

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
Première partie : CONSIDERATIONS GENERALES	
1.PHYSIOLOGIE DU CYCLE MENSTRUEL.....	2
1.1. Phase folliculaire.....	2
1.2. L'ovulation.....	3
1.3. Phase lutéale.....	3
2.RAPPELS DE CONNAISSANCE SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	5
2.1. Définition.....	5
2.2. Avantages de la planification familiale.....	5
2.3. Quelques généralités concernant les méthodes contraceptives.....	5
2.3.1.Définition.....	5
2.3.2.Mode d'action des méthodes contraceptives.....	5
2.3.3.Critères de qualité.....	6
2.3.4.Indice de Pearl.....	7
2.4. Les différentes méthodes contraceptives.....	7
2.4.1.Contraception locale.....	7
2.4.2.Contraception hormonale.....	10
2.4.3.Contraception traditionnelle.....	11

3.LES CONTRACEPTIFS INJECTABLES..... 13



3.1. Définition.....	13
3.2. Historique.....	13
3.3. Composition et types.....	14
3.4. Mode d'action et durée d'action.....	15
3.5. Critères de qualité.....	15
3.6. Avantages et inconvénients.....	16
3.6.1. Avantages.....	16
3.6.2. Inconvénients.....	17
3.7. Indications et contre-indications.....	17
3.7.1. Indications.....	17
3.7.2. Contre-indications.....	18
3.8. Mode d'emploi.....	18
3.9. Contrôle et suivi.....	18
 Deuxième partie : NOTRE ETUDE	
1.OBJECTIFS.....	20
2.CADRE DE L'ETUDE.....	20
2.1. Situation géographique.....	20
2.2. Situation démographique.....	21
2.3. Situation socio-économique.....	21
2.4. Activités du CSB II.....	22
2.5. Le personnel du CSB II.....	22
2.6. Les ressources matérielles.....	22
2.7. Le service de planification familiale.....	23
3.METHODOLOGIE.....	25
3.1. Méthodes.....	25
3.2. Matériels d'étude.....	25
3.2.1. Critères d'inclusion.....	25
3.2.2. Critères d'exclusion.....	25
3.2.3. Les paramètres évalués.....	26
4.LES RESULTATS.....	29
4.1. Les principales méthodes contraceptives disponibles au CSB II.....	29
4.2. Fréquence.....	31

4.2.1.Fréquence mensuelle.....	31
4.2.2.Fréquence trimestrielle.....	33
4.3. Aspects épidémiologiques.....	35
4.3.1.Age.....	35
4.3.2.Gestité.....	37
4.3.3.Parité.....	39
4.3.4.Etat matrimonial.....	41
4.3.5.Profession.....	43
4.3.6.Niveau d’instruction.....	45
4.3.7.Nombre d’enfants vivants.....	47
4.3.8.Age du dernier-né.....	49
4.3.9.Temps mis pour venir au centre.....	51
4.3.10.Motifs d’adhésion.....	53
4.3.11.Sources d’information.....	55
4.3.12.Suivi et contrôle.....	57

Troisième partie : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

1.COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	59
1.1. Fréquence.....	59
1.1.1.Choix de la méthode.....	59
1.1.2.Fréquence mensuelle et trimestrielle.....	60
1.2. Analyse épidémiologique.....	60
1.2.1.Age.....	60
1.2.2.Gestité.....	60
1.2.3.Parité.....	60
1.2.4.Etat matrimonial.....	61
1.2.5.Profession.....	61
1.2.6.Niveau d’instruction.....	62
1.2.7.Nombre d’enfants vivants.....	62
1.2.8.Age du dernier-né.....	62
1.2.9.Temps mis pour venir au centre.....	62
1.2.10.Motifs d’adhésion.....	63
1.2.11.Sources d’information.....	63

1.2.12.Suivi et contrôle.....	63
2.SUGGESTIONS.....	64
CONCLUSION.....	66
BIBLIOGRAPHIE	

3. LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

FSH	: Follicle Stimulating Hormone
LH	: Luteinizing Hormone
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
MAMA	: Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
AMPR	: Acétate de Medroxyprogestérone
FAD	: Food and Drug Administration
USAID	: United States Agency for International Development
EN-NET	: Enanthate de Noréthistérone
CSBII	: Centre de Santé de Base niveau II
CPN	: Consultation Périnatale
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
PF	: Planification Familiale

4. LISTE DES TABLEAUX

	5. Pages
<i>Tableau n° 1</i> : Répartition des utilisatrices selon la méthode choisie.....	29
<i>Tableau n° 2</i> : Répartition des utilisatrices des injectables par mois.....	31
<i>Tableau n° 3</i> : Répartition trimestrielle des utilisatrices.....	33
<i>Tableau n° 4</i> : Répartition selon l'âge.....	35
<i>Tableau n° 5</i> : Répartition selon la gestité.....	37
<i>Tableau n° 6</i> : Répartition selon la parité.....	39
<i>Tableau n° 7</i> : Répartition selon l'état matrimonial.....	41
<i>Tableau n° 8</i> : Répartition selon la profession.....	43
<i>Tableau n° 9</i> : Répartition selon le niveau d'instruction.....	45
<i>Tableau n°10</i> : Répartition selon le nombre d'enfants vivants.....	47
<i>Tableau n°11</i> : Répartition selon l'âge du dernier-né.....	49
<i>Tableau n°12</i> : Répartition selon le temps mis pour venir au centre.....	51
<i>Tableau n°13</i> : Répartition selon les motifs d'adhésion.....	53
<i>Tableau n°14</i> : Répartition selon les sources d'information.....	55
<i>Tableau n°15</i> : Répartition selon le suivi et contrôle.....	57

6. LISTE DES FIGURES

	7. Pages
<i>Figure n° 1</i> : Le cycle menstruel.....	4
<i>Figure n° 2</i> : Les méthodes contraceptives disponibles et le pourcentage des utilisatrices.....	30
<i>Figure n° 3</i> : Effectif mensuel des utilisatrices.....	32
<i>Figure n° 4</i> : Effectif trimestriel des utilisatrices.....	34
<i>Figure n° 5</i> : Age des utilisatrices.....	36
<i>Figure n° 6</i> : Gestité des acceptantes	38
<i>Figure n° 7</i> : Parité des utilisatrices.....	40
<i>Figure n° 8</i> : Etat matrimonial des utilisatrices.....	42
<i>Figure n° 9</i> : Profession des acceptantes.....	44
<i>Figure n°10</i> : Niveau d'instruction des acceptantes.....	46
<i>Figure n°11</i> : Nombre d'enfants vivants des utilisatrices.....	48
<i>Figure n°12</i> : Age du dernier-né des acceptantes.....	50
<i>Figure n°13</i> : Durée du trajet pour venir au centre.....	52
<i>Figure n°14</i> : Motifs d'adhésion des utilisatrices.....	54
<i>Figure n°15</i> : Sources d'information des utilisatrices.....	56
<i>Figure n°16</i> : Suivi et contrôle des acceptantes.....	58

8. LISTE DE SCHEMA

8.1.1. Page

Schéma n° 1 : Les contraceptifs locaux..... 9

INTRODUCTION

Le plus ancien document médical faisant allusion au contrôle des naissances remonte au XIX^e siècle avant Jésus-Christ. Puis, Thomas Robert Malthus, un économiste britannique prédisait en 1798 que la population humaine dépasserait un jour sa capacité à se nourrir. (1)

Bien des années plus tard ont suivi la découverte et la propagation des méthodes anticonceptionnelles, dans le cadre de la planification familiale.

La promotion des programmes de planning familial est adoptée par près de 80 pays, et le Forum International sur la population au XXI^e siècle, tenu en 1989, avait parmi ses objectifs de porter à 59% la proportion mondiale des femmes en âge de procréer utilisant un moyen de contraception. (1)

Parmi l'éventail de moyens contraceptifs proposés actuellement, la contraception par les injectables a acquis peu à peu sa place depuis sa mise au point vers les années 50. (2) Outre les autres pays en voie de développement où elle est très utilisée, (3) Madagascar est un des états où elle est déjà à la portée de bon nombre de femmes. Par contre, dans les pays développés, son emploi s'est heurté à de nombreuses réticences avant d'être accepté, et même aujourd'hui, en France, elle n'est employée que quand aucun autre moyen contraceptif ne peut être utilisé. (4)

C'est ce qui nous a poussé à élaborer une étude la concernant, et nous avons choisi comme lieu de travail un centre de santé de base de deuxième niveau, celui d'Ivato-Aéroport.

Le but de notre travail est d'évaluer l'acceptabilité des contraceptifs injectables chez les utilisatrices, mais aussi d'analyser le profil épidémiologique de celles-ci et enfin, d'essayer d'éclaircir certains points obscurs quant aux rumeurs circulant concernant la méthode.

Pour ce faire, notre étude se divise en trois parties.

Après cette brève introduction, une première partie sera consacrée aux considérations générales issues de la littérature.

La deuxième partie comportera notre étude proprement dite.

La troisième et dernière partie sera réservée à nos commentaires et nos suggestions.

Enfin, une conclusion générale terminera notre travail.

9. PHYSIOLOGIE DU CYCLE MENSTRUEL

Le cycle menstruel est un ensemble de phénomènes physiologiques qui se produisent périodiquement chez la femme. En l'absence de fécondation, le cycle aboutit à la menstruation. Chez la plupart des femmes, sa durée est d'environ 28 jours mais il y a des variations d'un mois à l'autre.

Le cycle menstruel se divise en deux phases séparées par l'ovulation : la phase folliculaire et la phase lutéale. Son déroulement fait intervenir des organes situés à trois niveaux :

- l'hypophyse
- les ovaires
- l'utérus

9.1.la phase folliculaire (1) (5)

C'est la période pré-ovulatoire.

-au niveau de l'hypophyse

Il y a libération de FSH (Follicle Stimulating Hormone), hormone qui stimule le développement du follicule ovarien.

-au niveau de l'ovaire

Le follicule se développe et secrète également des hormones en quantité croissante, les oestrogènes.

-au niveau de l'utérus

Il y a prolifération de la couche superficielle de la muqueuse utérine et épaissement de l'endomètre.

Au niveau du col, il y a sécrétion de la glaire par les glandes cervicales. Cette glaire devient filante, plus fluide et apte à favoriser la progression des spermatozoïdes.

9.2.l'ovulation (6) (7)

C'est la période située au milieu du cycle menstruel

-au niveau de l'hypophyse

Il y a pic de LH (Luteinizing Hormone), hormone qui provoque l'ovulation

-au niveau de l'ovaire

Il y a expulsion d'un ovule mûr par le follicule ovarien.

-au niveau de l'utérus

La glaire cervicale est très filante et très abondante, et sa capacité à faire progresser les spermatozoïdes est au maximum.

9.3.la phase lutéale (8) (9)

C'est la période post-ovulatoire, sa durée est d'environ 14 jours.

-au niveau de l'hypophyse

La sécrétion de LH prédomine

-au niveau de l'ovaire

Les vestiges du follicule restés dans l'ovaire forment le corps jaune, qui produit à la fois des oestrogènes et de la progestérone. Sans fécondation, le corps jaune régresse et cette sécrétion s'arrête.

-au niveau de l'utérus

La muqueuse utérine est préparée à recevoir un œuf fécondé. Le mucus cervical devient imperméable à la progression des spermatozoïdes. S'il n'y a pas fécondation, la menstruation se produit, par détachement de la couche superficielle de cette muqueuse utérine et c'est l'achèvement d'un cycle.

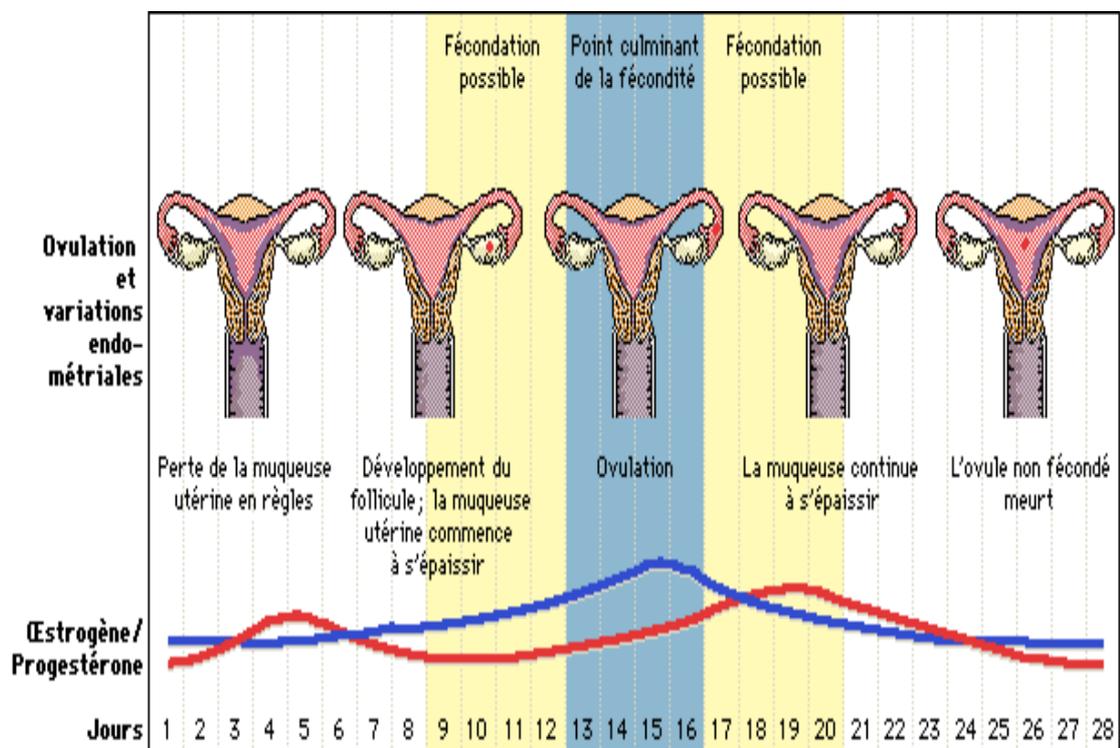


Figure n°1 : Le cycle menstruel (1)

10. RAPPELS DE CONNAISSANCE SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

10.1.Définition (1) (5) (9)

La planification familiale est l'ensemble des méthodes employées pour éviter les grossesses non désirées et ainsi de :

- décider librement du moment des naissances
- choisir le nombre d'enfants qui convient aux parents

10.2.Avantages (5)

Les avantages de la planification familiale sont les suivants :

- elle protège les femmes des grossesses non désirées car celles-ci ont le libre choix du moment des naissances.
- elle améliore la santé maternelle et infantile car les grossesses à risque sont moins fréquentes.
- elle procure un bien-être familial tant psychique qu'économique car chaque membre de la famille reçoit l'affection qu'il mérite et les parents peuvent subvenir aux besoins de chacun.
- elle procure des bienfaits socio-économiques car il y a moins de maladies, handicap de la société.

10.3.Quelques généralités concernant les méthodes contraceptives

10.3.1.Définition (1) (5) (6) (10)

La contraception est l'ensemble des moyens qui permettent d'éviter de façon temporaire ou définitive une grossesse. Elle empêche la survenue de celle-ci tant qu'elle est appliquée.

10.3.2.Mode d'action des méthodes contraceptives (1) (5) (11)

Chaque méthode agit sur l'un des stades de la conception.

Les méthodes barrières agissent en empêchant la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule.

Les spermicides agissent en tuant ou en immobilisant les spermatozoïdes arrivés dans le vagin.

Le dispositif intra-utérin agit en empêchant la nidation de l'œuf fécondé.

Les contraceptifs oestroprogestatifs ont les actions suivantes : principalement une action gonadotrope qui bloque l'ovulation ; secondairement, ils modifient l'endomètre empêchant ainsi la nidation, et enfin, ils modifient la glaire cervicale qui ne laisse plus passer les spermatozoïdes.

Les actions des progestatifs sont les suivantes : modification de la glaire cervicale, la rendant impropre à la pénétration des spermatozoïdes, modification de l'endomètre qui empêche la nidation et blocage de l'ovulation.

Les méthodes traditionnelles agissent en interrompant les rapports sexuels ou tout simplement en s'abstenant de tout rapport sexuel pendant une période déterminée et enfin en exploitant la période inféconde résultant d'un allaitement intensif.

Les méthodes chirurgicales sont :

- la vasectomie chez l'homme, qui consiste à couper les canaux déférents qui véhiculent les spermatozoïdes provenant du testicule.
- la ligature des trompes chez la femme, qui consiste à couper les trompes de Fallope qui conduisent les ovules de l'ovaire à l'utérus.

10.3.3.Critères de qualité (5)

Nous allons énumérer ici les conditions nécessaires pour garantir la bonne qualité d'un moyen contraceptif.

- l'accessibilité
- l'efficacité
- la sécurité
- la tolérance
- l'acceptabilité
- la continuité
- la réversibilité
- le coût

10.3.4.Indice de Pearl (1) (5)

L'efficacité d'une contraception est couramment évaluée par cet indice de Pearl qui représente le risque d'échec, c'est-à-dire le nombre de grossesses qui surviennent en moyenne chez cent femmes qui utilisent la méthode concernée pendant un an.

Exemple : indice de Pearl = 1 veut dire qu'il y a une femme par an sur cent utilisatrices qui tombe enceinte en utilisant la méthode contraceptive concernée. On dit aussi une année-femme.

10.4.Les différentes méthodes contraceptives

10.4.1.Contraception locale (1) (6) (7) (12)

10.4.1.1.Méthodes barrières

Ce sont des barrières physiques entre le spermatozoïde et l'ovule.

➤préservatif masculin

Communément appelé « condom ».

C'est un étui en latex, éventuellement enduit de spermicides. Il est placé sur le pénis en érection avant un rapport sexuel. Il est simple à utiliser et ne nécessite aucun avis médical.

Les effets indésirables sont de rares allergies et la rupture du préservatif au cours du rapport.

C'est le moyen contraceptif le plus utilisé dans le monde et c'est aussi le seul qui protège vraiment contre les infections sexuellement transmissibles et le sida (IST / SIDA).

L'indice de Pearl va de 3 à 15 mais son efficacité varie selon la manière dont il est utilisé.

➤ diaphragme et cape cervicale

Le diaphragme est un disque de latex placé au contact du col de l'utérus avant un rapport sexuel. La cape cervicale lui est identique mais en plus petite taille. Ils sont généralement utilisés avec un spermicide sous forme de gel ou de crème.

Le diaphragme procure une protection modérée contre les IST et le cancer du col.

Les effets secondaires sont de très rares allergies mais l'indice de Pearl est de 4 à 25.

10.4.1.2.Spermicides (13) (14)

Ce sont des substances chimiques qui tuent les spermatozoïdes. Ils existent sous forme de crème, d'ovule ou d'éponge et sont appliqués dans le vagin 5 à 10 minutes avant un rapport sexuel. Ils sont souvent employés en association avec les préservatifs, le diaphragme et la cape cervicale.

Ils protègent contre les IST et les maladies inflammatoires pelviennes mais modérément.

L'indice de Pearl est de 10 à 25.

10.4.1.3.Stérilet (15) (16)

Appelé aussi dispositif intra-utérin (DIU)

Il agit sur la muqueuse utérine, en empêchant l'implantation de l'œuf fécondé.

C'est un petit appareil en métal ou en plastique, qui contient du cuivre ou de la progestérone. Il en existe diverses formes : en T, serpentín...

Il est mis en place dans l'utérus par un médecin et sa durée d'action varie de 3 à 12 ans. Celui à la progestérone doit être remplacé tous les ans.

Il peut causer des saignements abondants pendant les règles et des douleurs pelviennes, ainsi qu'un risque accru d'infection pelvienne pouvant être source de stérilité. C'est pourquoi, on le déconseille aux nullipares et aux femmes ayant plusieurs partenaires. Le plus dangereux des effets secondaires est la perforation utérine mais elle est rare.

L'indice de Pearl est de 0,5 à 2.

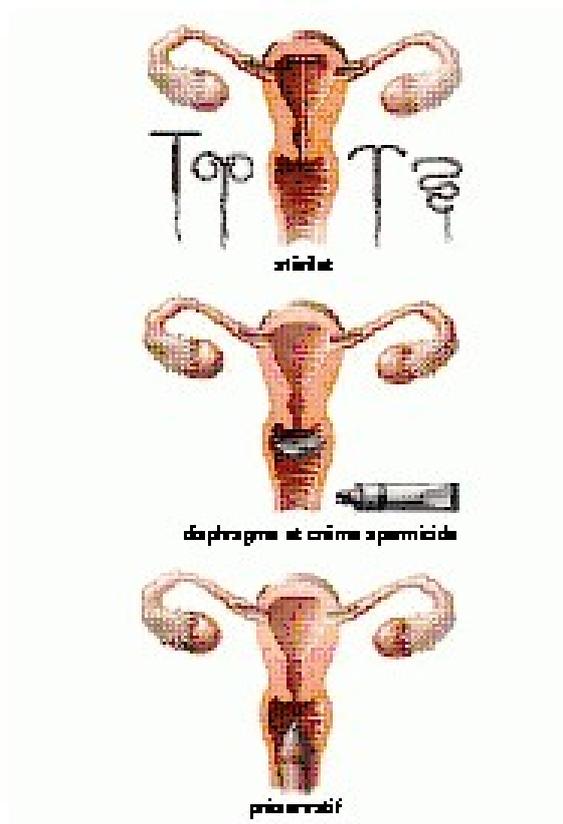


Schéma n°1 : les contraceptifs locaux (12)

10.4.2.Contraception hormonale

10.4.2.1.Contraception orale (11) (17) (18) (19)

Communément appelés « pilules », ils contiennent un œstrogène et un progestatif ou un progestatif seul.

Les oestroprogestatifs agissent par blocage de l'ovulation, en empêchant la sécrétion des hormones hypophysaires.

Les pilules progestatives agissent principalement en imperméabilisant la glaire.

Leur prise doit être régulière, ce qui est déjà une légère contrainte, et les contre-indications sont assez nombreuses :

- femmes âgées de plus de 35 ans,
- tabagisme,
- antécédents ou présence de troubles cardio-vasculaires : migraines, hypertension artérielle, phlébite, embolie pulmonaire, accidents vasculaires cérébraux, malacie cardiaque ischémique, valvulopathie cardiaque compliqué.

Comme effets bénéfiques, on peut noter la diminution des risques de cancers de l'ovaire et de l'utérus, grâce au suivi gynécologique dont bénéficient les femmes sous contraceptifs oraux.

L'indice de Pearl est de 1 à 5 selon le type.

10.4.2.2.Contraception injectable (5) (20)

Ce sont des produits qui contiennent un progestatif seul.

Ils agissent par blocage de l'ovulation, par imperméabilisation de la glaire cervicale et en empêchant la nidation.

Ils sont administrés en intramusculaire profonde et la dose injectée est suffisante pour procurer une contraception de longue durée.

L'intervalle de temps entre deux injections est de 2 à 3 mois selon le produit.

Les principaux effets indésirables rencontrés sont la survenue de spotting-métrorragies, la prise de poids et la lenteur du retour à la fertilité après arrêt de la méthode.

Comme effets bénéfiques, on a surtout la commodité d'emploi liée à la longue durée d'action, l'absence d'effets liés aux oestrogènes et la baisse de survenue d'affections pelviennes.

L'indice de Pearl est de 0,3 à 1.

10.4.2.3. Les implants (1) (5) (21) (22)

Ce sont des petits bâtonnets qui contiennent un progestatif et qu'on insère sous la peau du bras de la femme.

Le progestatif ainsi implanté diffuse lentement et exerce ses actions qui sont :

- de bloquer l'ovulation,
- de rendre la glaire imperméable aux spermatozoïdes,
- d'atrophier légèrement l'endomètre.

Ils peuvent être laissés en place plusieurs années et sont efficaces durant cette période qui peut aller de 3 à 7 ans selon le type.

Les effets indésirables rencontrés sont l'absence ou l'irrégularité de la menstruation, ainsi que la nécessité de procéder à une chirurgie mineure lors de son insertion et de son retrait.

L'indice de Pearl est de 0,3.

10.4.3. Contraception traditionnelle

On les qualifie aussi de « naturelles »

10.4.3.1. Le coït interrompu (1) (23) (24) (25)

C'est sûrement le plus ancien des moyens contraceptifs. L'homme doit se retirer avant la fin du rapport sexuel. Ainsi, les spermatozoïdes contenus dans l'éjaculat ne pénétreront pas dans le vagin et il n'y aura pas de fécondation.

C'est une méthode peu fiable et qu'on ne peut pas toujours pratiquer de façon correcte. Le taux d'échec est très élevé.

10.4.3.2. L'abstinence périodique (1) (23) (24) (25)

Cette méthode consiste à éviter les rapports sexuels durant les périodes supposées fertiles de la femme. On détermine cette période selon divers procédés, tous

basés sur l'observation par la femme elle-même de petits changements qui se produisent dans son corps. C'est pourquoi on parle de « méthodes d'auto observation ».

➤ Méthode du calendrier

On se sert d'un calcul basé sur la date des règles et sur la durée du cycle menstruel pour situer le premier et le dernier jour de la période d'abstinence.

Il faut observer au moins 5 cycles consécutifs et en déterminer la durée. On doit ôter 11 jours du cycle le plus long pour avoir le dernier jour d'abstinence, et ôter 18 jours du cycle le plus court pour obtenir le premier jour d'abstinence.

Exemple : si le cycle le plus long dure 40 jours et le plus court dure 35 jours, on aura :

$$40-11 = 29$$

$$35-18 = 17$$

La période de fécondité se situe donc entre le 17^{ème} et le 29^{ème} jour du cycle et on s'abstiendra d'avoir des rapports sexuels durant cette période si on veut éviter une grossesse.

C'est une méthode peu fiable et qui nécessite parfois une abstinence pendant une période assez longue.

➤ Méthode de la température

On surveille chez la femme l'augmentation de la température corporelle qui annonce l'ovulation.

Cette méthode est passible d'erreur car la température peut varier à cause de la fatigue, du manque de sommeil, de l'infection ou de l'anxiété.

➤ Méthode de la glaire cervicale

La période d'ovulation est déterminée par l'observation des changements d'aspect de la glaire cervicale qui devient filante et transparente juste avant et jusqu'à l'ovulation proprement dite.

Mais c'est aussi là une méthode assez aléatoire et qui nécessite une bonne connaissance de son propre corps.

En général, la méthode de l'abstinence périodique est peu fiable et l'indice de Pearl est assez élevé, aux alentours de 20. La protection y est toujours imparfaite.

10.4.3.3.La méthode MAMA (5) (26) (27)

C'est la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.

Elle est réservée aux femmes :

- qui allaitent exclusivement au sein,
- durant les six premiers mois après l'accouchement,
- chez lesquelles on n'a pas encore observé de retour des couches.

Ce sont les 3 conditions sine qua non de son efficacité.

La prolactine sécrétée par l'hypophyse durant la période d'allaitement empêche l'ovulation.

L'indice de Pearl est de 2.

11. LES CONTRACEPTIFS INJECTABLES

11.1.Définition (5) (20) (28) (29)

Les contraceptifs injectables sont des produits qui contiennent un progestatif seul et qu'on utilise à visée contraceptive par voie intramusculaire.

11.2.Historique (2) (3)

Les contraceptifs injectables ont été mis au point vers les années 50, plus précisément entre 1953 et 1957, période où bon nombre d'ester de différents oestrogènes et progestatifs ont été synthétisés.

En 1960, l'Acétate de Médroxyprogestérone (AMPR) était utilisé pour la prévention des accouchements prématurés et pour le traitement des menaces d'avortement et de certaines affections pelviennes comme l'endométriose et le cancer de l'endomètre. Le retour de la fécondité chez les femmes ainsi traitées était souvent retardé de plusieurs mois, et on est arrivé à se poser des questions sur l'action

contraceptive de l'AMPR. On a alors procédé à des essais cliniques en 1963, et c'est seulement 3ans plus tard, qu'on a pu conclure à la grande efficacité contraceptive du produit.

C'est beaucoup plus tard, entre 1990 et 1994, que l'utilisation des progestatifs seuls, sous-forme injectable se propage à travers le monde.

En octobre 1992, l'utilisation de l'AMPR comme contraceptifs aux Etats-Unis a été approuvée par le Food and Drug Administration (FAD). A partir de ce moment-là, l'agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) procède à des livraisons permanentes vers d'autres pays. Les premières livraisons importantes ont été expédiées au Mozambique, au Népal, au Pérou, en Tanzanie et en Ouganda. Depuis, bon nombre de pays bénéficient des bienfaits des injectables, dont Madagascar.

11.3.Composition et types (4) (5) (30) (31)

Il existe à l'heure actuelle 2 grands types de contraceptifs injectables :

- l'Acétate de Médroxyprogestérone (AMPR) dont le nom commercial est le Depo-provera^R, vendu en flacon de 3 ml.
- l'Enanthate de Noréthistérone (EN-NET) dont le nom commercial est le Noristérat^R, vendu en ampoule de 1 ml.

11.3.1.Le Depo-provera^R

On le trouve sous-forme de suspension injectable intramusculaire, dosée à 150 mg/3 ml.

Sa composition est la suivante

Principe actif : médroxyprogestérone acétate

Excipients :

- macrogol 4000
- chlorure de sodium
- polysorbate 80
- eau pour préparations injectables

Conservateurs :

- parahydroxybenzoate de méthyle
- parahydroxybenzoate de propyle.

11.3.2.Le Noristérat^R

On le trouve sous-forme de solution huileuse injectable intramusculaire, dosée à 200 mg/ml.

Sa composition est la suivante

Principe actif : noréthistérone

Excipients :

- benzoate de benzyle
- huile de ricin

11.4.Modes d'action et durée d'action (11) (29) (32) (33)

Les contraceptifs injectables agissent par :

- inhibition de l'ovulation par action antigonadotrope
- modification de la glaire cervicale, la rendant impropre au passage des spermatozoïdes
- modification de l'endomètre avec hypoplasie et effet antinidatoire.

L'action de l'AMPR dure 3 mois. Les injections se feront donc tous les 3 mois.

L'action de l'EN-NET dure 2 mois. Les injections se feront alors tous les 2 mois.

11.5.Critères de qualité (5)

➤Accessibilité

Les injectables sont accessibles pour de nombreuses utilisatrices au niveau de chaque service de planification familiale.

➤Efficacité

Ils sont parmi les méthodes les plus efficaces. L'indice de Pearl est seulement de 0,3 à 1

➤ Sécurité

On n'a pas observé d'effets secondaires dangereux tant qu'on a respecté les contre-indications.

➤ Tolérance

Les injectables sont en général bien tolérés, mais il faut bien informer des effets indésirables qui peuvent apparaître et de leur bonne prise en charge.

➤ Acceptabilité

Elle est excellente. Plusieurs femmes décident de les utiliser comme méthode contraceptive après avoir été informées de leur existence.

➤ Continuité

Elle dépend de la fidélité de chaque utilisatrice à la méthode après qu'elles l'ont adoptée.

➤ Réversibilité

Elle est bonne, malgré le retour de la fertilité qui se fait parfois un peu tardivement.

11.6. Avantages et inconvénients (20) (28) (29) (34)

11.6.1. Avantages

Les avantages des injectables sont les suivants :

- l'absence de souci, issue de la longue durée d'action, seulement une injection trimestrielle ou tous les 2 mois.
- la discrétion de la méthode
- l'absence de gêne à la sexualité
- l'absence d'effets secondaires liés aux oestrogènes

- l'utilisation par les femmes qui allaitent dès 6 semaines après l'accouchement car il n'y a pas d'effets nocifs sur la lactation
- la diminution du risque de cancer de l'ovaire et de l'utérus
- la diminution des affections pelviennes telles que kystes ovariens et salpingites
- la diminution des anémies ferriprives due à la survenue fréquente d'aménorrhée.

11.6.2. Inconvénients

Nous allons parler ici des effets indésirables, ainsi que de leur prise en charge éventuelle. Ce sont :

- le gain pondéral dont il faut se méfier seulement s'il est trop important
- la perturbation du cycle menstruel, qui est parfois remplacé par des épisodes d'aménorrhée ou de spotting-métrorragie. Ce dernier peut être traité par administration d'œstrogène ou de pilules combinées
- des troubles digestifs tels que ballonnements ou relâchement abdominal
- la lenteur du retour à la fertilité après arrêt de la méthode
- de rares mais possibles : céphalées, dépression chez les sujets prédisposés, baisse de la libido, acnés.

Les clientes doivent être prévenues de tous ces effets indésirables qui sont en général sans danger et bien tolérés.

11.7. Indications et contre-indications (29) (35) (36) (37)

11.7.1. Indications

La contraception injectable est indiquée chez :

- les femmes demandeuses d'une contraception par les injectables si aucune contre-indication n'a été observée
- les femmes qui allaitent dès 6 semaines après l'accouchement
- les femmes qui ont des contre-indications liées aux oestrogènes
- les femmes qui ne craignent pas les aménorrhées prolongées

- les femmes qui ont des contre-indications pour les autres méthodes contraceptives.

11.7.2. Contre-indications

Les contre-indications aux contraceptifs injectables sont :

- les femmes enceintes ou la suspicion de grossesse
- les 6 premières semaines d'allaitement
- le diabète compliqué ou diabète ancien
- les maladies cardio-vasculaires : hypertension artérielle, maladies thromboemboliques artérielles et veineuses ; maladie cardiaque ischémique
- les maladies du foie : insuffisance hépatique, hépatite ou antécédents récents d'hépatite, cirrhose, tumeur du foie
- les pathologies reproductives : antécédent ou présence actuelle de cancer du sein ou de l'endomètre, métrorragie inexpliquée

11.8. Mode d'emploi (4) (28) (34)

- l'injection doit se faire de préférence en début du cycle, entre le 1er et le 5e jour
- respecter une asepsie rigoureuse
- faire une injection intramusculaire profonde
- veiller à bien injecter la totalité du produit.

11.9. Contrôle et suivi (5) (28) (38)

On doit effectuer un bilan clinique initial et une surveillance périodique en cours de traitement.

➤ Avant la première injection

- bien expliquer la survenue probable des effets secondaires et leur prise en charge
- éliminer la possibilité d'une grossesse

- peser la cliente
- prendre la tension artérielle
- faire un examen gynécologique si nécessaire : examen des seins, de l'utérus, frottis vaginaux.

➤ Lors des visites de suivi

Tous les 2 mois pour EN-NET et tous les 3 mois pour AMPR.

- peser les utilisatrices afin de déceler les gains de poids éventuels
- prendre la tension artérielle et vérifier qu'elle n'a pas augmenté
- interroger sur la survenue d'autres effets indésirables et rassurer la cliente.

1. OBJECTIFS

Les objectifs de notre étude consistent à :

- évaluer l'acceptabilité des contraceptifs injectables
- analyser le profil épidémiologique des utilisatrices
- essayer d'éclaircir les points obscurs concernant la méthode.

2. CADRE DE L'ETUDE

Il s'agit d'un Centre de Santé de Base de deuxième niveau (CSB II), celui d'Ivato-Aéroport.

2.1.Situation géographique

Le CSB II Ivato est situé dans la commune rurale d'Ivato-Aéroport, sous-préfecture d'Ambohidratrimo, région d'Analamanga.

Cette localité se trouvant à 15 km d'Antananarivo ville comprend les 2 communes Ivato-Aéroport et Ivato-Firaisana, faisant respectivement 8,5 km² et 10 km² de surface. Elles sont desservies par la RN 52 allant vers l'Aéroport international.

C'est la commune d'Ivato-Aéroport qui nous intéresse car elle abrite le CSB II, objet de notre étude. Elle est composée de 12 fokontany et est délimitée :

- au Nord par Ambatolampy Tsimahafotsy
- au Sud et à l'Est par Ivato-Firaisana
- à l'Ouest par Talatamaty.

Le climat y est de type tropical d'altitude, avec 2 saisons :

- une saison sèche de mai à octobre
- une saison chaude et pluvieuse de novembre à avril.

Le sol est noir en basse altitude et rouge en haute altitude. Celle-ci varie de 900 m à 1500 m et la commune est masquée par des collines et une plaine en partie Est.

La température annuelle varie entre 10°C et 26°C.

La pluviométrie annuelle est entre 1000 mm et 1600 mm.

2.2.Situation démographique

Selon le recensement de 2002, la population totale de la commune d'Ivato-Aéroport est de 30000 habitants, dont 18896 de sexe féminin et 11104 de sexe masculin.

La population cible que constituent les femmes en âge de procréer, est de 8763 âmes, soit 29,21%.

2.3.Situation socio-économique

2.3.1.Contexte social

La commune d'Ivato-Aéroport renferme :

- 1 centre de santé de base de deuxième niveau ;
- 1 maternité ;
- 7 cabinets médicaux privés ;
- 1 dispensaire privé ;
- 1 centre de Croix-Rouge ;
- 1 pharmacie privée ;
- 7 bornes-fontaines ;
- 245 puits ;
- 7 églises et temples ;
- pas d'hôpital ;
- pas de clinique.

Le taux d'accès à l'eau potable est de 44%.

Le taux d'accès à l'électricité de 80%.

2.3.2.Economie

La commune d'Ivato-Aéroport a comme source d'économie :

- l'agriculture : 20 ha de terre y sont cultivés ;
- il y a deux jours de marché par semaine : le mercredi et le samedi ;

- quelques industries : 3 zones franches, 2 menuiseries, 1 usine de fabrication de grillage et 3 décortiqueries ;
- divers services : 3 hôtels, 228 commerçants et artisans ;
- et enfin, l'aéroport international.

2.4.Activités du CSB II d'Ivato-Aéroport

Ces activités sont :

- la consultation médicale ;
- la distribution de médicaments ;
- la consultation prénatale (CPN) ;
- la surveillance et les soins des nouveau-nés ;
- la pesée et la surveillance de l'état nutritionnel des nourrissons et des petits enfants, ainsi que leur développement psychomoteur ;
- la vaccination ;
- la nivaquinisation ;
- la communication pour le changement de comportement (CCC) ;
- la planification familiale (PF).

2.5.Le personnel du CSB II d'Ivato-Aéroport

Il est composé de :

- 2 médecins ;
- 3 sage-femmes ;
- 1 infirmier ;
- 1 secrétaire ;
- 2 servantes.

2.6.Les ressources matérielles

Le CSB II d'Ivato-Aéroport est constitué de 2 bâtiments

- un ancien bâtiment, destiné aux prestations de soins médicaux et divisé en 3 salles :

- une salle réservée au médecin chef avec 4 chaises, 2 tables, 1 table d'examen, 1 escabeau, 1 robinet, 1 lavabo, une balance, 2 armoires contenant des dossiers, des matériels médicaux et des médicaments ;

- une salle de soins et de distribution des médicaments ;

- une grande salle servant à la fois de salle d'attente, de salle de CCC et de nivaquinisation. Elle comprend des chaises et des bancs.

➤un nouveau bâtiment, plus petit que le précédent est destiné à la PF, à la CPN et à la maternité. Il est aussi divisé en 3 salles :

- une salle de PF ;
- une salle des accouchées ;
- une salle de CPN.

2.7.Le service de planification familiale

Une consultation dans ce service suit les étapes suivantes

2.7.1.Information et séance de causerie

Disponible pour toutes les personnes qui se présentent au centre. Elle porte sur l'intérêt de la PF et les différentes méthodes contraceptives disponibles sur place, avec leur mode d'emploi, les indications, les contre-indications, les avantages et les inconvénients pour chaque méthode. On insiste surtout sur les effets secondaires fréquents, souvent source d'abandon des utilisatrices.

2.7.2.Examen clinique

Celui-ci doit comprendre :

- l'interrogatoire avec les antécédents médico-chirurgicaux et gynéco-obstétricaux ;

- la pesée ;

- la prise de la tension artérielle ;

- l'examen cardio-vasculaire avec auscultation cardio-thoracique et recherche d'hémorroïdes ;

- l'examen gynécologique avec :

- le toucher vaginal
- l'examen des seins
- l'examen au spéculum.

Les résultats de cet examen vont être notés sur une fiche individuelle et dans le registre de PF.

2.7.3.Choix d'une méthode contraceptive

La cliente est libre de demander une des méthodes proposées mais le médecin peut lui en suggérer une autre plus adaptée à son état de santé.

2.7.4.Délivrance des moyens contraceptifs

Selon la méthode contraceptive choisie, on a :

- le condom masculin

Le nombre de pièces délivrées mensuellement est variable pour chaque cliente.

- le dispositif intra-utérin

Son insertion et son extraction sont gratuites. Elles sont faites par le médecin. Le contrôle et le suivi sont assez stricts. Ils sont effectués une semaine puis un mois et enfin tous les six mois après la pose.

- les contraceptifs oraux

On délivre une plaquette à la première consultation, puis deux à trois plaquettes à chaque réapprovisionnement. Ceux disponibles au centre sont le Lo-Femenal^R et l'Ovrette^R.

- les contraceptifs injectables

en injection intramusculaire profonde tous les deux mois pour le Noristérat^R et tous les trois mois pour le Depo-provera^R.

Des pastilles de différentes couleurs et collées sur l'en-tête de la fiche individuelle de consultation sont employées pour distinguer chaque méthode utilisée par les clientes :

- bleu pour les contraceptifs oraux
- rouge pour les injectables
- blanche pour les préservatifs masculins.

C'est le service de santé du district Ambohidratrimo qui assure le ravitaillement en matière de produits contraceptifs. Il n'y a jamais eu de rupture totale de stock enregistrée depuis l'ouverture du service.

3. METHODOLOGIE

3.1.Méthodes

Nous avons effectué une étude rétrospective des femmes utilisant des méthodes contraceptives au CSB II d'Ivato-Aéroport durant l'année 2002. L'étude porte sur 200 cas choisis de manière aléatoire et arbitrairement.

Pour ce faire, on a procédé à un dépouillement des registres, ainsi que des fiches individuelles de chaque cliente.

3.2.Matériels d'étude

3.2.1.Critères d'inclusion

Sont inclus dans notre étude les femmes en âge de procréer qui sont venues en consultation au service de planification familiale, et dont les fiches individuelles ont été remplies au cours de l'année 2002.

3.2.2.Critères d'exclusion

Nous avons exclu les femmes qui n'ont pas rempli les fiches individuelles de façon correcte, ainsi que celles ménopausées.

3.2.3. Les paramètres évalués

Pour effectuer notre travail, nous avons procédé à l'étude des quelques paramètres suivants :

➤ l'âge

Indique l'âge des utilisatrices que nous avons réparti en :

- moins de 20 ans
- 21 ans à 34 ans
- 35 ans et plus

➤ la gestité

C'est le nombre de grossesse pour chaque cliente, réparti en :

- G₁
- G₂
- G₃
- G₄
- G₅
- G₆ et plus

➤ la parité

C'est le nombre d'enfants mis au monde par l'utilisatrice, réparti en :

- primipare
- paucipare 2 à 3
- multipare 4 à 5
- grande multipare à 6 et plus

➤ l'état matrimonial

C'est l'étude des conditions de vie, en n'insistant pas sur la légalité. Il est estimé selon que la femme vit en couple ou vit seule.

➤ la profession

C'est la profession des utilisatrices, répartie en :

- ménagère
- cultivatrice
- couturière
- commerçante
- institutrice

➤ le niveau d'instruction

C'est le niveau des études effectuées par les utilisatrices, réparti en :

- illettrée
- étude primaire
- étude secondaire

➤ le nombre d'enfants vivants

C'est le nombre d'enfants vivants de la cliente, réparti en :

- 0
- 1 à 2
- 3 à 4
- 5 à 6
- 6 et plus

➤ l'âge du dernier-né

C'est le temps qui s'est écoulé depuis le dernier accouchement jusqu'à l'adoption des contraceptifs, réparti en :

- 0 à 2 ans
- 3 à 5 ans
- 6 à 7 ans
- plus de 7 ans

➤ le temps mis pour venir au centre

C'est le temps mis pour faire le trajet depuis le domicile jusqu'au centre, réparti en :

- 5 à 15 minutes
- 30 minutes
- supérieur ou égal à 1 heure
- non précisé

➤ le motif d'adhésion

Ce sont les raisons qui ont poussé les clientes à utiliser la méthode, réparti en :

- Espacement des naissances
- Limitation des naissances

➤ les sources d'information

Ce sont les moyens grâce à quoi la cliente a entendu parler de la méthode et a décidé de l'adopter, réparties en :

- personnel de santé
- familles ou amis
- mass média
- brochures et affiches

➤ les suivi et contrôle

Ce sont les résultats des suivi et contrôle de chaque cliente, qui ont été évalués selon les critères suivants

- tolérance
- arrêt
- abandon et changement de méthode

4. LES RESULTATS

Ce chapitre traite des résultats de l'étude que nous avons effectuée et nous allons les exposer sous forme de tableaux et de graphiques.

4.1. Les principales méthodes contraceptives disponibles au CSB II d'Ivato-Aéroport

Tableau n°1 : Répartition des utilisatrices selon la méthode choisie

Méthodes contraceptives	Effectif	Pourcentage
contraceptif oral	71	35,5
contraceptif injectable	117	58,5
BAR	9	4,5
DIU	3	1,5
Total	200	100

Les contraceptifs injectables sont en tête de liste car plus de la moitié des utilisatrices la choisissent

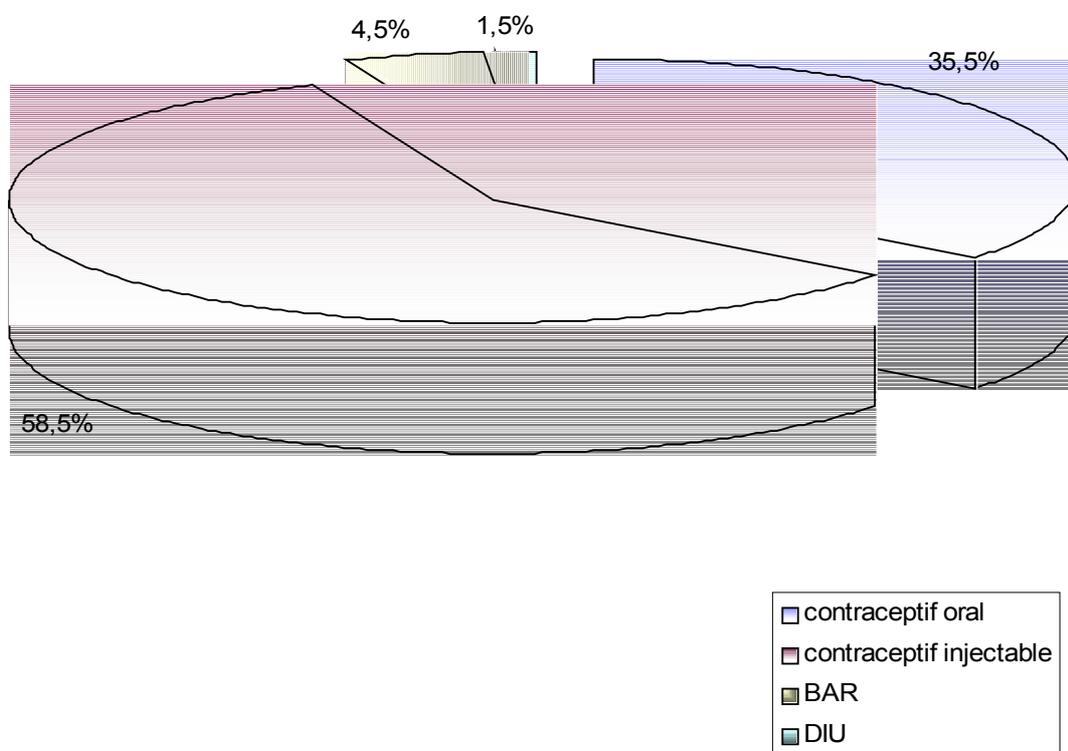


Figure n° 2 : Les méthodes contraceptives disponibles et le pourcentage des utilisatrices

4.2.Fréquence

- Nombre total des utilisatrices de méthodes contraceptives : 200
- Effectif des utilisatrices des contraceptifs injectables : 117

4.2.1.Fréquence mensuelle

Tableau n°2 : Répartition des utilisatrices de contraceptifs injectables par mois

Mois	janv.	févr.	mars	avril	mai	juin	juil.	août	sept.	oct.	nov.	déc.	Total
Effectifs	20	21	13	4	12	10	6	4	9	13	2	3	117

Le nombre mensuel des utilisatrices varie de 2 à 21 avec un minimum au mois de novembre et un pic en février

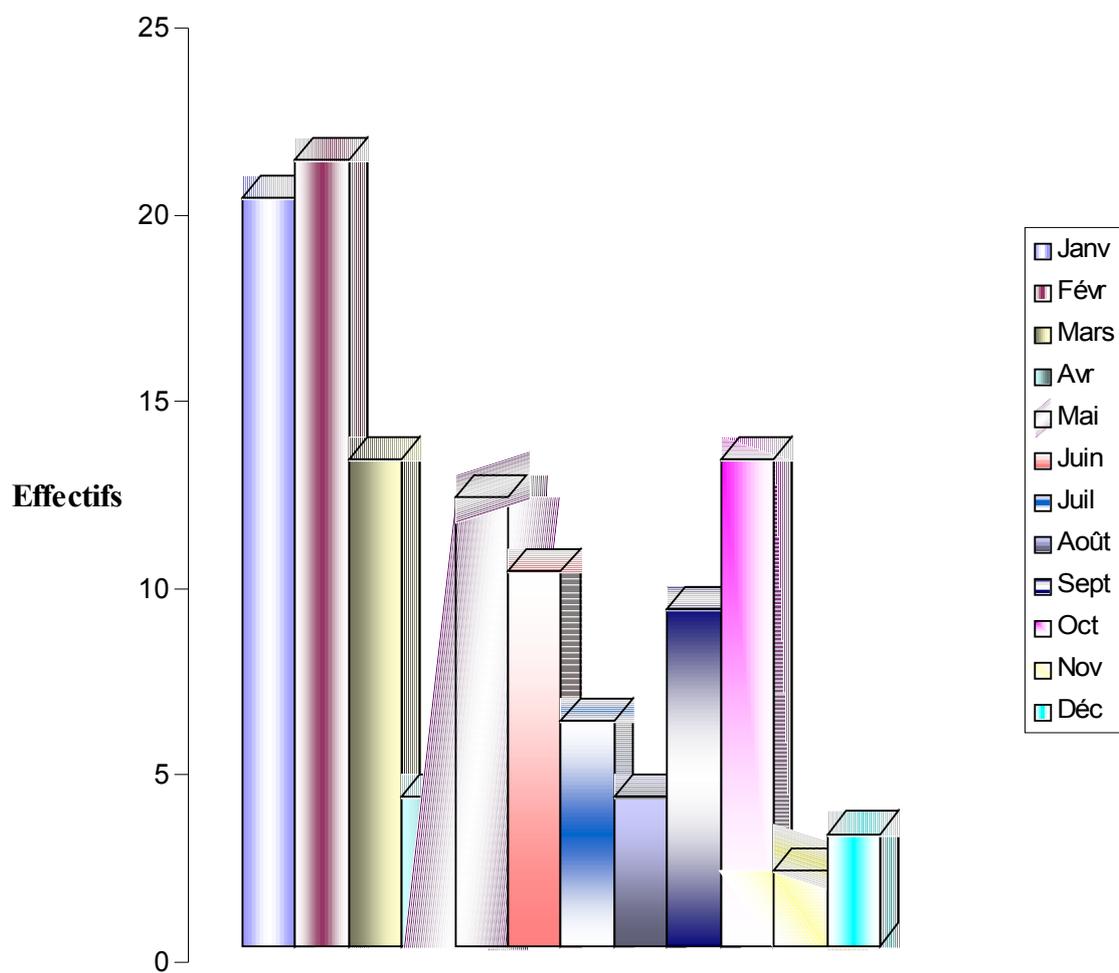


Figure n° 3 : Effectif mensuel des utilisatrices

4.2.2.Fréquence trimestrielle

Tableau n°3 : Répartition trimestrielle des utilisatrices

Trimestre	Effectif	Pourcentage
1er trimestre	54	46,15
2e trimestre	26	22,22
3e trimestre	19	16,50
4e trimestre	18	15,38
Total	117	100

Les utilisatrices sont venues en masse durant le premier trimestre

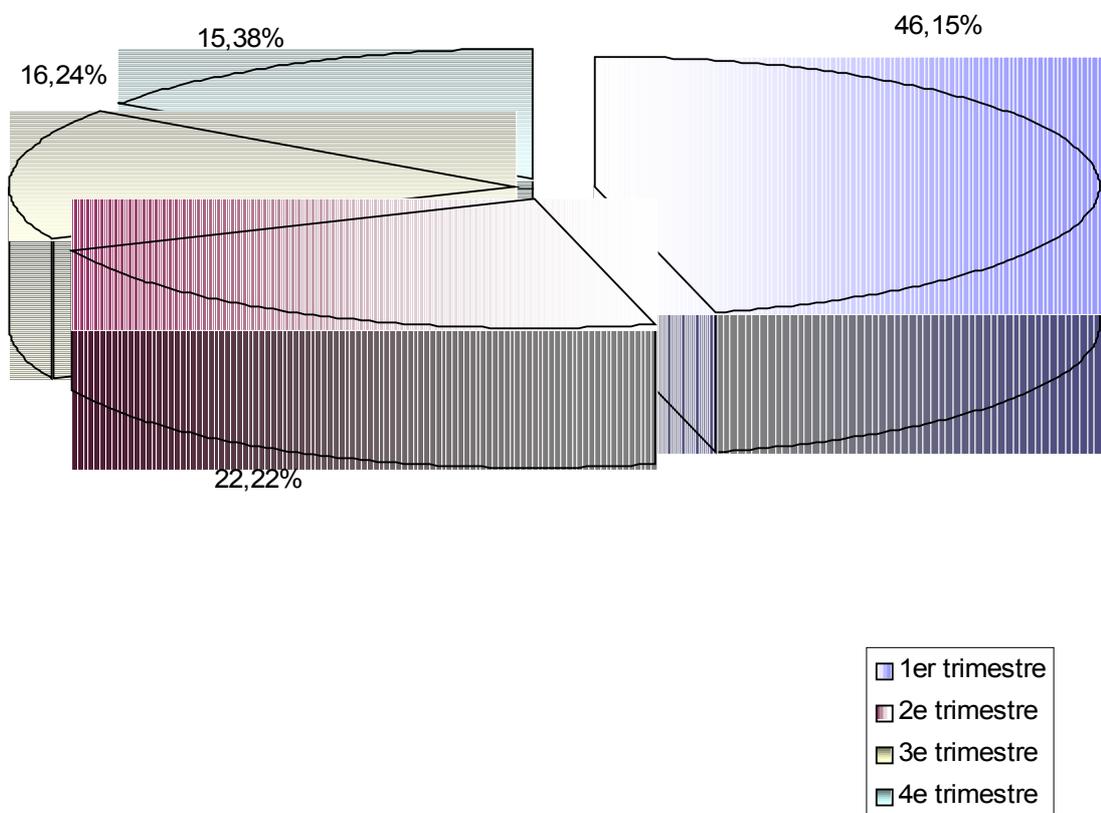


Figure n° 4 : Effectif trimestriel des utilisatrices

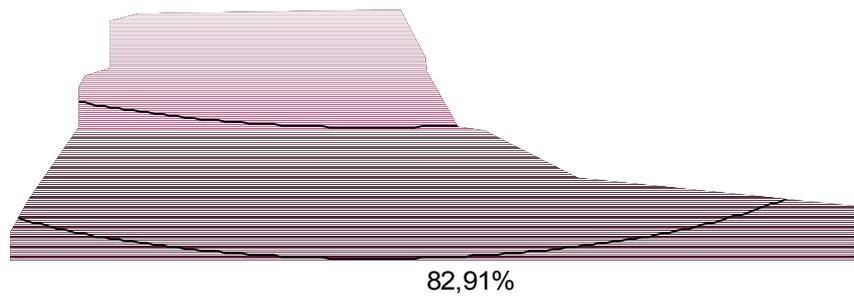
4.3.Aspects épidémiologiques

4.3.1.Age

Tableau n°4 : Répartition selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
Moins de 20 ans	7	5,98
21 à 34 ans	97	82,91
35 ans et plus	13	11,11
Total	117	100

Les adultes jeunes de 21 à 34 ans sont les plus intéressés par la contraception par les injectables.



- Moins de 20 ans
- 21 à 34 ans
- 35 ans et plus

4.3.2.Gestité

Tableau n°5 : Répartition selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
G ₁	2	1,71
G ₂	44	37,61
G ₃	64	54,70
G ₄	3	2,56
G ₅	2	1,71
G ₆ et plus	2	1,71
Total	117	100

Les femmes qui sont à leur 2^{ème} et 3^{ème} gestation sont les plus concernées par la méthode

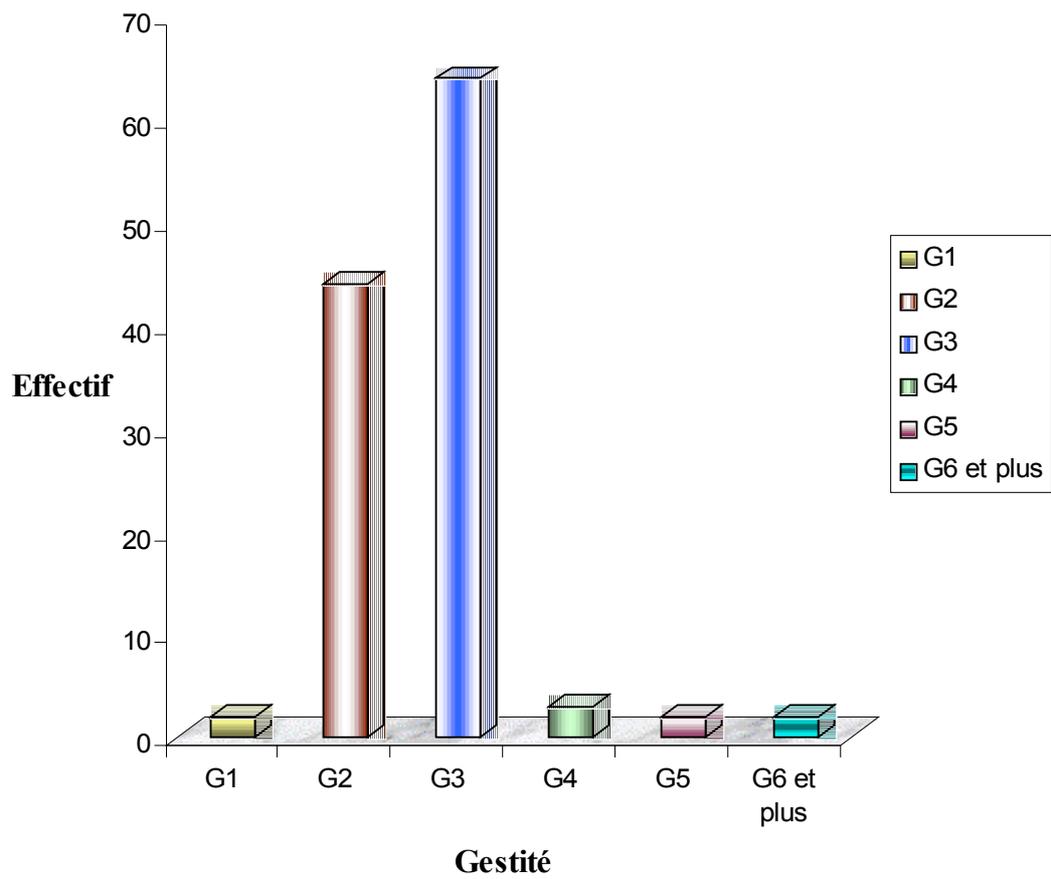


Figure n° 6 : Gestité des acceptantes

4.3.3.Parité

Tableau n°6 : Répartition selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare (I)	3	2,56
Paucipare (II, III)	80	68,38
Multipare (IV, V)	22	18,80
Grande multipare (VI et plus)	12	10,26
Total	117	100

Les paucipares sont en plus grand nombre.

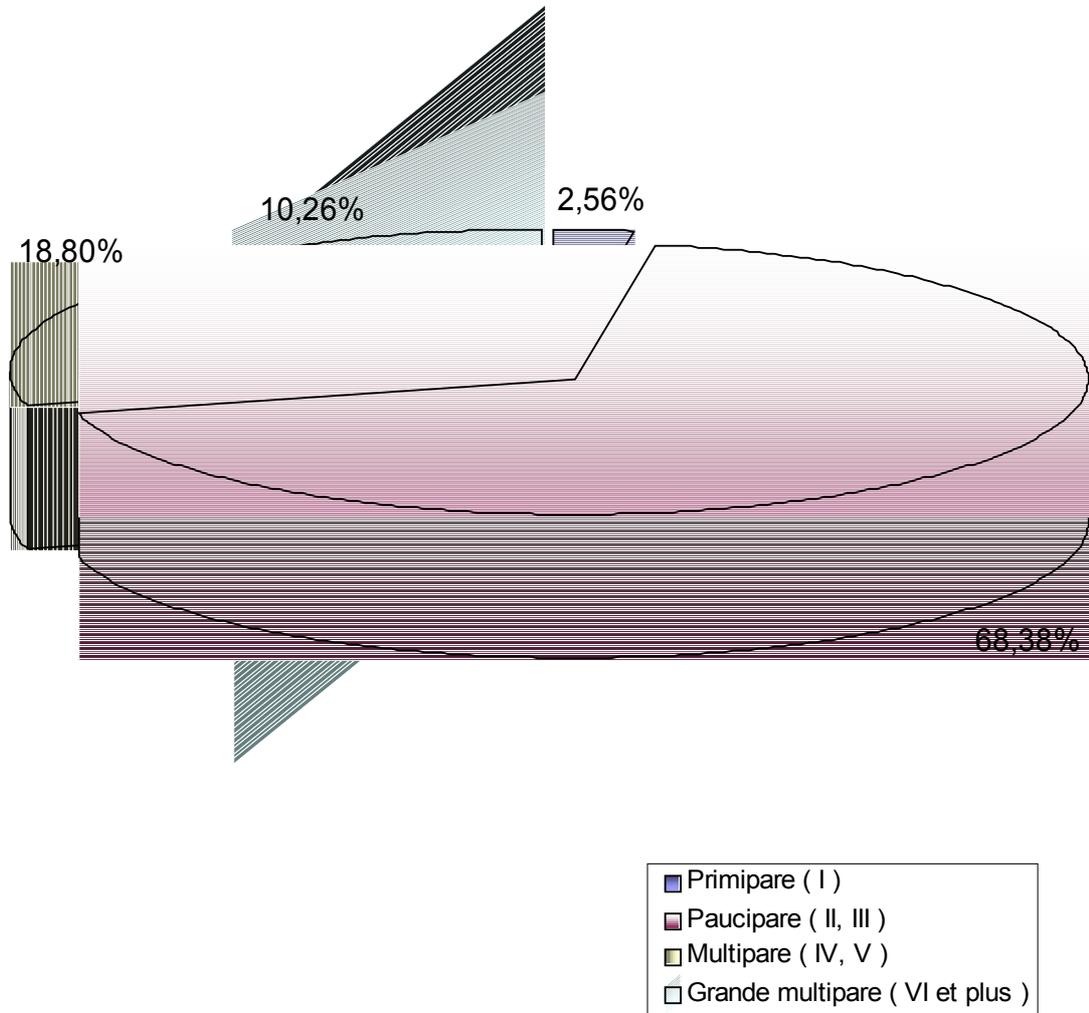


Figure n° 7 : Parité des utilisatrices

4.3.4.Etat matrimonial

Tableau n°7 : Répartition selon l'état matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Vit en couple	90	76,92
Vit seule	27	23,08
Total	117	100

Les clientes vivant en couple sont les plus nombreuses.

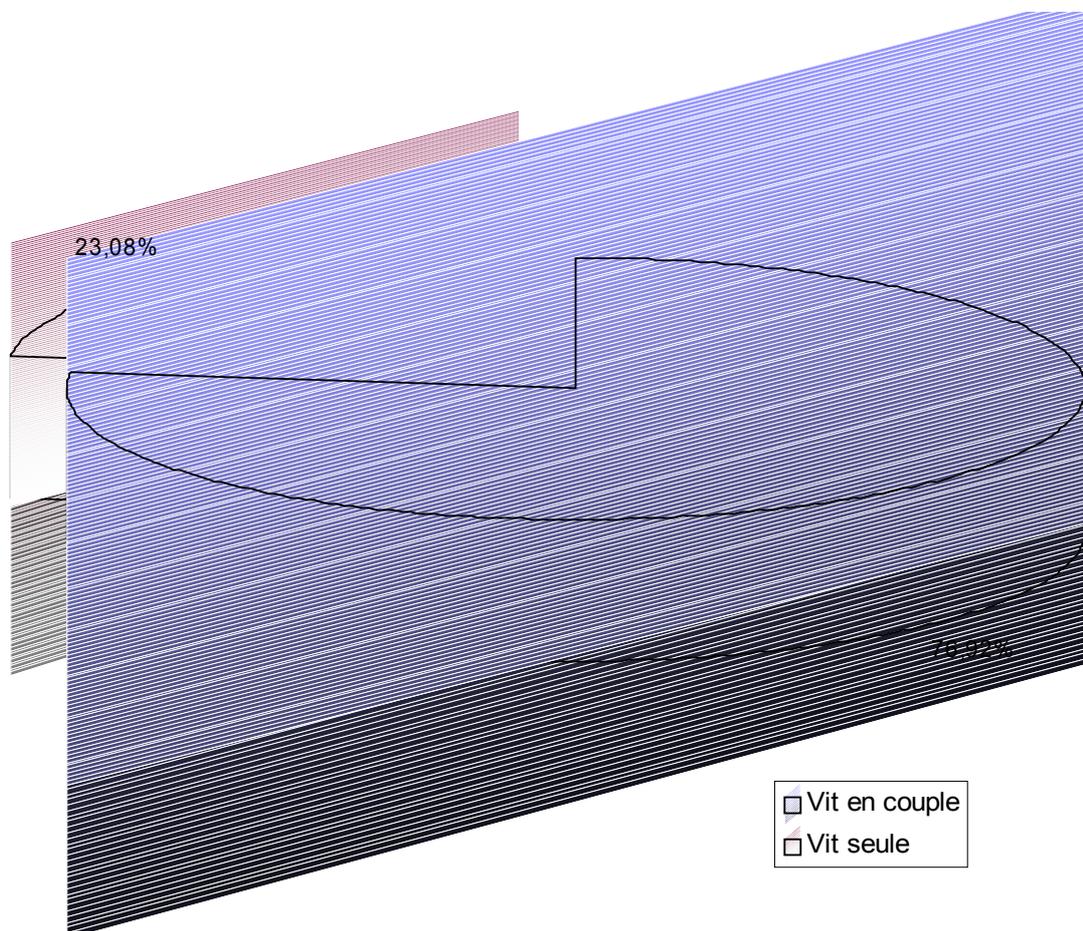


Figure n° 8 : Etat matrimonial des utilisatrices

4.3.5. Profession

Tableau n° 8 : Répartition selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
ménagère	49	41,88
cultivatrice	38	32,48
couturière	10	8,55
commerçante	16	13,67
institutrice	4	3,42
Total	117	100

Les ménagères et les cultivatrices sont les plus nombreuses.

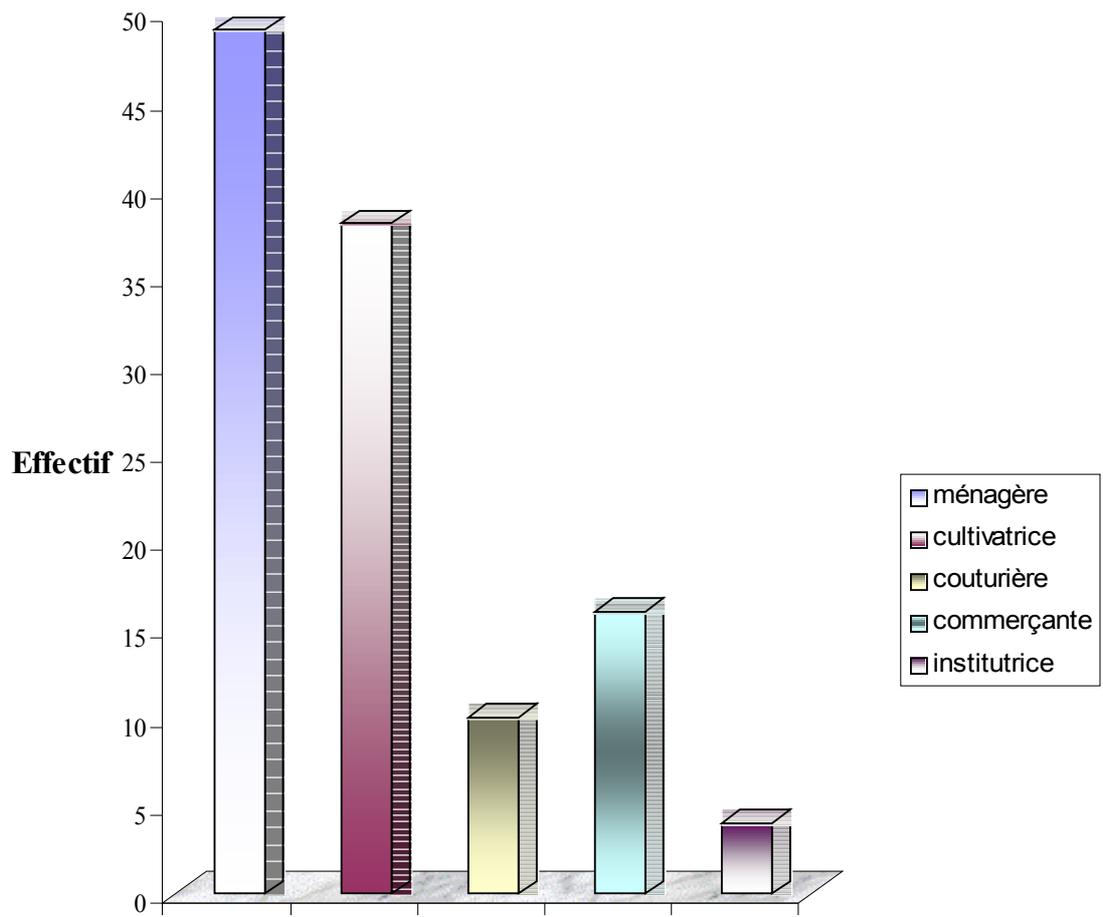


Figure n° 9 : Profession des acceptantes

4.3.6.Niveau d'instruction

Tableau n° 9 : Répartition selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
illettrée	2	1,71
étude primaire	81	69,23
étude secondaire	34	29,06
Total	117	100

Les femmes qui ont fait des études primaires sont les plus nombreuses.

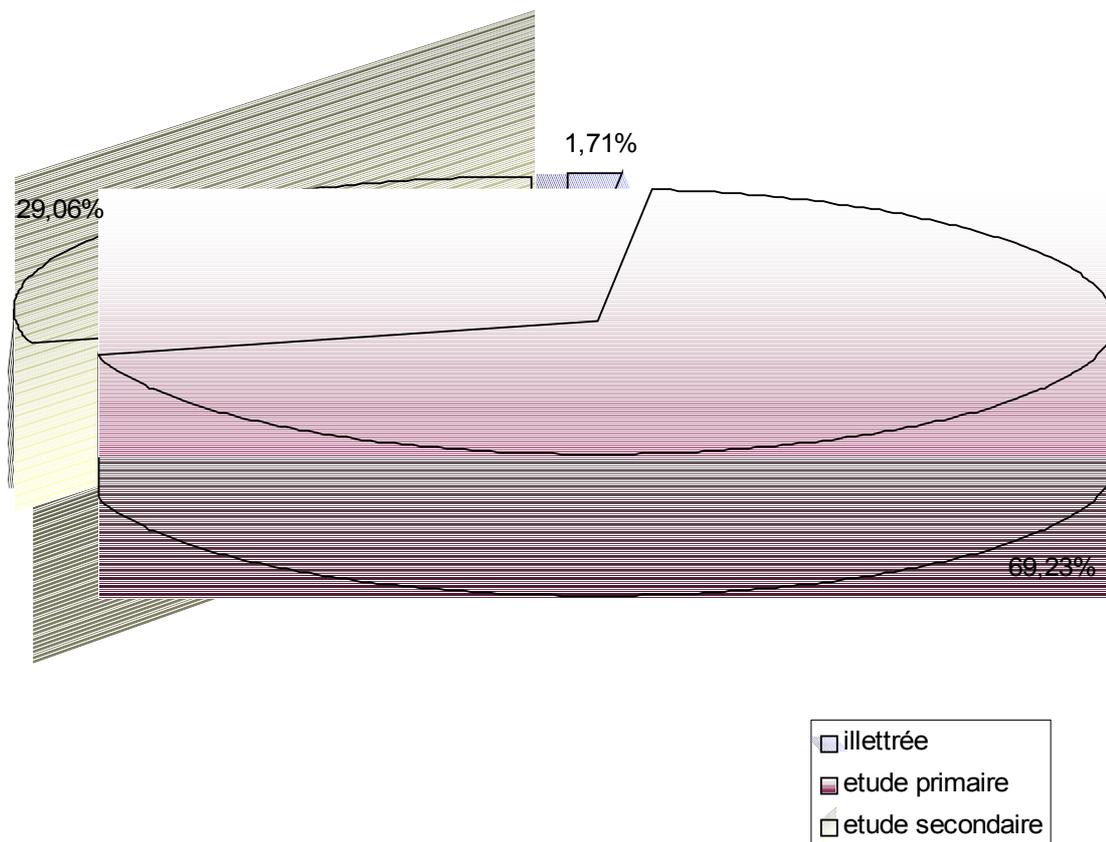


Figure n° 10 : Niveau d'instruction des acceptantes

4.3.7.Nombre d'enfants vivants

Tableau n° 10 : Répartition selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectif	Pourcentage
0	0	0
1 à 2	20	17,09
3 à 4	63	53,85
5 à 6	24	20,51
6 et plus	10	8,55
Total	117	100

Les femmes ayant 3 à 4 enfants vivants sont les plus concernées.

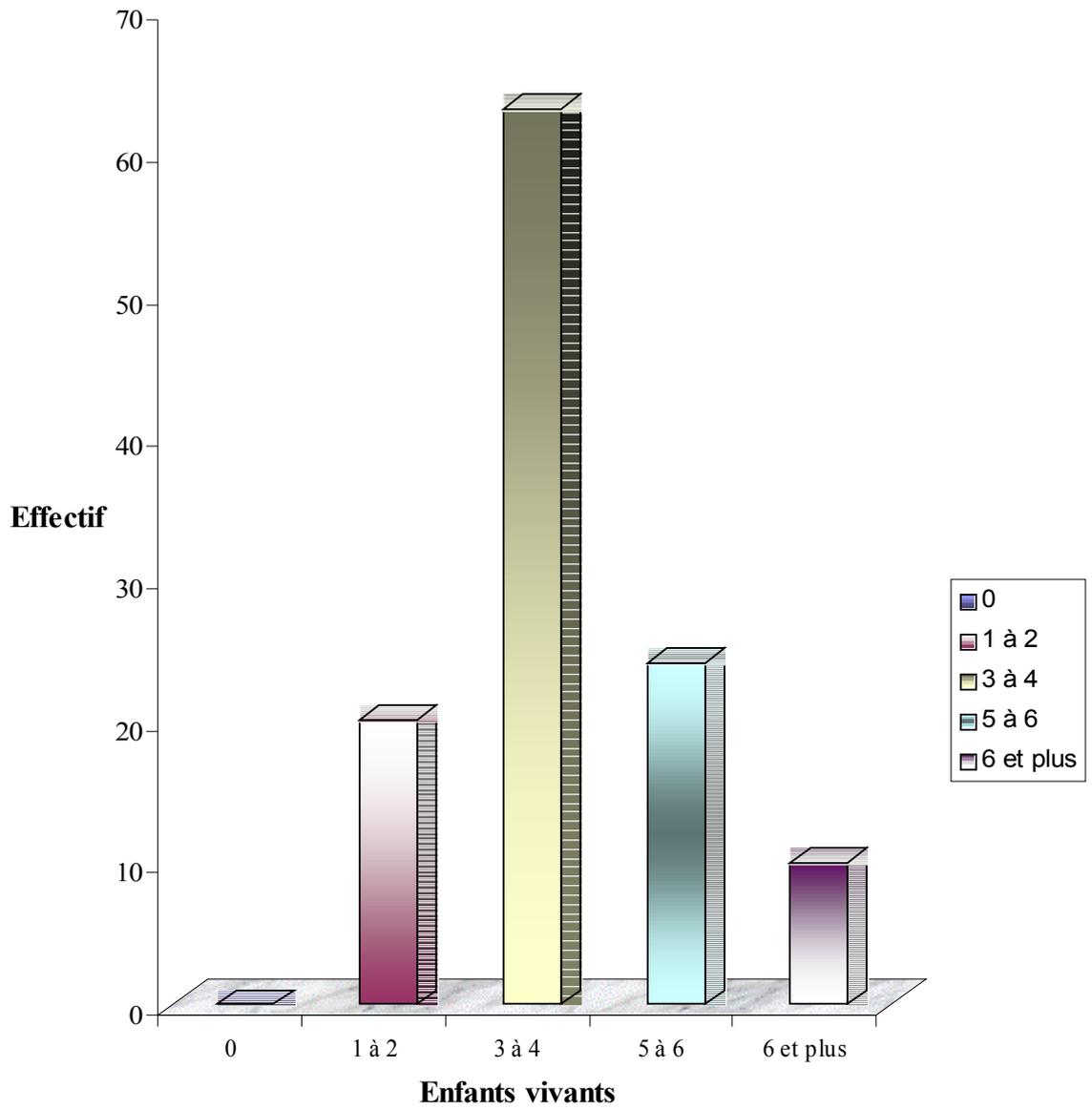


Figure n° 11 : Nombre d'enfants vivants des utilisatrices

4.3.8.Age du dernier-né

Tableau n° 11 : Répartition selon l'âge du dernier-né

Age du dernier-né	Effectif	Pourcentage
0 à 2 ans	41	35,04
3 à 5 ans	54	46,15
6 à 7 ans	12	10,26
plus de 7 ans	10	8,55
Total	117	100

Les clientes avec un dernier-né âgé de 3 à 5 ans sont les plus attirées par les injectables

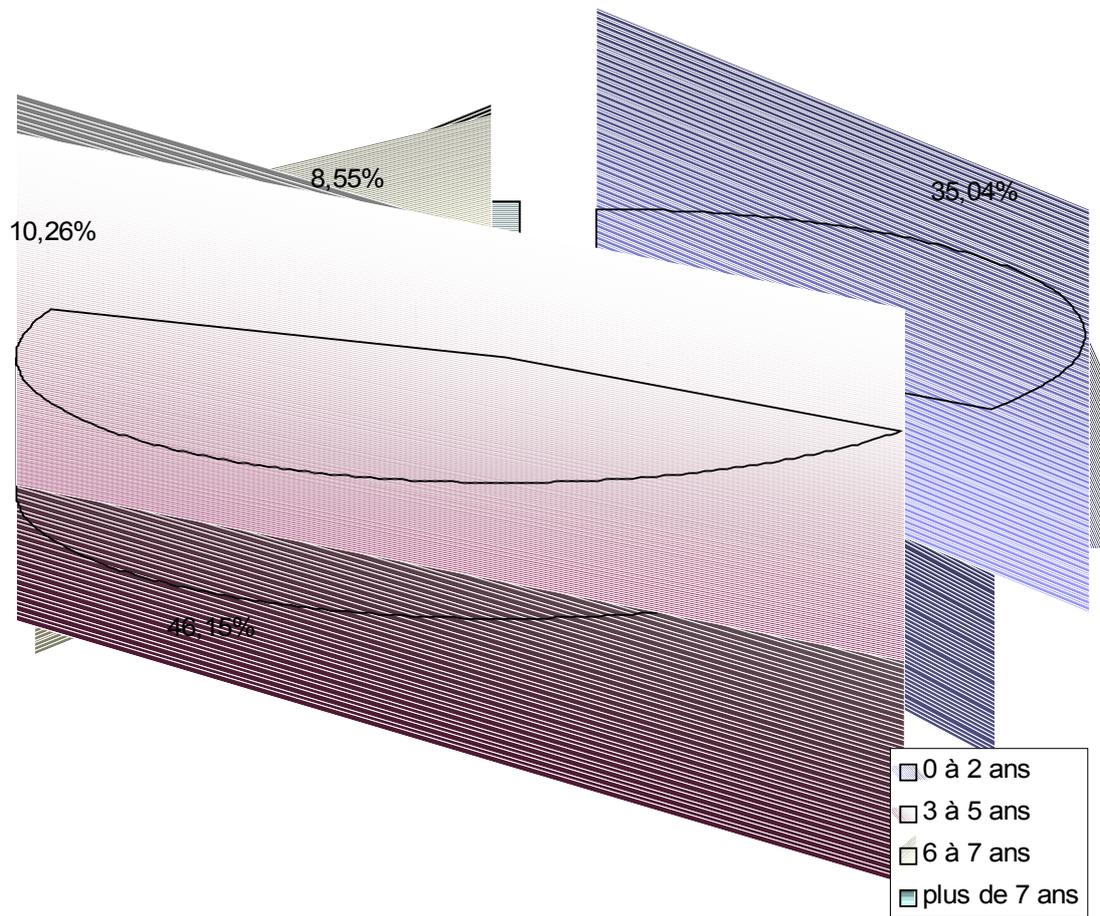


Figure n° 12 : Age du dernier-né des acceptantes

4.3.9. Temps mis pour venir au centre

Tableau n° 12 : Répartition selon le temps mis pour venir au centre

Durée du trajet	Effectif	Pourcentage
5 à 15 mn	72	61,54
30 mn	28	23,93
> ou égale à 1h	9	7,69
non précisée	8	6,84
Total	117	100

Les femmes qui mettent 5 à 15 mn pour venir au centre sont les plus nombreuses.

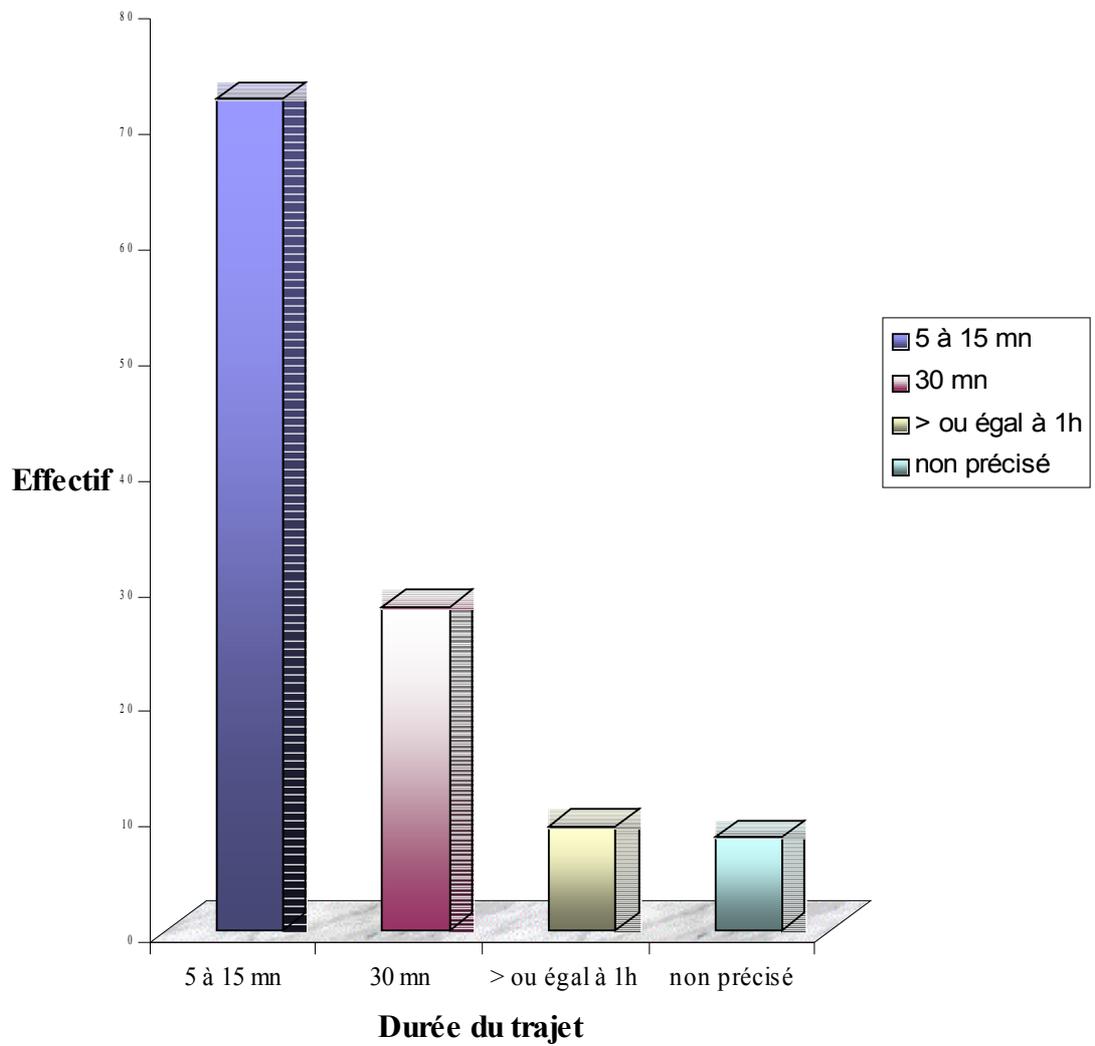


Figure n° 13 : Durée du trajet pour venir au centre

4.3.10.Motifs d'adhésion

Tableau n° 13 : Répartition selon les motifs d'adhésion

Motifs d'adhésion	Effectif	Pourcentage
espacement des naissances	99	84,62
limitation des naissances	18	15,38
Total	117	100

Les clientes sont surtout motivées par l'espacement des naissances.

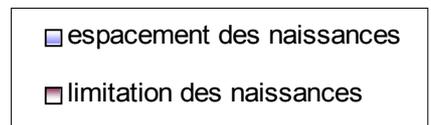
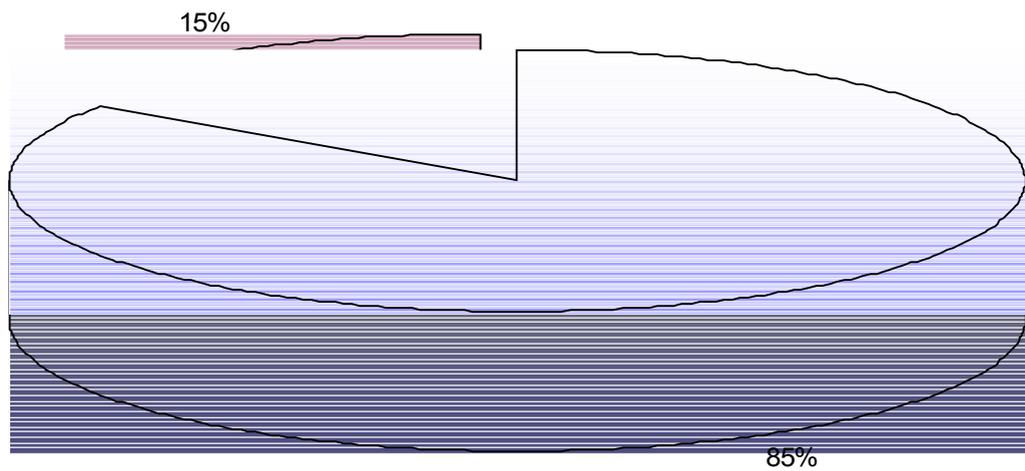


Figure n° 14 : Motifs d'adhésion des utilisatrices

4.3.11.Sources d'information

Tableau n° 14 : Répartition selon les sources d'information

Sources d'information	Effectif	Pourcentage
personnel de santé	86	73,5
familles ou amis	20	17,09
mass média	10	8,55
brochures / affiches	1	0,86
Total	117	100

Les utilisatrices sont surtout informées par le personnel de santé.

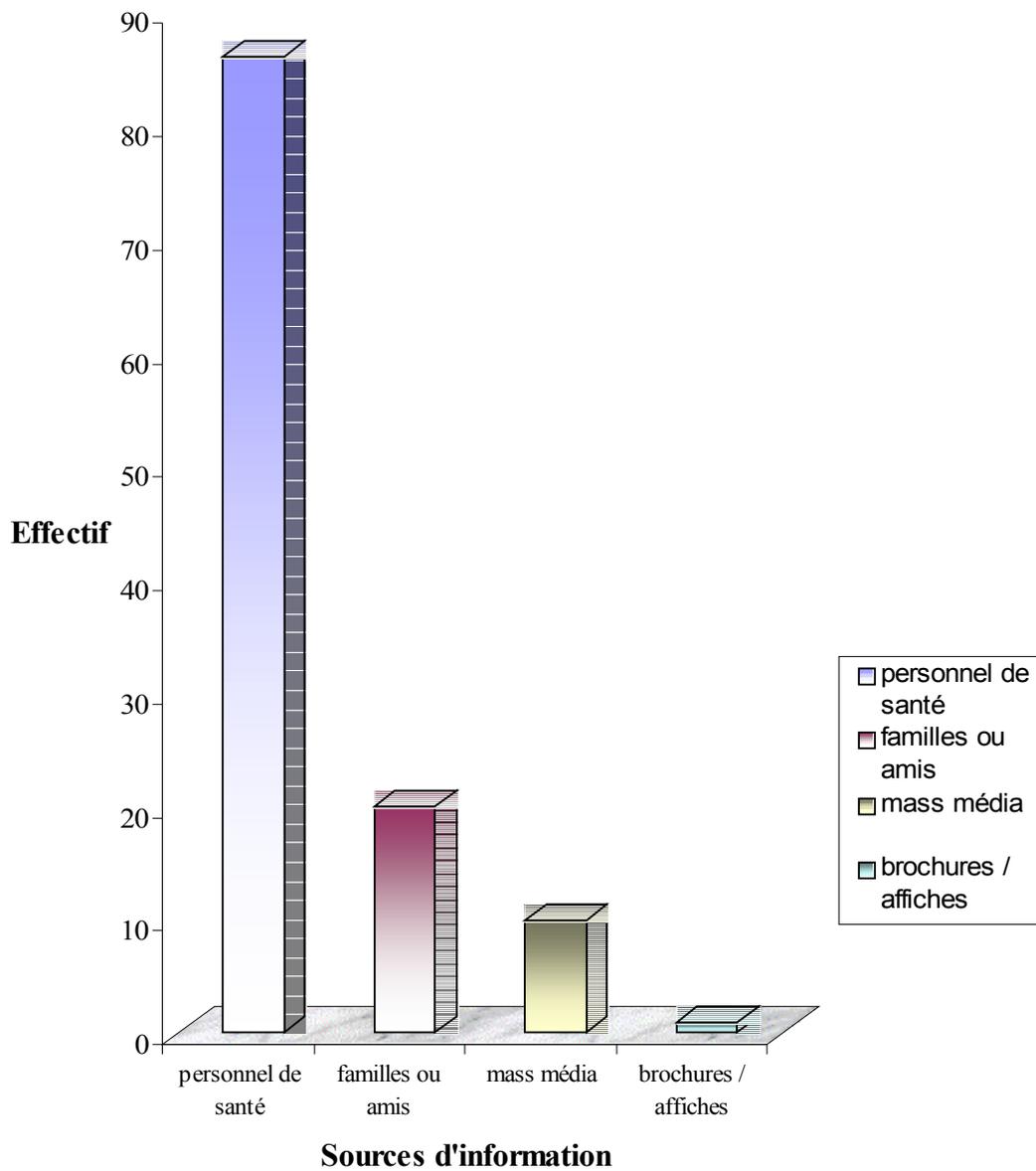


Figure n° 15 : Sources d'information des utilisatrices

4.3.12.Suivi et contrôle

Tableau n° 15 : Répartition selon le suivi et contrôle

Suivi et contrôle	Effectif	Pourcentage
tolérance	105	89,74
arrêt	4	3,42
abandon et changement de méthode	8	6,84
Total	117	100

La majeure partie des utilisatrices tolère bien les injectables.

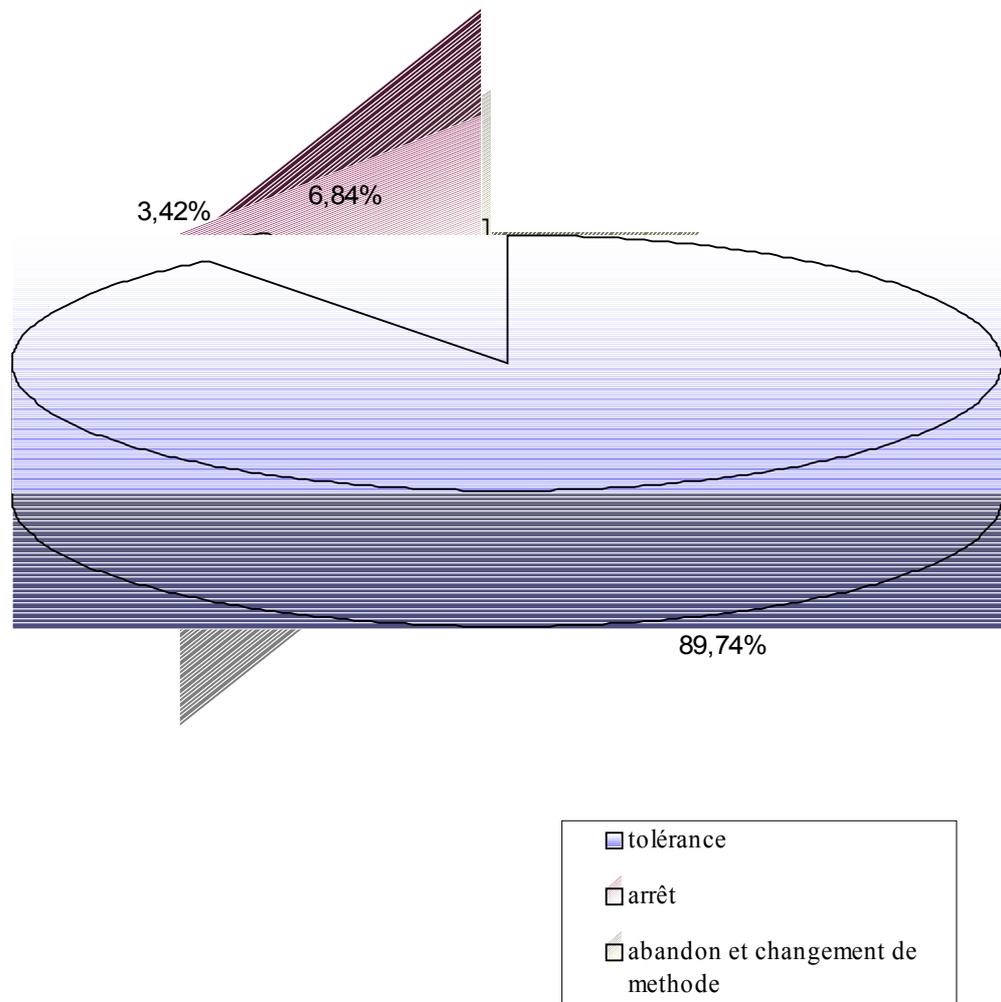


Figure n° 16 : Suivi et contrôle des acceptantes

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1.1.Fréquence

1.1.1.Choix de la méthode

Pendant notre période d'étude, plus de la moitié des utilisatrices, soit 58,5% ont opté pour la contraception par les injectables. Ces chiffres sont supérieurs à ceux rencontrés dans l'étude effectuée par Razafindratriamo N à l'AMIT Behoririka, un centre de PF situé en pleine ville, en 1999. Dans cette étude, l'auteur a trouvé que 46,46% des utilisatrices optent pour les injectables. Ce qui n'exclut pas l'affirmation que les clientes préfèrent ce moyen aux autres. Cette préférence peut s'expliquer par le fait que les femmes ont enfin acquis cette méthode comme une des plus fiables parmi tous les moyens qu'on leur a proposés. Les avantages de la méthode sont plus pris en compte et prennent le dessus sur les rumeurs. Ce qui veut dire que les utilisatrices ont appris à connaître les effets secondaires de la méthode et leur prise en charge. Serait-ce dû à une amélioration des services de planification familiale ou à une hausse de la qualité des informations requises ?

Les contraceptifs oraux tiennent la seconde place avec 35,5% de notre population d'étude. Cet écart vient sûrement du fait que ces derniers nécessitent une plus grande rigueur et beaucoup de contraintes dans leur utilisation, comme la prise quotidienne obligatoire.

Les méthodes barrières ont attiré seulement 4,5% des utilisatrices. Peut-être parce que ce sont des méthodes d'appoint qu'on peut n'utiliser qu'occasionnellement et qu'on peut se procurer dans toutes les formes de commerce.

Quant aux dispositifs intra-utérins, ils ont attiré seulement 1,5% des utilisatrices, peut-être car les clientes rejettent tout simplement l'idée d'un corps étranger dans leur propre corps.

1.1.2.Fréquence mensuelle et trimestrielle

Le moment auquel les clientes vont fréquenter les services de planification familiale n'a pas de significations spéciales. Elles y vont seulement selon leur disponibilité et quand leurs occupations quotidiennes le leur permettent.

Pour cette année 2002, on a rencontré une plus grande affluence, soit 46,15% des utilisatrices au cours du premier trimestre et un pic mensuel de 21 effectifs au mois de février. Mais il y a aussi des mois marqués par la rareté des utilisatrices. En novembre et en décembre, on a seulement enregistré respectivement 2 et 3 clientes. Ceci vient peut-être de la situation de crise dans laquelle se trouvait le pays à ce moment-là. Les gens, y compris le personnel de santé, se souciaient plus de leur vie quotidienne que de contraception. Nous pensons que cette situation a été source de bon nombre de grossesses à risques et d'autres situations néfastes pour la société.

1.2.Analyse épidémiologique

1.2.1.Age

La tranche d'âge de 21 à 34 ans est la plus concernée, avec un pourcentage énorme de 82,91% de la population totale. C'est le moment où l'activité sexuelle est à son maximum, mais c'est aussi l'âge idéal pour la procréation.

On a un pourcentage minime de 5,98% pour la tranche d'âge de moins de 20 ans. Cette tranche contient les adolescentes, encore peu actives sexuellement, ainsi que les nullipares, qui utilisent, nous pensons, d'autres méthodes.

1.2.2.Gestité

Les femmes qui sont à leur deuxième et troisième gestation dominent le tableau et elles font au total 92,31% de la population d'étude. Ce qui signifie que cette catégorie de femme se sent plus concernée par la contraception et se soucie du bien-être de leur famille.

1.2.3.Parité

Les femmes avec une parité de 2 à 3 sont les plus attirées par les contraceptifs injectables et font 68,38% du lot.

Suivent ensuite celles avec une parité de 4 à 5, mais avec un large écart de presque 50%. Avec les grandes multipares qui ont aussi un assez faible pourcentage de 10,26% nous pensons que ces deux catégories de femmes font partie de celles qui ont obtenu le nombre d'enfants voulus et qui ont plutôt recours aux méthodes définitives.

Les primipares sont en dernière place avec seulement 2,56% de la population totale. Ces femmes-ci craignent peut-être les effets secondaires des injectables et ont recours à d'autres moyens qu'elles redoutent moins. Ce qui remet en cause la qualité des informations reçues par elles.

1.2.4.Etat matrimonial

La prédominance des femmes qui vivent en couple, qu'elles soient mariées légitimement ou non est plus qu'évidente car elles font 76,92% des utilisatrices. Cette catégorie de femmes se préoccupe plus de contraception car elles sont plus actives sexuellement et n'ont pas honte de l'admettre.

Ce qui ne veut pourtant pas dire que les femmes qui vivent seules n'ont pas d'activité sexuelle, vu leur taux de 23,08%. Seulement, elles se heurtent souvent aux remarques désobligeantes de l'entourage.(39) Cette attitude les rend plus vulnérables et elles n'osent pas fréquenter les services de planification familiale, par peur d'être montrées du doigt. Pourtant, ce comportement n'est-il pas source de grossesses à risque et d'autres maux qui rongent la société ?

1.2.5.Profession

Les ménagères et les cultivatrices forment ensemble 74,36% du lot. Leurs professions leur permettent d'accéder à diverses informations et elles ont plus de temps libre. Elles sont donc plus disponibles pour aller fréquenter les centres de planification familiale.

Notons ici la nette prédominance des femmes qui pratiquent des travaux manuels et la quasi absence des intellectuelles. Les institutrices, qui sont les seules représentantes des intellectuelles sont en nombre très bas, avec seulement 4 effectifs.

1.2.6.Niveau d'instruction

La prédominance des femmes ayant fréquenté seulement les écoles primaires, avec un taux de 69,23% signifie que les méthodes contraceptives ont été conçues pour être à la portée de toutes et ne nécessitent pas de connaissances particulières.

Les illettrées sont seulement représentées par 2 femmes. Serait-ce dû à un manque d'information ou à une simple ignorance ?

1.2.7.Nombre d'enfants vivants

Les femmes avec 3 à 4 enfants vivants sont les plus impliquées dans l'utilisation des injectables, avec un taux de 53,85% ; suivies par celles avec 5 à 6 enfants vivants qui font 20,51% du lot. Nous pensons que ces femmes sont motivées par l'assez grand et même très grand nombre d'enfants qui sont déjà à leur charge.

Les femmes ayant 7 enfants vivants et plus font seulement 8,55% de la population totale. A notre avis, elles utilisent plutôt les méthodes définitives.

Nous n'avons recensé aucune cliente n'ayant pas d'enfants vivants dans notre étude. C'est peut-être dû aux rumeurs circulant concernant la méthode et les nullipares, selon lesquelles les injectables rendraient stériles.

1.2.8.Age du dernier-né

Les clientes qui forment la majorité du lot, soit 81,19% ont des derniers-nés âgés de 0 à 5 ans. Ces femmes sont conscientes de la nécessité d'espacer les naissances afin de préserver le bien-être de toute la famille, et particulièrement la santé de la mère et de l'enfant.

Les femmes ayant un dernier-né âgé de 6 ans et plus sont de 18,81% de la population totale. C'est un taux non négligeable même si nous pensons que ces femmes ont plutôt recours à d'autres méthodes, plus particulièrement à celles définitives.

1.2.9.Temps mis pour venir au centre

Ce sont surtout les femmes qui viennent des environs immédiats qui fréquentent ce Centre de planification familiale car la majorité met 5 à 15 minutes pour le rejoindre, soit 61,54%. Ce qui confirme les commentaires émis selon la profession car ce sont les agricultrices et les commerçantes qui sont en grand nombre dans cette région.

Celles qui font un trajet supérieur ou égal à 1 heure ont aussi été recensées dans notre étude avec un taux de 7,69%. Elles viennent peut-être de localités éloignées sans aucune infrastructure et sans moyen de transport adéquat. Ne serait-ce pas plus sensé qu'elles aient des centres de santé à proximité ?

1.2.10.Motifs d'adhésion

La plupart des utilisatrices des injectables, soit 84,62% les emploient pour espacer les naissances. Elles veulent éviter les grossesses à risque et se soucient du bien-être de leur famille et de la société en général.

La limitation des naissances est la raison qui pousse les 15,38% restants. A notre avis, ces femmes-ci optent plutôt pour les méthodes définitives.

1.2.11.Sources d'information

La majeure partie des utilisatrices des injectables, soit 73,50% les ont connus grâce au personnel de santé. Ceux-ci ont donc le devoir de bien s'informer et d'être à jour afin de rester tout le temps à la hauteur de leur profession. (39) (40)

Les familles ou amis sont les principales sources d'information après le personnel de santé, pour 17,09% de la population totale. On entrevoit là un léger changement d'attitude car on commence à parler de sexualité au sein de la famille. (40)

Le taux de femmes qui ont connu les injectables grâce aux mass média est de 8,55%. Ce taux est étrangement bas, vu l'essor qu'ils prennent dans notre société actuelle.

Les brochures et affiches forment une infime partie des sources d'information. Seulement une cliente a été informée grâce à eux. Pourtant, c'est une technique qui pourrait bien fonctionner si elle est bien conçue.

1.2.12.Suivi et contrôle

89,74% des femmes ont montré une bonne tolérance lors de l'utilisation des injectables. Ceci signifie que ces femmes commencent à bien connaître les effets secondaires et emploient les injectables en ayant vaincu les rumeurs.

Le pourcentage de 6,84% qui a opté pour l'abandon et le changement de méthode l'a peut-être fait par exagération des effets secondaires, ou bien après

apparition d'une quelconque contre-indication lors des visites de suivi. Vu que ce pourcentage est assez faible, l'apparition de ces incidents est donc rare.

Quant à celles qui ont arrêté la contraception sans donner leur raison, elles sont de 3,42%. Serait-ce pour une raison personnelle ou liée au centre ?

2. SUGGESTIONS

Au terme de notre travail, nous nous permettons d'émettre les quelques suggestions suivantes :

2.1. Amélioration des prestations de service au sein des centres de PF

- Formation de personnel compétent pour la communication pour le changement de comportement.
- Vaincre la timidité des clientes par des locaux et des personnels conviviaux et accueillants.

2.2. Amélioration de la prise en charge des effets secondaires des contraceptifs injectables

- Ne pas négliger le contrôle et le suivi de chaque cliente
- Former les utilisatrices à bien connaître et à bien utiliser leur méthode contraceptive pour qu'elles puissent devenir à leur tour de bonnes sources d'information.

2.3. Valorisation de la PF sur le plan social

- Propagation incessante des méthodes contraceptives par tous les moyens
- Cibler toutes les catégories de population, en particulier les jeunes et les nullipares, sans distinction de sexe.
- Inciter les parents à parler de sexualité avec leurs enfants
- Vaincre le tabou et les rumeurs selon lesquelles les contraceptifs injectables rendraient stérile.

2.4.Sur le plan national

- Intégrer la PF au niveau de tous les centres de santé
- Améliorer les infrastructures locales afin que même les régions les plus éloignées de la ville aient leur centre de santé et puissent jouir des soins dispensés par celui-ci.

CONCLUSION

Les contraceptifs injectables, après un demi-siècle d'existence, ont acquis une place de choix dans le domaine de la planification familiale. Malgré ce large essor qu'ils ont pris, leur utilisation se heurte toujours, dans la société malgache très respectueuse des valeurs ancestrales, aux tabous et aux rumeurs pourtant mal fondés. En fait, ce sont les effets secondaires des injectables qui sont mal interprétés par les utilisatrices. Les femmes craignent particulièrement la survenue des épisodes d'aménorrhée ou de spotting-métrorragie qui remplacent le cycle menstruel, ainsi que le retard du retour à la fertilité après arrêt de la méthode.

L'étude que nous avons effectuée au sein d'un centre de santé de base de deuxième niveau, situé à une quinzaine de kilomètres d'Antananarivo ville, durant l'année 2002, nous a permis de déduire les faits suivants :

-58,5% des femmes demandeuses de contraception ont adopté les injectables.

-82,91% des utilisatrices sont âgées de 21 à 34 ans.

-Les femmes ayant en moyenne 3 enfants sont les plus attirées par la méthode : 54,70% en sont à leur troisième gestation ; 68,38% sont des paucipares et 53,85% ont 3 à 4 enfants vivants.

-On n'a recensé aucune femme sans enfant vivant.

-76,92% des clientes des injectables vivent en couple.

-En général, les utilisatrices de notre lieu d'étude font des travaux manuels car seulement 3,42% sont des intellectuelles.

-69,23% de la population d'étude ont seulement fait des études primaires.

-61,54% des femmes qui fréquentent ce centre de PF viennent des lieux environnants et mettent 5 à 15 mn pour le rejoindre.

-84,62% des utilisatrices viennent pour espacer les naissances.

-Le personnel de santé sont les principales sources d'information car 73,50% des femmes ont été informées par eux.

-89,74% des utilisatrices ont bien toléré la méthode.

Ces résultats nous informent de la nécessité d'instaurer encore un certain degré de changement d'attitude vis-à-vis de la contraception par les injectables. Aussi, nous tenons à émettre les suggestions suivantes :

- Amélioration des prestations de service au sein des centres de PF.
- Amélioration de la prise en charge des effets secondaires.
- Valorisation de la PF sur le plan social.
- Amélioration des infrastructures locales et intégration de la PF à tous les niveaux.

3. BIBLIOGRAPHIE

- 1- Encyclopédie Microsoft Encarta. Contrôle des naissances. France : Microsoft, 2004
- 2- OMS. Les contraceptifs injectables. Leur rôle en planning familiale. Genève : OMS, 1990 : 14
- 3- Mahjoub S, Lebli I, Dahkli R. Contraception par Depo-provera. A propos de 930 femmes. Tunisie Médicale, 2000 : 219
- 4- Dictionnaire Vidal. France : OVP, 2001 : 419 , 1046
- 5- Legrain G, Delvoeye P, Ranjalahy RJ. La santé de la reproduction pratique et opérationnelle. Antananarivo : Ministère de la Santé, FNUAP, 2001 : 32-40 , 58-190
- 6- Aimard G, Allard C et coll. Dictionnaire de médecine. France : Flammarion, 2001 : 234
- 7- Domart A, Bourneuf J et coll. Petit Larousse de la médecine. Canada : Larousse, dernière édition, 2001 : 246-247 , 271-272
- 8- <http://www.web2.cnam.fr/evariste/evariste/10cours/cycles/cycles.htm>.Le cycle sexuel de la femme. 1997
- 9- <http://www.ppfa.org/ppfa/index.html>.The assault on birth control and family planning program. 2003
- 10- <http://www.33docavenue.com>.Thématique santé. Contraception . 2002
- 11- Fattoruso V, Ritter O. Vademecum clinique du diagnostic au traitement. Paris : Masson,17^{ème} édition, 2004 : 220-224
- 12- Durand B, Rein-Nikolaev N et coll. Le Petit Larousse illustré. France : Larousse, 2002 : 255

- 13- Goeman J, Ndoye I et coll. Frequent use of menfegol spermicidal vaginal foaming tablets associated with a high incidence of genital lesions. *Journal of Infectious Diseases*,1995 ;171 ;6 : 1611-1614
- 14- Roddy RE, Cordero M, Cordero C, Fortney JA. A dosing study of nonoxynol-9 and genital irritation . *International journal of STD and AIDS*,1993 ;4 ;3 : 165-170
- 15- Kjael A, Laursen K, Thormann L, Barggaard O, Lebech P. Copper release from copper intrauterine devices removed after up to 8 years of use. *Contraception*, 1993;47 ;4 : 349-350
- 16- Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective.*Lancet*,1992 ;339 ;8796 : 785-788
- 17- Angle M, Huff P, Lea J. Interactions between oral contraceptives and therapeutic drugs. *Outlook*,1991 ;9 ;1 : 1-6
- 18- Dunson TR, McLaurin VL, Grubb GS, Rosman AW. A multicenter clinical trial of a progestin-only oral contraceptive in lactating women.*Contraception*,1993 ;47 ;1 : 23-25
- 19- McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception*,1994 ;50 ;6 ;suppl 1 : S1-S95
- 20- <http://www.infoforhealth.org/pubs/ect/wallchart/french/dmpa.shtml>. Les éléments de la technologie de la contraception. 2002
- 21- McIntosh N, Blouse A, Shaefer L. Norplant implants guidelines for family planning service providers. Baltimore: JHPIEGO Corporation, 2nd edition, 1995
- 22- Nuovo J, Wedha A. Keloid formation from levonorgestrel implant (Norplant system)insertion. *Journal of the American Board of Family Practice*,1994;7;2 : 152-154

- 23- Lamprecht V, Grummer-Strawn L. Development of new formulas to identify the fertile time of the menstrual cycle. *Contraception*,1996 ;54 ;6 : 339-343
- 24- Kennedy KI, Gross B et coll. Breastfeeding and the symptothermal method. *Studies in Family Planning*,1995 ;26 ;2 :107-115
- 25- Frank-Herrmann P, Freundl G et coll. Effectiveness and acceptability of the symptothermal method of Natural Family Planning in Germany. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*,1991 ;165 : 2052-2054
- 26- Cooney KA, Nyirabukeye T, Labbok M, Hoser P, Ballard E. Assessment of the nine-month Lactational Amenorrhea Method (MAMA-9) in Rwanda. *Studies in Family Planning*,1996 ;24 : 162-171
- 27- Kennedy KI, Labbok MH, Van Look PFA. Consensus statement on the Lactational Amenorrhea Method for family planning. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*,1996 ;54 : 55-57
- 28- <http://www.affection.org/santé/asvc/www.igc.apc.org/asvc/french/contraception/fcinj2.html>.Le guide de la contraception. 2004
- 29- http://www.fhi.org/en/RH/FAQs/POI_faq.htm.Progestin only injectable. 2003
- 30- Lande RE. New era for injectables. *Population Reports*, Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program,1995 ;série K;N°5
- 31- http://www.who.int/reproductivehealth/publication/rhr_02_7_fr/rhr_02_07_q9.htmUne sélection de recommandation pratiques relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives. 2001
- 32- Harrel Z, Birro FM, Kollar LM. Depo-provera in adolescents: effects of early second injection or prior oral contraception. *Journal of Adolescent Health* ,1995 ;16 : 379-384
- 33- Shoupe D. Injectable contraceptives and contraceptive vaginal rings. In : Shoupe D and Haseltine FP eds. *Contraception*. New York: Springer-Verlag,1993 : 144-157

- 34- <http://www.fhi.org/en/Topics/injectables.htm>. Modules injectable contraceptives. 2003
- 35- Phillips Owen P. New aspects of injectable contraception. International journal of fertility and women's medicine, USA DA, 2001 : 31-36
- 36- Solheim F. An assessment of quality of life in women treated with Depo-provera in Sweden. In : Zambrano D ed. Depo-provera^R(medroxyprogesterone acetate) for contraception : a current perspective of scientific, clinical and social issues. Kalamazoo, Michigan:Upjohn,1992 : 61-72
- 37- Pardthaisong, Yenchit C, Gray R. The long-term growth and development of children exposed to Depo-provera during pregnancy or lactation. Contraception, 1992 ;45 : 313-324
- 38- Oyelola OO. Fasting plasma lipids, lipoproteins and apolipoproteins in Nigerian women using combined oral and progestin only injectable contraceptives. Contraception,1993 ;47 : 445-454
- 39- <http://popcouncil.org>. Population Council.L'Afrique. 1999
- 40- Becker J, Ureno M. Integration of HIV/STD Prevention in Family Planning Programs and Services: The HIV/STD add-on to the Transition Project. 1996

VELIRANO

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

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

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 ahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

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

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

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

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

Ho toavin'ny mpiarabelona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

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

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de thèse

Signé : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

4. VU ET PERMIS D'IMPRIMER Le Doyen de la Faculté
de Médecine d'Antananarivo Signé : Professeur
RAJAONARIVELO Paul

Name and first name : **ANDRIANAIVORAJOELINA Lalaina Holinavalona**

Title of thesis: **EPIDEMIOLOGIC PROFILE OF ASKERS FOR INJECTABLE**

CONTRACEPTION IN CSB II IVATO-AEROPORT IN 2002

Classification: Public Health

Number of pages: 67

Number of tables: 15

Number of schemas: 01

Number of figures: 16

Number of references: 40

5. SUMMARY

The use of injectable contraception is still colliding with the large effects that rumours have on Malagasy society.

We are performing a retrospective survey about 200 women using contraceptive methods in CSBII Ivato-Aéroport in 2002. We're taking the census of 117 patients for injectables. The frequency is 58,50%. 82,91% are in the age slice of 21 to 34 years; no nulliparous has been listed; 72,92% of patients live in pair; 84,62% were motivated for spacing of births; 73,50% have been informed by health staff; 89,74% of users well tolerate the method.

An improvement of quality of services in family planning centers, an improvement of the taking in charge of the secondary effects, a valorization of family planning from the social point of view, an improvement of local infrastructures to enable integration of family planning in all levels, can be undertaking to take more advantage of beneficial effects of injectables.

Key words: contraception – injectable – family planning – intramuscular – taking in charge

Director of thesis : Professor **RAMAKAVELO Maurice Philippe**

Assisted by : Doctor **RANDRIANARISON Louis Pascal**

Author address : lot IG 159 A Ambalavao Isotry, 101 Antananarivo

Nom et prénoms : ANDRIANAIVORAJIELINA Lalaina Holinavalona

Titre de la thèse : **PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES DEMANDEUSES DE
CONTRACEPTIFS INJECTABLES AU CSBII D'IVATO- AEROPORT EN
2002**

Rubrique : Santé Publique

Nombre de pages : 67

Nombre de tableaux : 15

Nombre de schéma : 01

Nombre de figures : 16

Nombre de références bibliographiques : 40

6. RESUME

L'utilisation des contraceptifs injectables se heurte encore à la grande influence exercée par les rumeurs sur la société malgache.

Le travail que nous avons effectué est une étude rétrospective portant sur 200 femmes utilisatrices de méthodes contraceptives au CSBII d'Ivato-Aéroport durant l'année 2002. Nous avons cherché à évaluer le profil des femmes demandeuses de contraceptifs injectables ainsi que l'acceptabilité de ceux-ci.

Nous avons pu recenser 117 clientes des injectables. La fréquence est de 58,5%. 82,91% sont dans la tranche d'âge de 21 à 34 ans ; aucune nullipare n'a été enregistrée ; 76,92% des clientes vivent en couple ; 84,62% sont motivés par l'espace des naissances ; 73,5% ont été informées par le personnel de santé ; 89,74% des utilisatrices tolèrent bien la méthode.

Une amélioration des prestations de service au sein des centres de PF, une amélioration de la prise en charge des effets secondaires, une valorisation de la PF sur le plan social, une amélioration des infrastructures locales pour permettre l'intégration de la PF à tous les niveaux, pourraient être entreprises pour tirer encore profit des effets bénéfiques des injectables.

Mots-clés : contraception – injectable – planification familiale – intramusculaire – prise

en charge

Directeur de thèse : Professeur **RAMAKAVELO Maurice Philippe**

Rapporteur de thèse : Docteur **RANDRIANARISON Louis Pascal**

Adresse de l'auteur : lot IG 159 A Ambalavao Isotry, 101 Antananarivo.