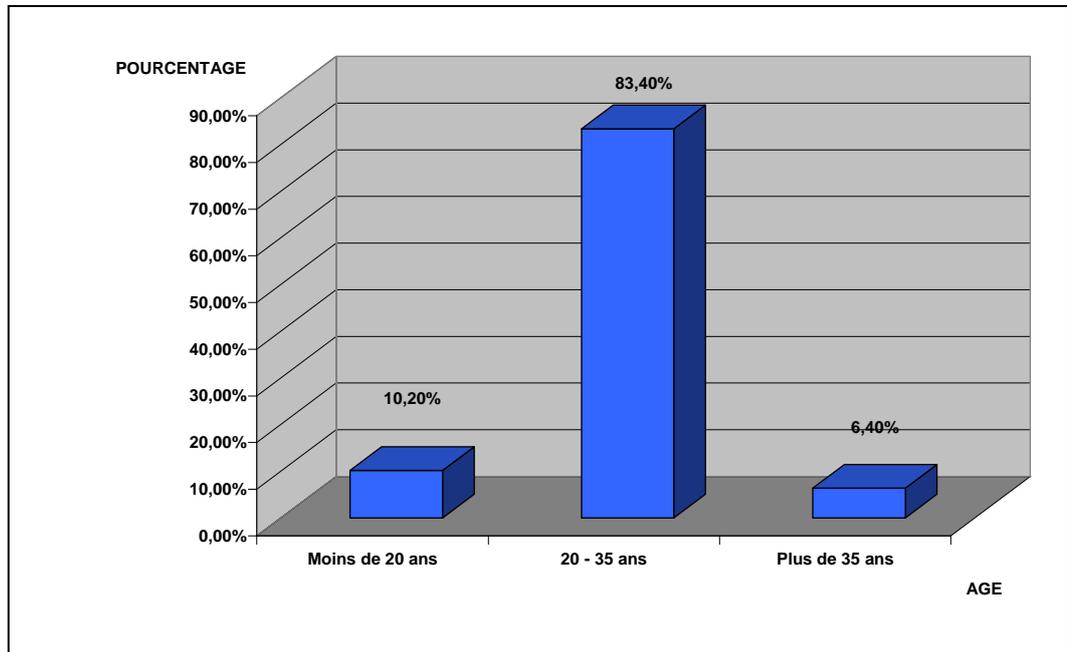


Figure n°3: l'âge des utilisatrices

TABLEAU N°6: Répartition des méthodes selon l'âge des utilisatrices

AGE	METHODES					
	CI		CO		BAR	
	N	%	N	%	N	%
13 à 19 ans	22	5,5	19	4,7	—	—
20 à 34 ans	269	66,4	69	17	—	—
Plus de 35 ans	11	2,7	15	3,7	—	—
TOTAL	302	74,6	103	25,4	—	—

Dans les tranches d'âges de moins de 20 ans et de 20 à 35 ans les CI priment le choix des femmes.

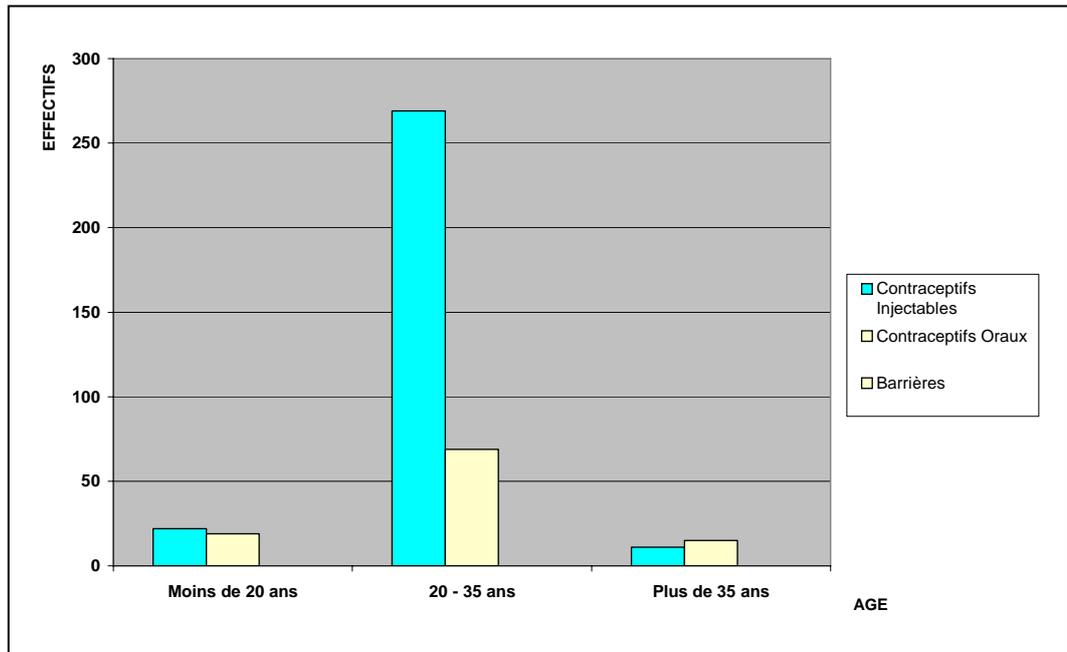


Figure n°4: Méthodes et âge des utilisatrices

4-4-3- Date e début de la contraception

TABLEAU N°7 : Répartition des utilisatrices selon la date de début de la contraception

Date du début de la contraception	Effectifs des utilisatrices	Pourcentage
Premier trimestre	95	83,5
Deuxième trimestre	106	26,2
Troisième trimestre	87	22,5

Quatrième trimestre	117	28,5
TOTAL	405	100

28,8% des clientes ont débuté au quatrième trimestre

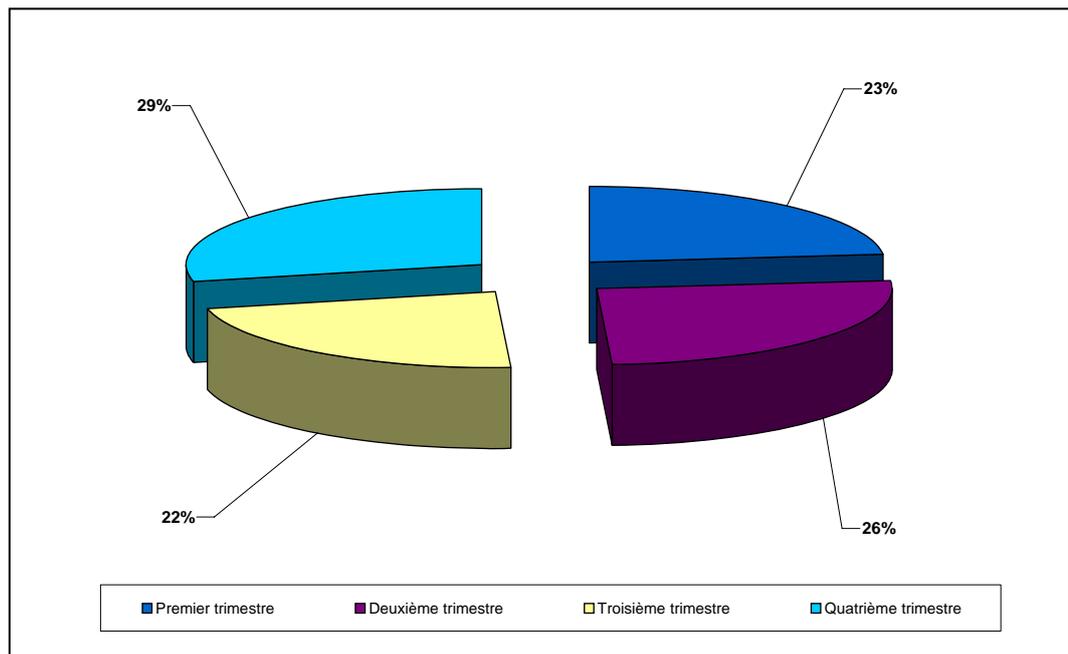


Figure n°5: Les utilisatrice selon la date de début de la contraception

TABLEAU N°8: Répartition des méthodes selon la date de début de la contraception

DATE DU DEBUT DE LA CONTRACEPTI ON	METHODES					
	CI		CO		BAR	
	N	%	N	%	N	%
Premier trimestre	75	18,5	20	5	—	—
Deuxième	73	18,1	33	8,1	—	—

Troisième	60	14,8	15	6,7	–	–
Quatrième	94	23,2	23	5,6	–	–
TOTAL	302	74,6	103	25,4	–	–

Au plupart des femmes utilisatrices préfèrent les CI comme premières méthodes

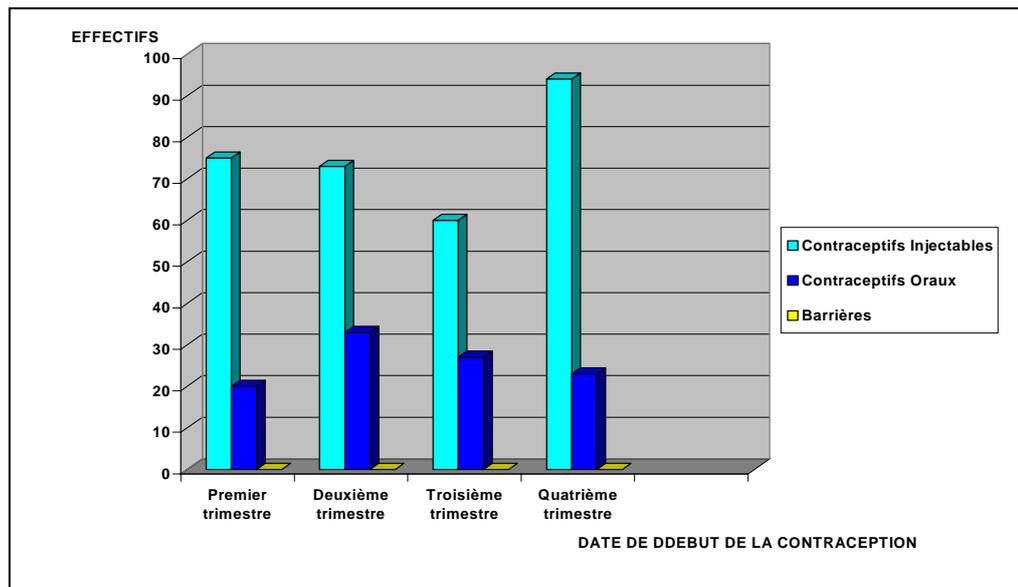


Figure n°6: Les méthodes et la date de début de la contraception

4-4-4- Le niveau d'instruction

TABLEAU N°9 : Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs des utilisatrices	Pourcentage
Illettrées	15	3,7
Etude primaire	155	63,8
Etude secondaire	255	50
Etude universitaire	10	02,5
TOTAL	405	100

La majorité des utilisatrices sont de niveau secondaire (63,8%)

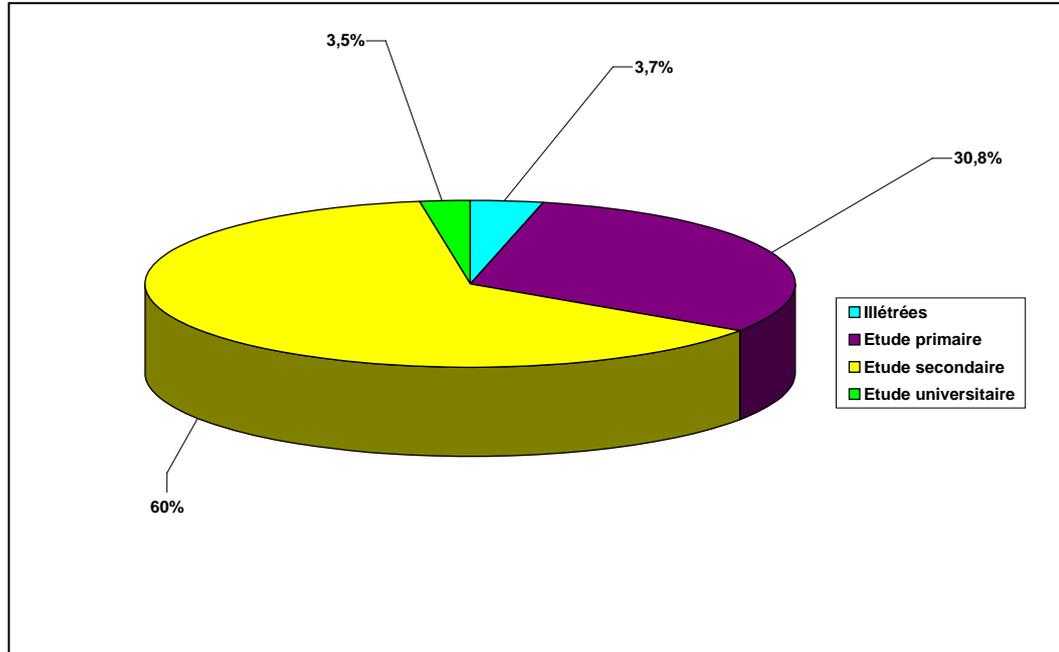


Figure n°7 : Le niveau d'instruction des utilisatrices

tion des utilisatrices

TABLEAU N°10: Répartition des méthodes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	METHODES					
	CI		CO		BAR	
	N	%	N	%	N	%
Illettrées	6	1,5	9	2,2	—	—
Etudes primaires	87	21,5	38	9,3	—	—
Etudes secondaires	200	49,4	55	13,6	—	—
Etudes universitaire	9	2,2	01	0,3	—	—
TOTAL	302	74,6	103	25,4	—	—

Les contraceptifs injectables sont le choix préféré des utilisatrices

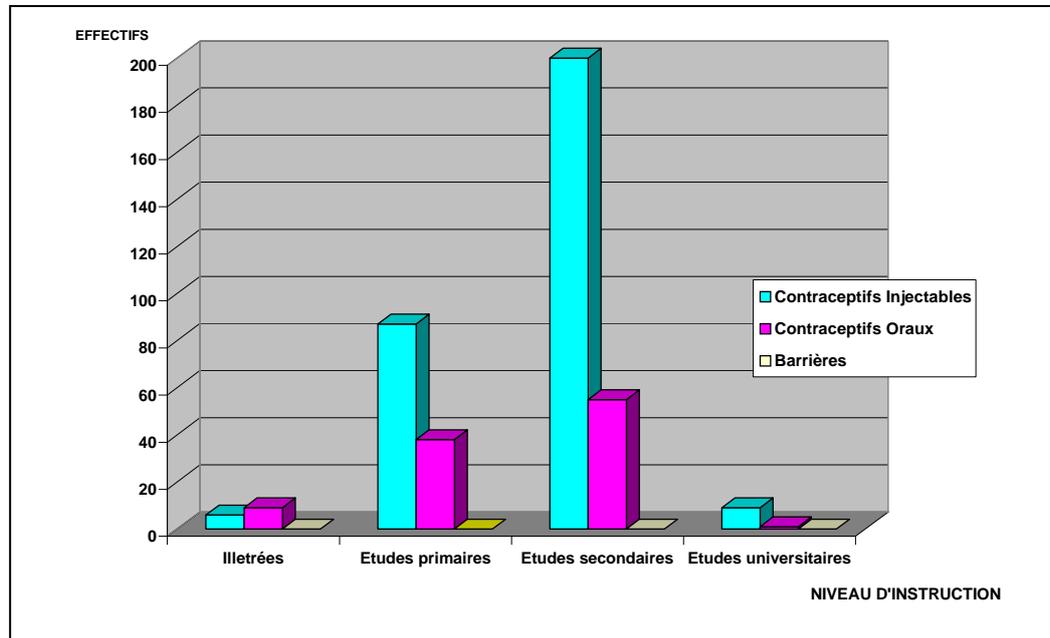


Figure n°8: Le niveau d'instruction des clientes

4-4-5- Etat matrimonial

TABLEAU N°11 : Répartition des utilisatrices selon l'état matrimonial

Etat matrimonial	Effectif des utilisatrices	Pourcentage
Vit en couple	390	96,3
Vit seule	15	3,7
TOTAL	405	100

Presque toutes les femmes vivent en couple, soit 96,3%

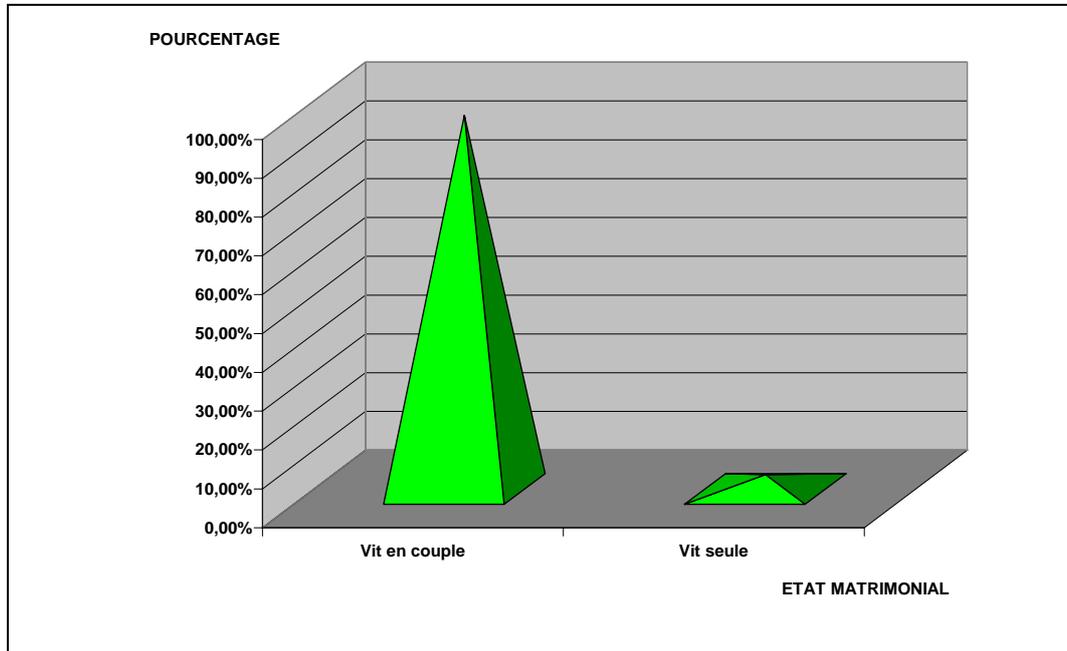


Figure n°9: L'état matrimonial des utilisatrices

TABLEAU N°12: Répartition des méthodes selon l'état matrimonial

Etat matrimonial	METHODES					
	CI		CO		BAR	
	N	%	N	%	N	%
Vit en couple	290	71,6	100	24,7	–	–
Vit seule	12	03	3	0,7	–	–
TOTAL	302	74,6	103	25,4	–	–

71,6 % des femmes vivant en couple choisissent le CI

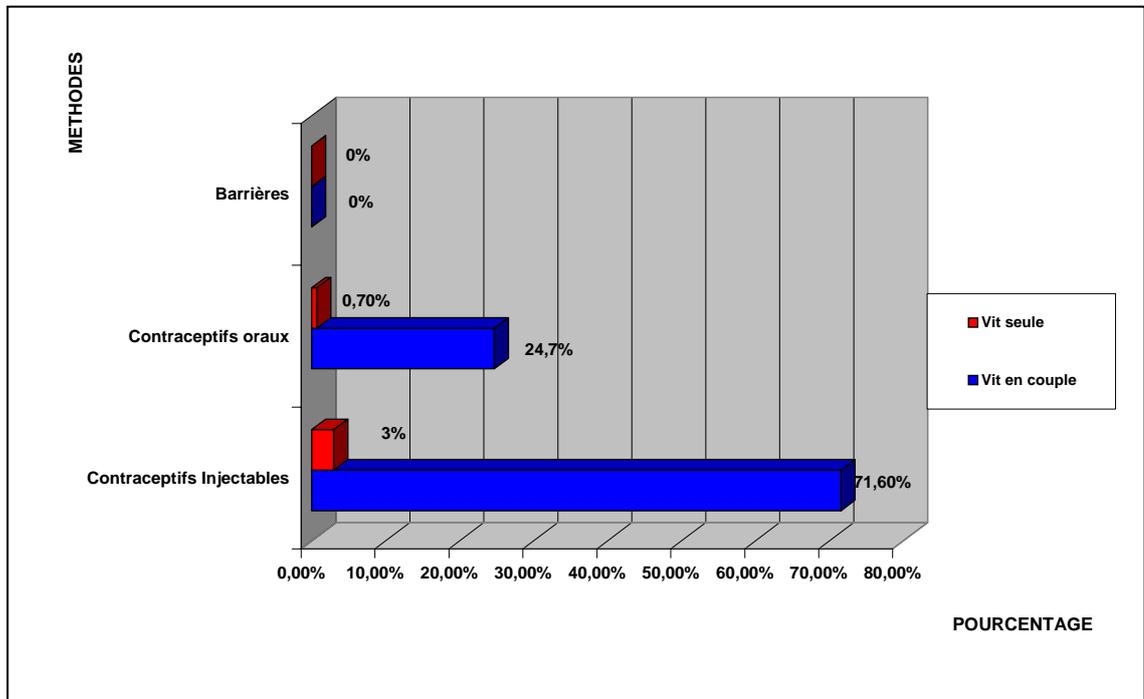


Figure n°10: Etat matrimonial des acceptantes

4-4-6- Sources d'Information

TABLEAU N°13 : Répartition des utilisatrices selon les sources d'Information

Sources d'Information	Effectif des utilisatrices	Pourcentage
Personnel de Santé	325	80,7
Famille/ Amis	35	8,6
Radio/ Télé/ Journal	25	6,2
Brochure/ Affichage	10	2,5
Agent Communautaire	10	2,5
TOTAL	405	100

80,2% des clientes sont informées par le personnel de santé

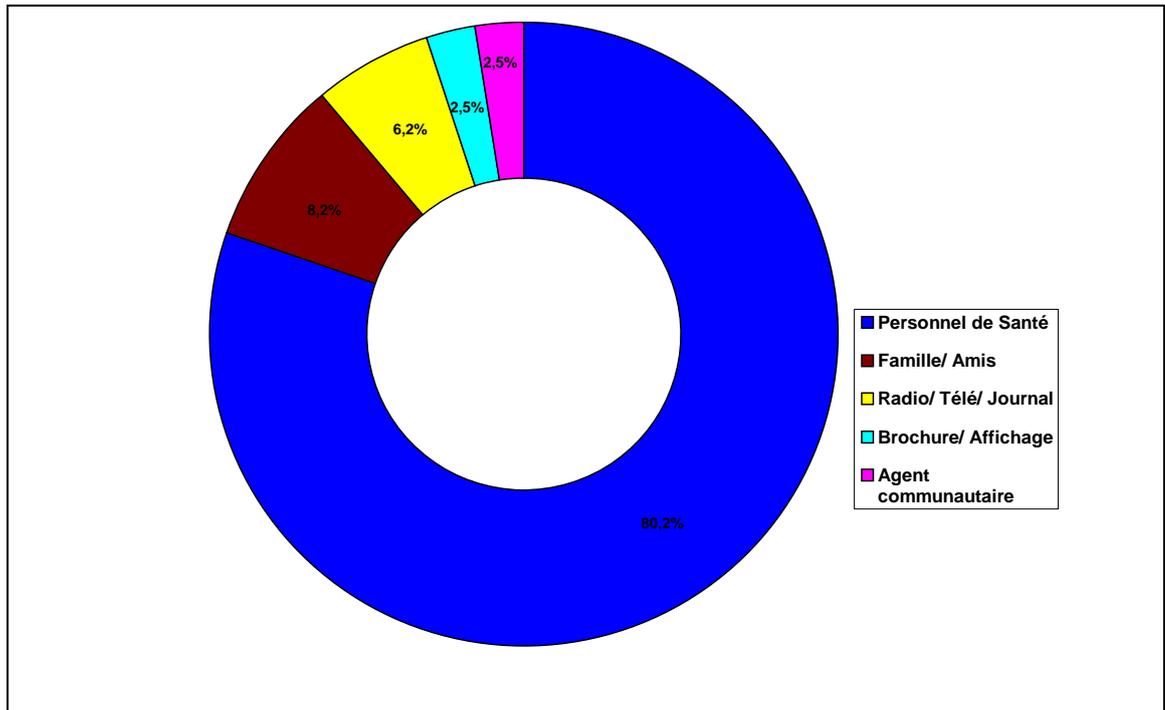


Figure n°11: Les sources d'information des utilisatrices

TABLEAU N°14: Répartition des méthodes selon les sources d'information

Source d' information	METHODES					
	CI		CO		BAR	
	N	%	N	%	N	%
Personnel de santé	247	61	78	19,2	–	–
Famille/ Amis	30	7,4	05	1,2	–	–
Radio Télé/ Journal	15	3,7	10	2,5	–	–
Brochures/ Affichage	4	0,9	06	1,6	–	–
Agent communautaire	6	1,6	04	0,9	–	–
TOTAL	302	74,6	103	25,4	–	–

Dans la plupart des sources d'information, les CI prédominent

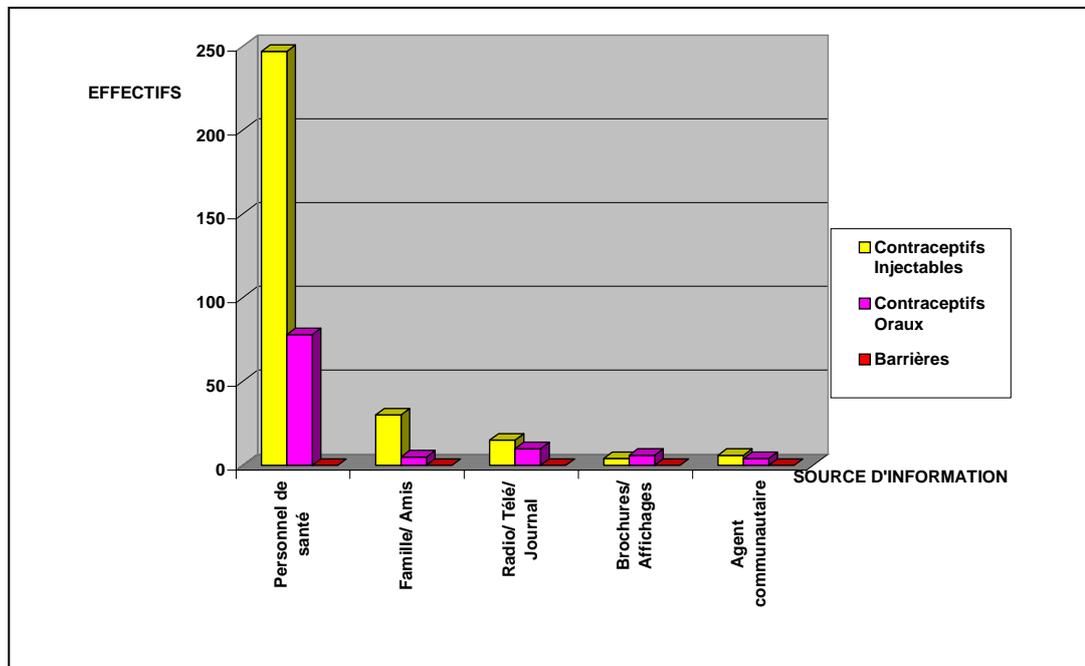


Figure n°12: Les méthodes selon les sources d'information

4-4-7- Nombre d'enfant vivants

TABLEAU N°15: Répartition des utilisatrices selon le nombre d'enfant vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectifs des utilisatrices	Pourcentage
0	233	57,6
1 à 3	172	42,4
4 et plus	25	6,2
TOTAL	405	100

Les femmes ayant 1 à 3 enfants sont plus nombreuses (57,6%)

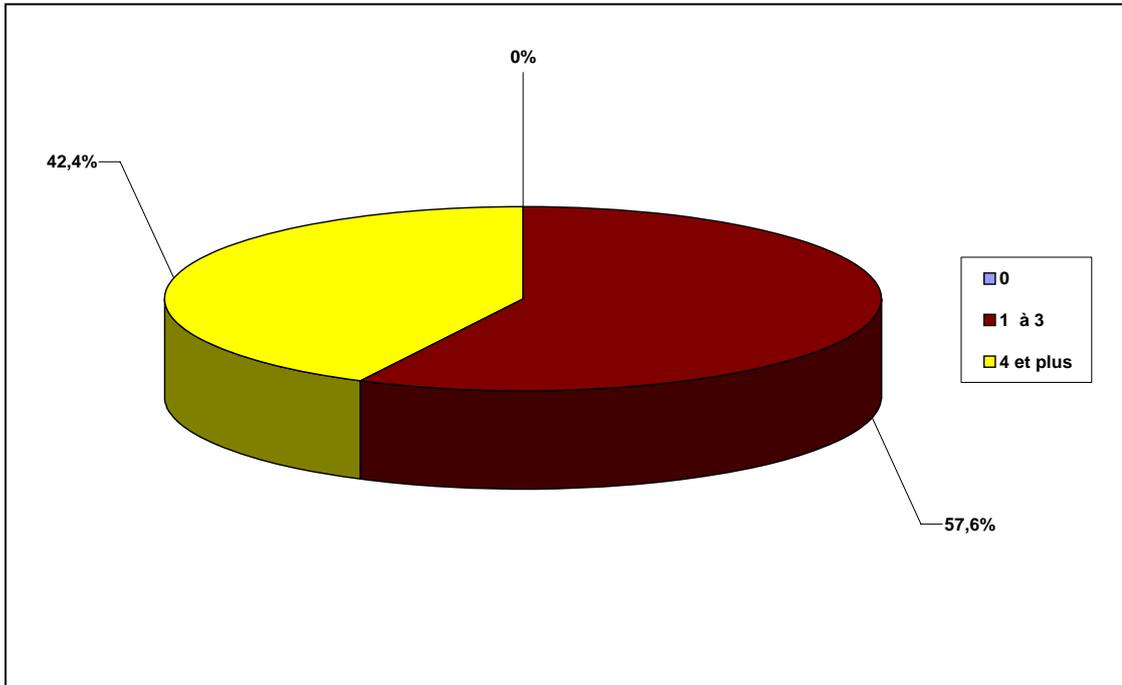


Figure n°13: Le nombre d'enfants vivants des clientes

TABLEAU N°16: Répartition des méthodes selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	METHODES					
	CI		CO		BAR	
	Non	%	Non	%	Non	%
0	-	-	-	-	-	-
1 à 3	184	45,5	49	12,1	-	-
4 et plus	112	29,1	54	13,3	-	-
TOTAL	302	74,6	103	25,4	-	-

Les CI prédominent : 45,5% et 29,1 %

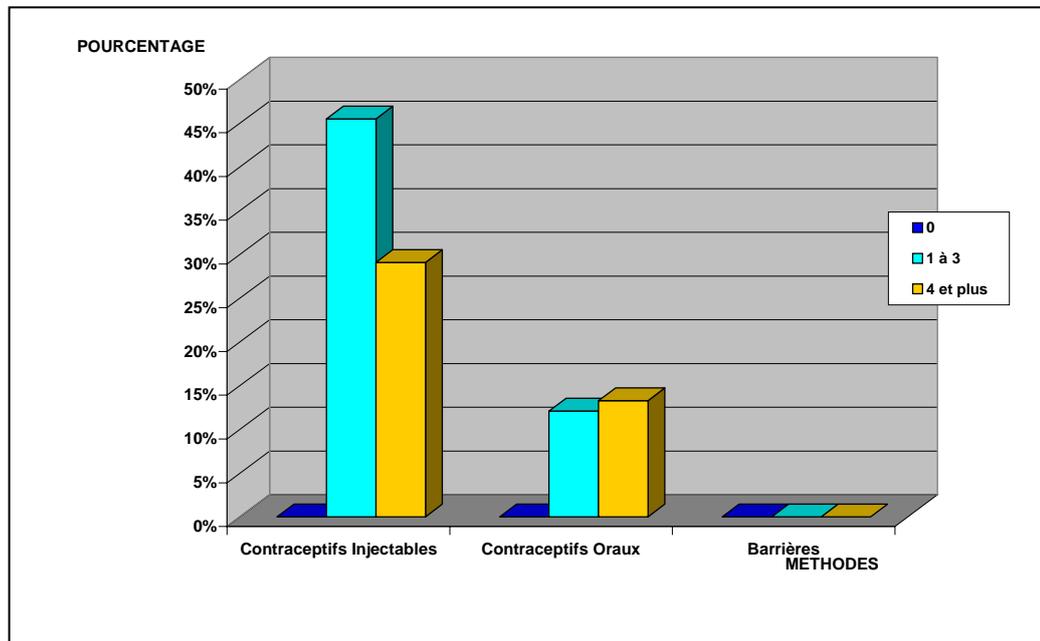


Figure n°14: Les méthodes et le nombre d'enfants vivants

mbre d'enfants vivants

4-4-8- Motifs d'adhésion à la PF

TABLEAU N°17: Répartition des utilisatrices selon les motifs d'adhésion

Motif d'adhésion	Effectifs des utilisatrices	Pourcentage
Espacement des naissances	346	85,5
Limitation des naissances	59	14,5
TOTAL	405	100

Plus de la moitié des utilisatrices adhèrent au service de PF pour espacer les naissances soit 85,5 %

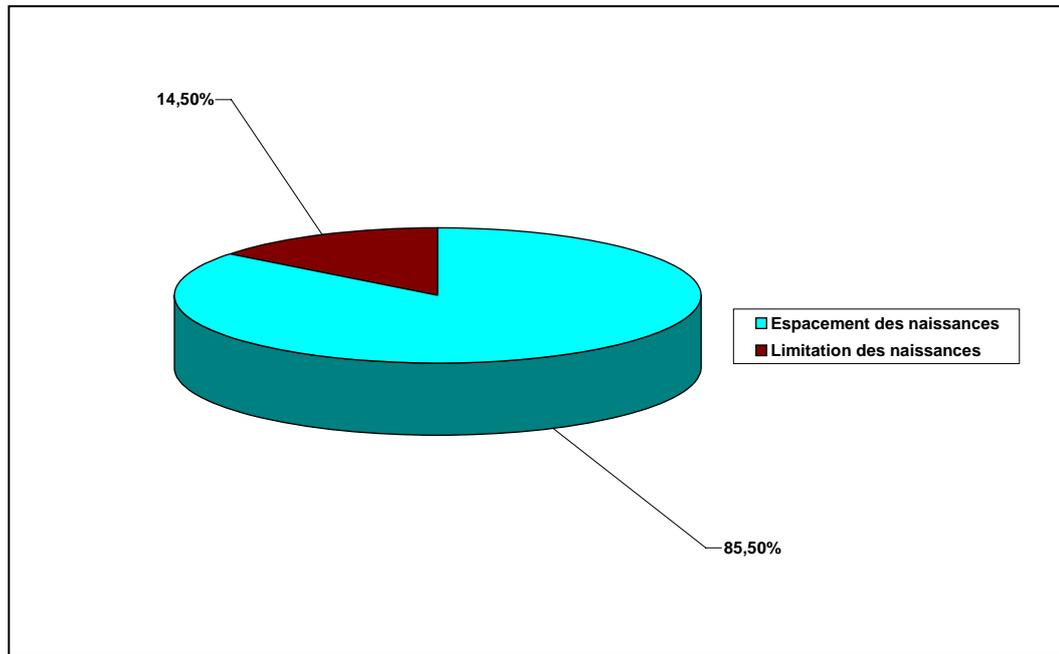


Figure n°1
5: Les Motifs d'adhésion

des utilisatrices

TABLEAU N°18: Répartition des méthodes selon les motifs d'adhésion à la PF

Motif d'adhésion	METHODES					
	CI		CO		BAR	
	N	%	N	%	N	%
Espacement des naissances	270	66,7	76	18,8	–	–
Limitation des naissances	32	7,9	27	6,6	–	–
TOTAL	302	74,6	103	25,4	–	–

66,7 % optent pour les CI

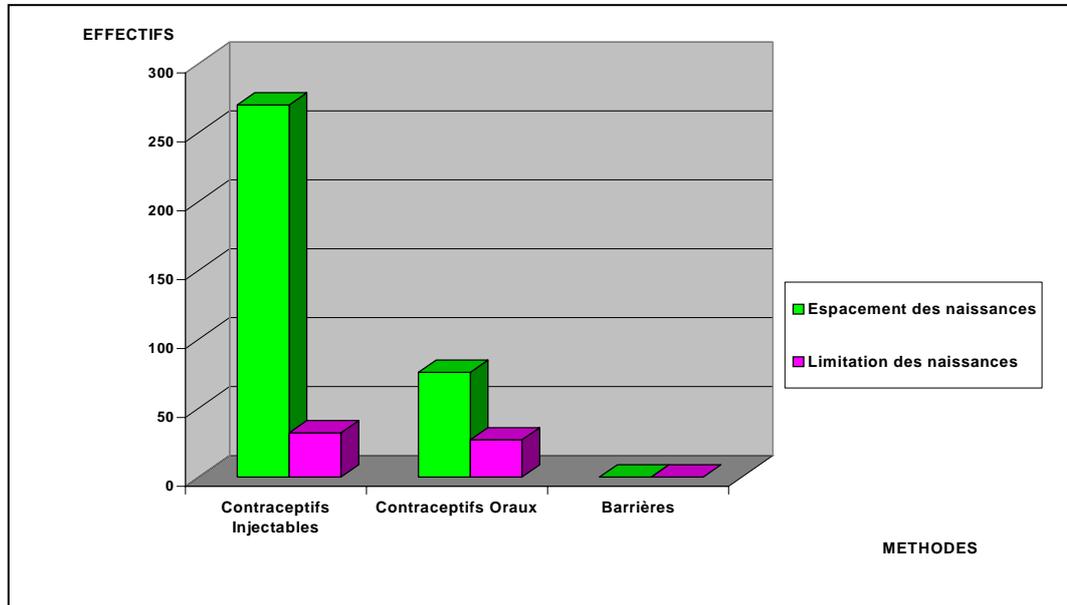


Figure n°16 : Les méthodes selon les motifs d'adhésion

4-4-9- Le suivi et le contrôle

TABLEAU N°19: Répartition des utilisatrices selon le suivi et le contrôle

Suivi et contrôle	Effectifs des utilisatrices	Pourcentage
Tolérance	290	71,6
Arrêt	11	2,7
Abandon	70	17,3
Changement des méthodes	34	8,4
TOTAL	405	100

71,6 % des utilisatrices ont une bonne tolérance des méthodes contraceptives utilisées

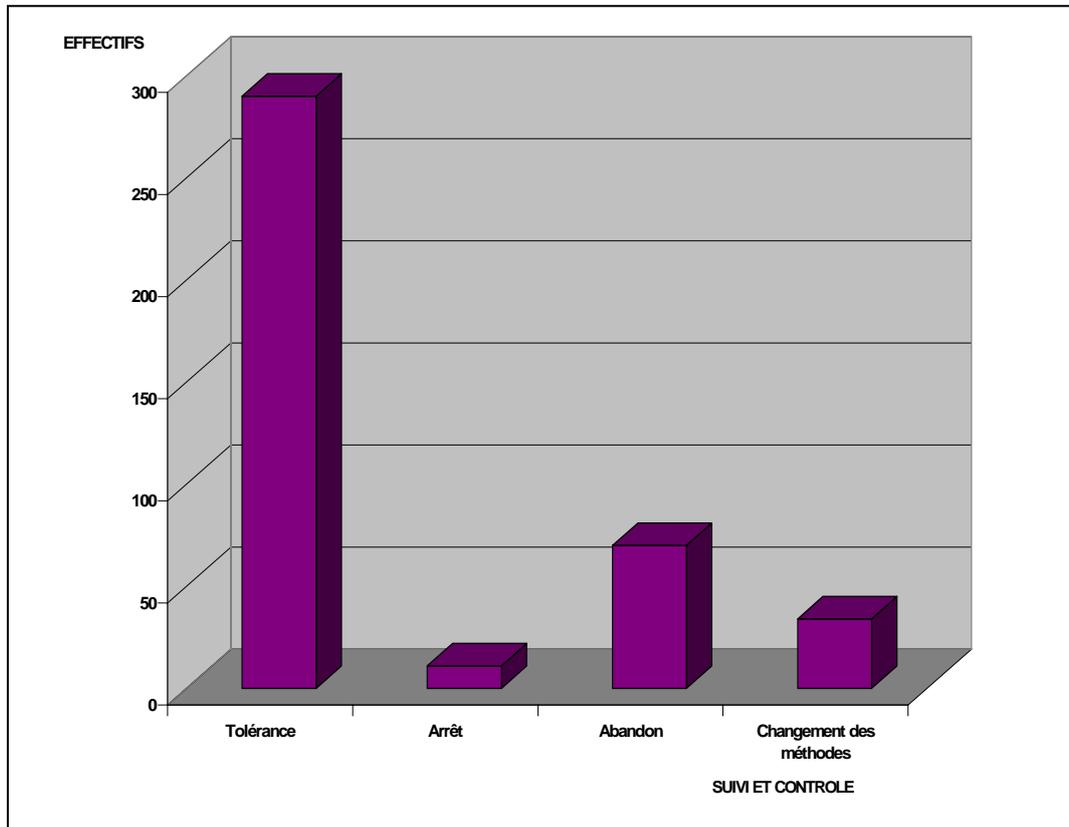


Figure n°17: Suivi et contrôle des acceptantes

TABLEAU N°20: Répartition des méthodes selon le suivi et le contrôle

Suivi et contrôle	METHODES					
	CI		CO		BAR	
	N	%	N	%	N	%

Tolérance	240	59,2	45	12,3	–	–
Arrêt	04	0,9	07	9,8	–	–
Abandon	30	7,5	40	9,8		
TOTAL	274	67,6	92	23,9	–	–

POUR les 70 femmes ayant abandonné la PF 40 d'entre elles soit : 9,8% ont opté pour les CO

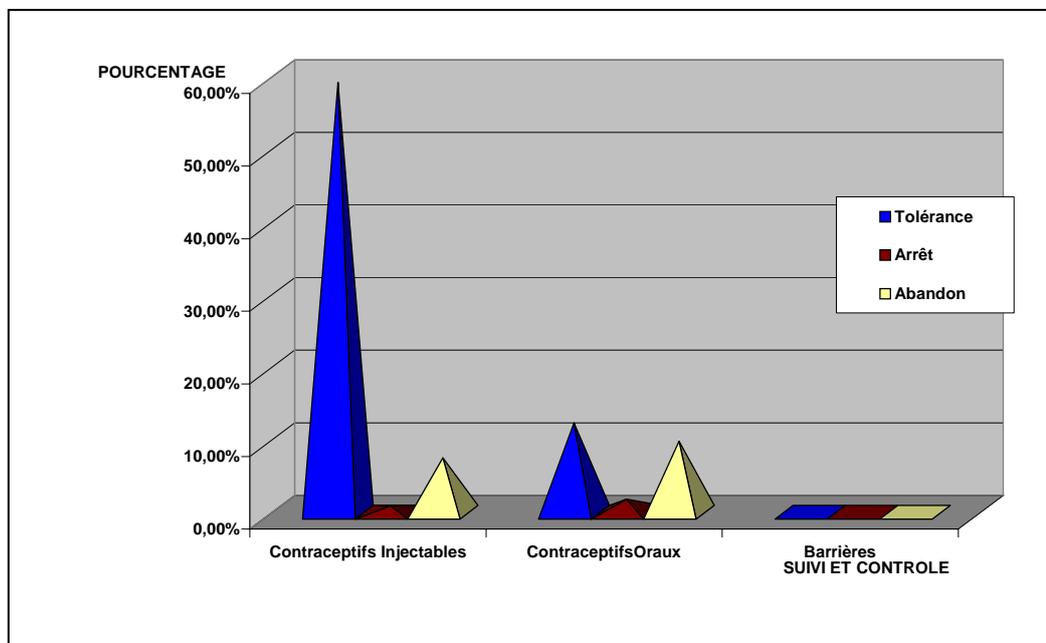


Figure n°18 : Les méthodes selon le suivi et le contrôle

4-4-10- Le suivi et le contrôle

TABLEAU N°21: Répartition des utilisatrices selon le changement de méthodes

Première méthode Pratiquée	Effectifs des utilisatrices	Pourcentage
-------------------------------	-----------------------------	-------------

Tolérance	290	71,6
Arrêt	11	2,7
Abandon	70	17,3
Changement des méthodes	34	8,4
TOTAL	405	100

71,6 % des utilisatrices ont une bonne tolérance des méthodes contraceptives utilisées

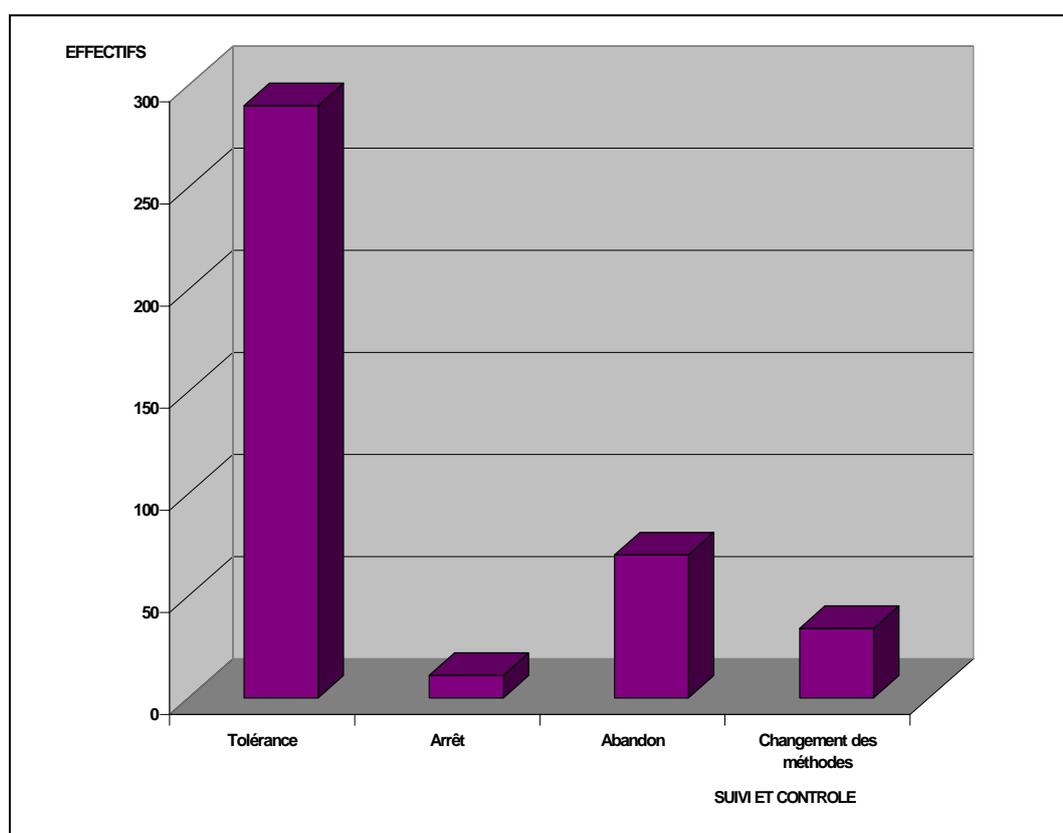


Figure n°19: Les utilisatrices selon le changement des méthodes

I - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Durant l'année 2003 le nombre de nouvelles utilisatrices a augmenté par rapport à l'année précédente. A propos des paramètres d'étude.

1-1- Fréquence

Les CI prédominent. Cette situation est la même dans les CSB II de la capitale comme le CSB II d'Andohalo, les CI sont au 1^{er} rang avec un taux de 58,5% devant les CO soit 33% et les méthodes Barrières avec un taux de 2,5%

1-2- Aspects épidémiologiques

1-2-1- Age

Les femmes jeunes de la classe d'âge de 20 à 35 ans participent plus activement à la pratique de la contraception : 338 sur 405 utilisatrices soit 83,4 % .

C'est un témoin de la prise de conscience. A cet âge, elles sont aptes à procréer à tout moment et ont un taux de fécondité élevé. Cela est dû à la maturation ovarienne.

La tranche d'âge de moins de 20 ans occupe la deuxième place soit 10,2%. Elles ont un faible taux d'utilisation. Ceci peut être dû à la précocité de l'activité sexuelle et du fait de leur inconscience. La mentalité Malgache n'admet pas l'éducation sexuelle des adolescents.

Enfin, les femmes âgées de plus 35 ans sont à un taux de 6,4 %. La pratique des méthodes contraceptives diminue car il y a une chute de la fécondité au fur et à mesure que l'âge avance jusqu'à la ménopause .

Ces résultats justifient les données de la littérature puisque les femmes en âge de procréer sont la population cible

1-2-2- Niveau d'instruction

Il tient une place importante dans l'utilisation des méthodes. Le taux

de fréquentation dépend en grande partie du niveau d'instruction des acceptantes : 63% ont un niveau scolaire secondaire et 30,8% ont suivi les études primaires, 3,7 % sont des illettrées, 2,5% ont reçu les études universitaires, ces dernières fréquentent beaucoup les sites privées.

Une étude réalisée dans ce même centre en 2003 a montré une prédominance de niveau d'étude secondaire.

1-2-3-Situation matrimoniale

Les femmes vivant en couple sont plus attirées par le planification familiale. 96,3 % sont conscientes de l'importance de la régulation des naissances .

Elles sont soucieuses du bien - être de leur famille.

Par contre 3,7 % des clients vivent seules. Cette rareté peut être dûe à l'indifférence, la honte et au manque d'information.

Cette situation a été remarquée lors des différentes études sur la PF dans de nombreuses Centres de santé de Base.

1-2-4- Nombre d'enfants vivants

57,6% des acceptantes ont 1 à 3 enfants puis 42,4% ont 4 enfants et plus. Les nullipares n'utilisent pas les méthodes contraceptives.

Actuellement, les couples sont conscients des difficultés vécues par les familles nombreux. " Les parents conscients de leur responsabilité éviteront d'avoir beaucoup d'enfants et surtout s'ils n'ont pas le moyens de les élever (45).

1-2-5- Source d'information

Le personnel de santé est la principale source de l'information (80,2%). De nombreuses femmes viennent au Centre pour la CPN, la consultation médicale, la vaccination... Elles ont beaucoup plus de confiance aux personnels de santé.

Et 8,6 % sont informés par la famille ou les amis car les Malgaches suivent les conseils de leur proche.

Les médias sont de 6,2%. La majorité des mères est préoccupée surtout par les problèmes financiers et les difficultés de la vie.

Les brochures ou les affiches ne représentent que 2,5% . Il en est de même pour les agents communautaires. Ils n'ont pas beaucoup de temps pour assurer leur rôle dans ce domaine qu'au cours de la campagne de sensibilisation.

1-2-6-Motif d'adhésion

La majorité des acceptantes adhèrent pour espacer les naissances soit 85,5%. Elles connaissent les dangers des grossesses rapprochées. Et 14,5% seulement pour une limitation des naissances.

1-2-7-Suivi et contrôle

On constate que 71,6% des utilisatrices ont une bonne tolérance des méthodes contraceptive, 11 utilisatrices soit 2,7% ont arrêté leur contraception car la plupart se plaint de l'effet secondaire, quelques unes désirent une grossesse.

70 acceptantes ne sont par revenues, cela peut être dû par le refus du mari et du problème financier.

1-2-8- Les changements de méthodes

L'apparition des effets secondaires entraînent le changement de méthode que ce soit oral ou injectable. Elles présentent des troubles menstruels, nausée, HTA, gain de poids, gastralgie.

1-2-9- Evaluation des méthodes contraceptives

1-2-9-1- Les méthodes adoptées par les utilisatrices

74,6% soit 30 utilisatrices ont choisi les CI. Ils sont d'utilisation facile et il n'y a pas de perte de temps pour les clientes car elles ne fréquentent le site que tous les 3 mois.

25,4% soit 103 utilisatrices ont pratiqué les CO. Beaucoup de femmes n'aiment pas la prise de comprimés. Ce résultat peut être aussi expliqué par l'inaccessibilité de leur état de santé.

Concernant les méthodes dites barrières (conceptrol, condom), aucune des adhérentes ne les utilise. Elles peuvent être confrontées aux problèmes des Us et Coutumes. Le choix de ces méthodes nécessite une entente parfaite entre le couple. En effet, la vente libre du condom dans les boutiques le rend facilement accessible sans faire trop d'effort.

1-2-9-2- Age et méthodes

Les CI sont les plus choisis. Cette utilisation prédomine surtout dans la tranche d'âge de 20 à 35 ans soit 66,4 %. Viennent en second lieu les femmes âgées de moins de 20 ans soit 5,5 %. La plupart des clientes âgées de plus de 35 ans préfèrent les CO.

Aucune des clientes n'ont choisi les méthodes barrières.

1-2-9-3-Niveau d'instruction et méthode

Pour la majorité des utilisatrices ayant suivi des études primaire, secondaires et universitaires , les CI sont les plus préférés.

Pour les illettrées , les Contraceptifs Oraux sont les plus utilisés.

1-2-9-4-Etat matrimonial et méthode

Quel que soit l'état matrimonial, le CI sont plus utilisés: 71,7% pour les femmes vivant en couple et 3 % pour celles qui vivent seules.

C'est un moyen pour préserver l'intimité du couple en cas du refus du mari.

1-2-9-5- Nombre d'enfants vivants et méthodes

Quel que soit le nombre d'enfants vivant, les Contraceptifs injectables sont les plus utilisées. Une étude faite à Andohalo a aussi montré que CI sont les plus utilisés quand les femmes ont 1 à 2 enfants vivants et les Contraceptifs Oraux occupent la deuxième place

1-2-9-6- Source d'information et méthode

Les contraceptifs injectables demeurent les plus utilisées quelles que soit les sources d'information sauf les brochures ou affiches

1-2-9-7- Motifs d'adhésion et méthodes

Les nouvelles utilisatrices désirant limiter ou espacer les naissances pratiquent les méthodes hormonales: 66,7% des femmes voulant espacer les naissances préfèrent les CI.

1-2-9-8- Les suivis et méthodes choisies

Les femmes prenant les pilules représentent un fort taux d'abandonnée

1-2-9-9- Les problèmes rencontrés

Au cours de notre étude, plusieurs utilisatrices ont abandonné leurs méthodes contraceptives. Il en est de même pour les perdues de vues au nombre de 163. Plusieurs raisons sont avancées

- insuffisance des méthodes contraceptives.
- effets secondaires non supportés,
- changement de méthode proposé par le prestataire ne convient pas à la cliente,
- désir de grossesse,

- local trop petit,
- manque de matériel,
- rumeurs sur la pratique de la PF,
- refus du mari.

Vu le nombre des utilisatrices, une seule sage femme ne peut pas prendre en charge de façon adéquate la Communication pour le Changement de Comportement , le suivi le contrôle.

2 - SUGGESTIONS

A L'issue de notre étude, nous proposons les solutions suivantes:

2-1- Réhabilitation des formations sanitaires

- Le bâtiment doit être accueillant, d'accès facile,
- Créer une salle adéquate et bien équipée pour le service de planification familiale,
- doter en réfrigérateur le centre,
- Fournir une gamme optimale de contraceptifs à la disposition des utilisatrices en vue de répondre au principe du " libre choix " dans tous les CSB II.

2-2- Renforcement de l'éducation pour la santé

- L'éducation pour la santé doit se faire dans toutes les formations sanitaires et être intégrée dans les programmes de soins de santé primaires.
- Instauration des stages de remise à niveau pour le personnel de santé afin de suivre l'évolution rapide des sciences et technologies modernes.
- Lancer une campagne massive pour la Communication pour le Changement de Comportement
- Sensibiliser les pères de famille sur la nécessité de la planification familiale.
- Dispenser un enseignement aux adolescents et adolescentes sur les questions de la

procréation, l'éducation à la vie familiale et le risque de survenue d'une complication sur une grossesse précoce.

- Mettre l'accent sur la nécessité de l'espacement des naissances.
- Sensibiliser la masse sur la motivation qu'offrent les préservatifs contre le SIDA et les autres IST.

2-3-Les techniques d'approche

- Améliorer la communication entre les clientes et le personnel (personnel accueillant et adaptation du message au niveau de compréhension des clientes).
- Effectuer des visites à domicile par les paramédicaux et la comité d'activité sanitaire (CAS) dans les Fokontany afin de récupérer les perdues de vues.
- Motiver les clientes par l'organisation de concours avec distribution des primes cadeaux.

2-4- Au niveau du gouvernement

- Donner une place importante dans le programme d'éducation nationale, la PF, ses avantages, ses bienfaits.
- Promouvoir, diffuser l'éducation pour les mères et améliorer les conditions de vie de la mère dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et l'ignorance.

CONCLUSION

Pour assurer un développement durable d'un pays, la maîtrise démographique par l'utilisation de la planification familiale est indispensable.

C'est ainsi que le gouvernement Malgache adopte en 1990 une politique nationale de la population.

Notre travail est une étude rétrospective sur les activités de la planification familiale au CSBII d'Isotry Annexe en l'an 2003.

L'objectif est d'augmenter l'acceptabilité de l'utilisation de la contraception et d'assurer le bien être de la famille. Cette étude fait saillir les principaux faits suivants:

- Le nombre de nouvelles utilisatrices est de 405.
- 83,4% sont âgées de 20 à 35 ans.
- 63% des femmes ont un niveau d'étude secondaire.
- 80,2% ont le personnel de santé comme source d'information.
- Presque la totalité (96,3%) des acceptantes vivent en couple.
- 85,5% des utilisatrices optent pour l'espacement des naissances.
- 74,6% des femmes acceptantes ont adopté la méthode contraceptive injectable.
- 57,6% des utilisatrices ont 1 à 3 enfants vivants.
- 34 utilisatrices ont changé de méthodes.
- Le taux d'abandon est non négligeable 17,3 %.
- Le taux de perdues de vue est de 165.

Des problèmes constituent un blocage ou difficulté pour atteindre l'objectif dans ce centre.

L'inaccessibilité financière, l'insuffisance de différentes méthodes disponibles au centre sont parmi les problèmes. Comme suggestions, nous proposons de :

- Améliorer la qualité de service.
- Renforcer l'éducation pour la santé par le biais de la Communication pour le Changement du Comportement.

- Sensibiliser le mari.
- Augmenter le niveau d'instruction des utilisatrices.
- Former et recycler les prestataires de service.

FICHE DE CONSULTATION DE PLANIFICATION FAMILIALE

Ministère de la Santé

A. Lieu de prestation de service

1. Faritany		2. SSD	
3. Formation Sanitaire			
4. Date 1ère consultation			

B. Identification de l'utilisateur

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

C. Contraceptions antérieures

1. Méthodes déjà suivies	2. Période	3. Raisons d'arrêt

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

x Ne pas utiliser, promouvoir l'allaitement maternel

4 Ne pas utiliser

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

E. Suivi							
Date	Date de DR	Examen Clinique Résultats	Effets Secondaires à préciser	Méthodes prescrite et quantité	Raison de changement de méthode	Nom du Prestataire	Date RV

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

BIBLIOGRAPHIE

- 1- **Barbara S.** Le planning familial sauve des vies. Population Reference Bureau. 3^{ème} éd. 1996: 1, 1b
- 2- **UNICEF/ RM.** Analyse de la situation des enfants et des femmes à Madagascar. UNICEF. 1994
- 3- **Ministère de la Santé.** Politique nationale de la santé. Ministère de la Santé. 2000: 4
- 4- **Marriller N.** Le statut des femmes, Information sociale: démographie et famille. Population reports Technique. 1997 ; 58: 28 - 23
- 5- **Anguillar I .** Femme et Mère. 77190. Dammarie Les Lys: SDT. 1974 : 53, 58, 64, 345
- 6- **Gérard JT, Nicolas, Anagnostakos.** Principes d'anatomie et de physiologie. Frison Roch. 1981 : 762 - 769
- 7- **Paulet C .** Régulation des naissances. Yaoundé : Institut de Formation et de Recherches Démographiques (I.F.O.R.D) . 1984; 21: 195
- 8- **Legrain G, Delvoye P, Ranjalahy RJ .** Santé de la reproduction, pratique opérationnelle. Paris : Hatier . 2001: 34, 38, 59
- 9- **Ratefinjanahary AF .** Reflexion sur la pratique de la planification familiale au centre de santé de base niveau II de Mahamasina du 1^{er} Janvier au 30 Septembre 1998. Thèse Médecine. Antananarivo. 1998; N°4946: 4, 9, 10, 29
- 10- **Gallen ME.** L'homme dans les programmes de planification familiale. Population Reports Techniques. 1987; 33: 12 - 16
- 11- **OMS .** L'éducation sanitaire en matière de PF. Série Rapport Technique. Genève: OMS . 1971; 483: 1 - 9

- 12- **Melinas Y** . La contraception. Paris: Ellipse. 1997: 21, 25, 76, 83
- 13- **Razafimahefa SN**. Contribution à l'étude de motivation pour la planification familiale naturelle dans le centre Médicale religieux d'Ambanidia. Thèse Médecine. Antananarivo. 1999; N° 5526: 10.
- 14- **Cohen J, Achard B** . La contraception : la technique de la planification. Paris : Masson. 1989 : 2 -26
- 15- **Laphan RJ, Ralidin WP**. Les programmes de PF et de déclin, la natalité dans les pays en développement. Perspectives internationales sur la planning familial. Genève : OMS . 1990: 15 - 30
- 16- **Centre National de Recherche sur l'Environnement. Ministère de la Recherche Appliqué au Développement et Démographique and Health Surveys International INC**. Enquête national démographique et sanitaire. USA: Calverton Maryland . 1994; 3: 19
- 17- **INSTAT** . Politique National de population pour le développement économique et social. INSTAT . 1992
- 18- **Mensier A, Lopez P**. Contraception, méthode efficace choix, contre-indications, surveillance, risque. Rev Prat, Paris. 1996; 46: 119 - 128
- 19- **APPROPOP/PF** . Guide de session. Module Planification familiale. Méthodes barrières. APPROPOP/ PF intégrée . 1997: 22
- 20- **OMS** . Choix des méthodes contraceptives. Guide théorique et pratique. Genève: OMS . 1992 : 10 - 25
- 21- **OMS** . Contraception mécanique et spermicide: leur rôle en planification familiale. Genève : OMS. 1987 : 61

- 22- **Net Work en Français**. Efficacité des méthodes contraceptives . Family Health International. 1997; 3; 17 : 4, 5, 9, 16, 17
- 23- **Meyer L** . Planning Familial: objectif moyens réglementation et structure. Rev Prat. 1991; XLI : 17
- 24- **OMS**. Planification familiale : méthodes et pratiques pour l'Afrique. Genève: OMS 1985: 18, 31, 134
- 25- **Leaner SS, Sugerman M** . Breast feeding beyond six months, mother's perception of the positive and negative conséquences. J Trop Pediatr. 1987; 10: 114 - 118
- 26- **OMS**. Les méthodes naturelles de PF: guide pour la prestation de services. Genève: OMS. 1989: 15-17, 119
- 27- **Billings JJ** . Régulation naturelle des naissances, la méthode d'ovulation. Edition Pauline. 1984 : 20
- 28- **Sentis R, M** . Maîtrise d la fécondité par la méthode naturelle de Docteur Billings. Edition Pauline , 2^{ème} éd. 1984 : 31
- 29- **Quitier M et AI** . Connaissance de la fécondité par méthodes d'automédication. Frisson . 1985: 83.
- 30- **De Leizaola MA**. Etude prospective d'efficacité d'une méthode sympto-thermique récente de planning familial. J Gyn Obs Biol Reprod . Belgique francophone. 1998; 27: 174 - 180
- 31- **IPPF, IMAP** . Statement on periodic abstinence for family planning . IPPF/ MAF . 1996; 1: 30
- 32- **Carlos M** .Planification Familiale: directives médicales et de prestation des services . Fédération Internationale pour la PF. IPPF. 1993: 185

- 33- **Laurence MPF** . Objectifs, moyens, réglementation, structures. Rev Prat. Paris. 1991 : 1615 - 1617
- 34- **APPROPOP/ PF** . Guide de session : Module PF. Les contraceptifs oraux. APPROPOP/ PF intégrée. 1997; Session 6.
- 35- **APPROPOP/ PF** . Guide de session : Module PF. Les contraceptifs injectables. APPROPOP/ PF intégrée. 1996; Session 7.
- 36- **Besseghir K.** La contraception . In : Besseghir K. Manuel thérapeutique. Genève : IUED. 1998: 123
- 37- **FNUAP.** Manuel de formation en PF clinique. FNUAP. 1999: 91 - 93.
- 38- **Vekemans M et Coll** . Continuité d'utilisation d'un implant contraceptif au levonorgestrel. Rev Med Bruxelles. 1996; 17: 375 - 381
- 39- **OMS** . Dispositif Intra-utérin : considération de sécurité. Information pharmaceutique. Genève : OMS. 1998: 2, 4, 224
- 40- **François A, Phillippe G** . Le dispositif intra-utérin. Essentiel médical de Poche. Paris: Ellipses/ Masson , 3^{ème} éd. 1995: 315 - 316
- 41- **Fattorisso V.** Dictionnaire de poche des médicaments. Manuel de thérapeutique. Genève : IUED. 1998:13
- 42- **OMS.** Les dispositifs Intra-utérins et planification familiale. Genève : OMS.1983 : 34-36
- 43- **International training health in the school of medicine university.** Hill lignes directives pour les procédures cliniques en PF. North Carolina , Chapel. 1993
- 44-

- 45- **Alami AM et coll.** Pratique de la régulation des naissances au Maroc à propos de 200 cas de ligatures tubaires colioscopiques par anneau de Yoon. *Contraception, Fertilité, Sexualité.* 1998; 26: 116 - 118.
- 46- **WHO** . Female sterilisation: what health workers need to know. Geneva: WHO. 1994: 20 - 25
- 47- **Fanomezantsoa N.** Programme de PF organisé par organismes non gouvernementaux à Antananarivo. Thèse Médecine. Antananarivo. 1992; N°2802 : 21.
- 48- **WHO.** Vasectomy. Geneva : WHO . 1994 : 12 - 18
- 49- **Network en Français.** Le choix d'un contraceptif. Family Health International.. 1995; 1: 10, 5

Nom et prénoms : RAZAFY RAZANOELIFARA Mamy

Titre de la thèse : LES ACTIVITES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU
CSB II D'ISOTRY ANNEXE EN 2003

Rubrique : Santé Publique/ Santé familiale et santé reproductive

Nombre de pages : 60 **Nombre de tableaux** : 21 **Nombre de figures** : 19

Nombre de schémas : 05 **Nombre de références bibliographiques** : 48

RESUME

Ce travail est une étude rétrospective portant sur les activités de la planification familiale dans le CSB II d'Isotry Annexe durant l'année 2003. L'objectif de cette étude est de décrire les résultats de la mise en œuvre du programme de la planification familiale au niveau de ce centre.

Pendant cette période, 405 nouvelles utilisatrices sont venues dans le service de la planification familiale.

La majorité de ces utilisatrices sont âgées de 20 à 35 ans. Les méthodes contraceptives disponibles dans ce centre sont les Contraceptifs Injectables, les Contraceptifs Oraux, les condoms, les spermicides.

Les Contraceptifs Injectables sont les plus utilisés. Aucune de ces clientes n'ont utilisé les méthodes Barrières. Les illettrées sont peu sensibles à la contraception. La meilleure source d'information est le personnel de santé.

La majorité des femmes ont toléré les méthodes choisies, leur objectif étant de limiter ou espacer les naissances.

Pour avoir plus de rendement, il faut intensifier la Communication pour le Changement du Comportement surtout chez les hommes, améliorer la quantité de service, instaurer les autres méthodes.

Mots-clés : Activités - Contraception - Planification familiale -Méthode- Tolérance

Directeur de thèse : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

Adresse de l'Auteur : Bloc (R+5)2 Porte 7 - 67 Ha Sud

Name and first names: RAZAFY RAZANOELIFARA Mamy

Title of the thesis: THE FAMILY PLANNING ACTIVITIES AT THE HEALTH CENTER LEVEL TWO OF ISOTRY ANNEXE IN YEAR 2003

Heading: Public health / Reproduction health and Health family

Numbers of pages : 60 **Number of tables:** 21 **Number of figures:** 19

Number of schemas : 05 **Number of bibliographical references :** 48

SUMMARY

This work is a retrospective study carrying on the activities of family planning in the Health Center Level two of Isotry Annexe , lasting 2003. The objective of this study is to describe the results of the setting in the program of family planning on the level of this center. For this period, 405 new users came in the service from family planning. The majority of these users are 20 to 35 years old . The contraceptive methods available in this center are the Injectable Contraceptives, the Oral Contraceptives, the condoms, the spermicides. The Injectable Contraceptives are the most used . None of these customers don't use the methods Barriers. The illiterate only are not very sensitive to contraception. The best information source is the personnel of health. The majority of the women tolerated the methods that were chosen, their objective being to limit or to space the births. To have more output, it is necessary to especially intensify the Communication for the Change of the Behavior at the men, to improve the quantity of service, to find the other methods.

Key words: Activities - Contraception - Family Planning - Method - Tolerance

Director of thesis : Professor RAMAKAVELO Maurice Philippe

Reporter of thesis : Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal

Addresses of the Autor : Bloc (R+5)2 P7 - South 67 Ha

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de thèse

Signé : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

VELIRANO

Eto anatrehan'i **ZANAHARY**, eto anoloan'ireo Mpampianatra ahy, sy ireo mpiaramianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i **HIPPOCRATE**.

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

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

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

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

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

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

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

Ho rakotra henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.