université de BORDEAUX

UFR DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2019 Thèse n° 16

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par **SOULARD, Adélaïde**

Née le 9 février 1994 à Bordeaux

Le 30 janvier 2019

LA CONTRACEPTION A MADAGASCAR :

Etat des lieux des connaissances, des pratiques et des déterminants de son utilisation en milieu rural en 2017-2018 : cas des districts d'Antsohihy, de Moramanga et de Manakara.

Sous la direction de : Stéphanie KRISA

Membres du jury :

Mme KRISA, Stéphanie	Présidente
M. CHABAN, Mazen	Rapporteur
M. MAILLARD, Antoine	Rapporteur
Mme PLAZY, Mélanie	Examinatrice

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de thèse, Stéphanie KRISA, qui, après m'avoir fait découvrir la recherche, a accepté de me soutenir dans cette dernière étape de mes études de pharmacie.

Une autre personne qui a été très importante pendant toutes mes études et qui m'a tant appris : merci Mazen CHABAN. La pharmacie des Capucins est un reflet de l'exercice de la pharmacie d'officine dans toutes ces facettes. Que demander de mieux que d'apprendre dans cette grande famille.

Qu'aurait été mes études sans l'Amicale Corporative des Etudiants en Pharmacie de Bordeaux grâce à laquelle j'ai pu découvrir l'associatif et le monde de la solidarité internationale. Ces deux projets, Nio Far Ndem au Sénégal et Phar'Madagascar m'ont permis de trouver ma voie dans l'aide au développement. Merci Suzanne de nous avoir fait découvrir ton pays.

Je ne remercierai jamais assez l'équipe pédagogique du Master 2 Santé Internationale de l'ISPED de m'avoir acceptée dans leur formation. Merci pour tout ce que vous nous avez appris, offert, merci pour votre présence et votre soutien. Merci à vous, Renaud BECQUET, Joanna ORNE-GLIEMANN et Mélanie PLAZY. Cette dernière année aura été d'une richesse insoupçonnable tant du point de vue professionnel que personnel. Merci à tous mes collègues de promotion qui ont rempli cette année de souvenirs : *M2 SI la millefa*.

Un remerciement s'impose pour l'Institut Pasteur de Madagascar, Institut au sein duquel j'ai pu effectuer mon stage de Master 2, sujet également de cette thèse : merci à ma maître de stage, le Docteur Laurence BARIL ; merci au Directeur, le professeur André SPIEGEL ; merci à mes deux encadrants, le docteur Feno RAKOTOARIMANANA et le Docteur Chiarella MATTERN ; merci à ma tutrice, le Docteur Valérie BRIAND ; et merci à toute l'équipe de l'unité d'Epidémiologie et de Recherches Cliniques, plus particulièrement au Docteur Emmanuel ANDRIAMASY et à Mendrika RANAIVOHARIMINA.

Surtout, un sincère merci à mes amis malgaches pour leur accueil et leur bonne humeur au quotidien et à mes collègues stagiaires pour leur présence dans les bons comme dans les moins bons moments. Ce furent des rencontres inoubliables.

Enfin, je remercie mes amis pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de mes projets à l'international.

A ma famille. Cette famille qui m'a toujours soutenue malgré leurs peurs et leurs incompréhensions. Merci d'être là, de m'avoir poussée à trouver ma voie, d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Je vous aime.

« On ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux. »

Antoine de Saint-Exupéry.

Table des matières

RESUME 13

ABSTRACT 13

Liste des acronymes 15

Liste des tableaux 17

Liste des figures 21

Liste des annexes 23

Glossaire 25

Partie 1 : Introduction 27

I. Contexte général 27

1. Présentation générale du pays 27

2. Présentation du système de santé malgache 31

II. Contexte scientifique 33

1. La santé de la femme dans le monde 33

2. Le planning familial dans le monde 34

III. Problématique et justification 41

1. La santé de la femme à Madagascar 41

2. Le planning familial à Madagascar 41

Partie 2 : Objectifs 45

I. Objectif principal 45

II. Objectifs spécifiques 45

III. Objectif secondaire 45

Partie 3 : Méthode 47

I. Cadre de l'étude : projet EDRaS 47

II. Volet quantitatif EDRaS 48

1. Type d'étude 48

2. Population d'étude 48

3. Outils et modes de recueil 50

4. Déroulement de l'enquête 50

5. Traitement des données 51

III. Volet qualitatif EDRaS 53

1. Type d'étude 53

2. Population d'étude 53
3. Outils et modes de recueil 54
4. Déroulement de l'enquête 54
5. Traitement des données 54
IV. Etude complémentaire auprès des acteurs du planning familial 54
1. Type d'étude 54
2. Population d'étude 54
3. Outils et modes de recueil 55
4. Déroulement de l'enquête 55
5. Traitement des données 55
V. Aspect éthique et réglementaire 55
Partie 4 : Résultats 57
I. Volet quantitatif EDRaS 57
1. Sélection de la population enquêtée pour l'analyse 57
2. Caractéristiques socio-démographiques des femmes incluses 59
3. Caractéristiques relatives au planning familial des femmes enceintes incluses 64
4. Caractéristiques de l'utilisation passée de méthodes contraceptives 68
5. Facteurs associés à l'utilisation passée de méthodes contraceptives 70
II. Volet qualitatif EDRaS 78
1. Population incluse 78
2. Connaissances des différentes méthodes contraceptives 78
3. Source et circulation de l'information, rumeurs 79
4. Pratiques en termes de planification familiale 80
III. Résultats volet qualitatif complémentaire 81
1. Population incluse 81
2. Rôle des professionnels de santé de CSB sur la planification familiale 82
3. Rôle des agents communautaires sur la planification familiale 84
Partie 5 : Discussion 89
I. Synthèse des résultats 89
1. Connaissances des femmes vis-à-vis de la contraception 89
2. Pratiques des femmes vis-à-vis de la contraception 90

3. Facteurs influençant l'utilisation de la contraception 91
II. Validité de l'étude 93
1. Validité interne 93
2. Validité externe 94
III. Recommandations et perspectives de santé publique 99
1. Sur le plan de la recherche 99
2. Sur le plan programmatique 99
Partie 6 : Conclusion 101
REFERENCES 103
ANNEXES 107
RESUME 156
ABSTRACT 156

RESUME

Contexte : Le recours au planning familial (PF) prévient les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, or Madagascar a une prévalence contraceptive de seulement 33% ce qui se répercute par des complications : fistules, grossesses précoces et avortements. Les objectifs de cette étude sont de décrire les connaissances, les pratiques et les facteurs influençant l'utilisation de méthodes contraceptives (MC) chez les femmes malgaches en milieu rural.
Méthodes : Les données collectées proviennent d'un projet de l'Institut Pasteur de Madagascar. Deux enquêtes transversales, quantitative et qualitative, ont été menées. La collecte s'est faite à partir de questionnaires standardisés administrés en face à face auprès de femmes enceintes de 3 districts de Madagascar entre 2017 et 2018. Les données ont été décrites puis une régression logistique multivariée a été réalisée pour identifier les déterminants de l'utilisation passée de MC. Ces résultats ont été discutés à l'aide des données qualitatives.
Résultats : 512 femmes enceintes ont été incluses dans l'étude. 90% des femmes connaissaient des MC. 58,20% en avait déjà utilisé, majoritairement l'injection à 79%. Les principaux déterminants de l'utilisation passée de MC étaient : l'âge (ORa=3,04, IC=[1,25-7,85] pour les femmes de 18-24ans par rapport aux femmes de moins de 18ans) avec des ORa croissants avec l'augmentation de l'âge ; les antécédents de grossesses (ORa=3,56, IC=[1,71-7,62]) ; et le soutien du conjoint (ORa=9,17, IC=[2,34-38,65]).
Conclusion : Les discours de sensibilisation à propos du PF devrait être centrés sur les jeunes filles et leurs parents ainsi que sur les conjoints. Des formations seraient nécessaires pour démocratiser les MC et faire comprendre qu'une utilisation précoce est sans danger et essentielle pour prévenir notamment les grossesses non désirées. **« *La santé de la mère et de l'enfant dépend du planning familial.* »** 9_AC

Mots-clés: contraception, planning familial, Madagascar, connaissances, pratiques, facteurs, quantitatif, qualitatif

ABSTRACT

Background: The use of family planning (FP) prevents the risk associated with pregnancy and childbirth, but Madagascar has a contraceptive prevalence of only 33% which is reflected by complications: fistulas, early pregnancies and abortions. The objectives of this study are to describe the knowledge, practices and factors influencing the use of contraceptive methods (CM) by Malagasy women in rural areas.
Methods: The data collected comes from a project of the Pasteur Institute of Madagascar. Two cross-sectional surveys, quantitative and qualitative, were conducted. The collection was conducted via standardized questionnaires administered face to face with pregnant women in 3 districts of Madagascar between 2017 and 2018. Data were described then a multivariate logistic regression was performed to identify the determinants of past use of CM. These results were discussed using qualitative data.
Results: 512 pregnant women were included in the study. 90% of women knew some MC. 58.20% had already used it, mainly the injection to 79%. The main determinants of past use of CM were: age (ORa = 3.04, CI = [1.25-7.85] for women aged 18-24 versus women under 18) with increasing ORa with increasing age; history of pregnancy (ORa = 3.56, CI = [1.71-7.62]); and spousal support (ORa = 9.17, CI = [2.34-38.65]).
Conclusion: Outreach speeches about FP should focus on girls and their parents as well as spouses. Training would be needed to democratize CM and to make it clear that early use is safe and essential to prevent unwanted pregnancies. "**The health of mother and child depends on family planning.**" 9_AC

Key Words : Contraception, family planning, Madagascar, knowledge, practice, factors, quantitative, qualitative

Liste des acronymes

AC : Agent Communautaire

CHRD : Centres Hospitaliers de Référence de District

CHRR : Centres Hospitaliers de Référence Régionale

CHU : Centres Hospitaliers Universitaires

CPN : Consultations Pré-Natales

CSB : Centre de Santé de Base

DIU : Dispositif Intra-Utérin

EDRaS : Etude des Déterminants des Recours aux Soins des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans

EDS : Enquête Démographique et de Santé

ENSOMD : Enquête Nationale de Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement

GND : Grossesse Non Désirée

IPM : Institut Pasteur de Madagascar

IC : Intervalle de Confiance

IDH : Indicateur de Développement Humain

ISF : Indice Synthétique de Fécondité

MC : Méthode(s) Contraceptive(s)

N.V : Naissances Vivantes

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OR / ORa : Odds Ratio / Odds Ratio Ajusté

PF : Planning Familial

PIB : Produit Intérieur Brut

SIG : Système d'Information Géographique

USAID : United States Agency International Development

Liste des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des méthodes contraceptives (source : Choisirsacontraception.fr) 39
Tableau 2 : Tableau décrivant la période et la durée de réalisation de l'enquête quantitative EDRaS ainsi que le nombre de Fokontany et de femmes enceintes finalement incluses.....57
Tableau 3 : Description des caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes (n=512). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.....60
Tableau 4 : Description des antécédents pathologiques des femmes enceintes (n=512). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.....61
Tableau 5 : Description des types d'antécédents pathologiques des femmes enceintes qui ont eu des antécédents pathologiques (n=90) et de leur recours aux soins. Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.....61
Tableau 6 : Description des antécédents de grossesses des femmes enceintes (n=512). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.....62
Tableau 7 : Description des intervalles de naissances effectifs entre chaque enfant précédent des femmes enceintes (n=555). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018. 62
Tableau 8 : Description des caractéristiques des antécédents de grossesses des femmes enceintes (n=373). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018. 63
Tableau 9 : Description des types de complications à l'accouchement des femmes enceintes qui ont eu des complications lors de leur précédent accouchement (n=36) et du recours aux soins. Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.....63
Tableau 10 : Description des désirs d'enfants des femmes enceintes (n=512). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.....64
Tableau 11 : Description des connaissances relatives au planning familial et aux méthodes contraceptives des femmes enceintes (n=512). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.....65
Tableau 12 : Description des méthodes contraceptives connues par les femmes enceintes qui connaissent des méthodes contraceptives (n=460) et de leurs sources d'informations. Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.....65
Tableau 13 : Description des lieux de procuration des méthodes contraceptives par les femmes enceintes qui connaissent les lieux de procuration des méthodes contraceptives (n=478). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.....66
Tableau 14 : Description du rôle de l'entourage des femmes enceintes (n=512). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.....66
Tableau 15 : Description du rôle du conjoint des femmes enceintes (n=419). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.....67

Tableau 16 : Description de la perception de l'utilité des méthodes contraceptives par les femmes enceintes (n=512). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018. 68
Tableau 17 : Description des raisons de l'utilité des méthodes contraceptives selon les femmes enceintes qui pensent que les méthodes contraceptives sont utiles (n=462). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018. 68
Tableau 18 : Description des raisons de l'inutilité des méthodes contraceptives selon les femmes enceintes qui pensent que les méthodes contraceptives sont inutiles (n=50). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018. 68
Tableau 19 : Description de l'utilisation passée de méthodes contraceptives par les femmes enceintes (n=512). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018. 68
Tableau 20 : Description des raisons de la non-utilisation passée de méthodes contraceptives par les femmes enceintes qui n'ont pas utilisé de méthodes contraceptives (n=214). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018. 69
Tableau 21 : Description des raisons de l'utilisation passée de méthodes contraceptives par les femmes enceintes qu'ont utilisé une méthode contraceptive (n=298). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018. 69
Tableau 22 : Description de l'utilisation passée de méthodes contraceptives par les femmes enceintes qui ont utilisé des méthodes contraceptives (n=298). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018. 70
Tableau 23 : Analyses univariées de l'impact des caractéristiques socio-démographiques, antécédents et désir d'enfants sur l'utilisation passée de contraception par les femmes (n=512), Madagascar, EDRaS, 2017/18 72
Tableau 24 : Analyses univariées de l'impact des types d'antécédents découlant de l'antécédent de grossesse sur l'utilisation passée de méthodes contraceptives par les femmes enceintes (n=373) de 3 régions de Madagascar, EDRaS, 2017-2018 73
Tableau 25 : Analyses univariées de l'impact de l'entourage sur l'utilisation passée de méthodes contraceptives par les femmes enceintes (n=512) de 3 régions de Madagascar, projet EDRaS, 2017-2018 74
Tableau 26 : Analyses univariées de l'impact du conjoint parmi les femmes en couple sur l'utilisation passée de méthodes contraceptives par les femmes enceintes (n=419) de 3 régions de Madagascar, projet EDRaS, 2017-2018 74
Tableau 27 : Analyse multivariée analysant les déterminants de l'utilisation passée de méthodes contraceptives chez les femmes enceintes de 3 régions de Madagascar, projet EDRaS, 2018 (avec impact du conjoint n=419) 76
Tableau 28 : Analyse multivariée analysant les déterminants de l'utilisation passée de méthodes contraceptives chez les femmes enceintes (n=512) de 3 régions de Madagascar, projet EDRaS, 2018 144

Liste des figures

Figure 1 : Localisation de Madagascar *(source : Encyclopaedia Universalis)* 27
Figure 2 : Baie de Sakalava, côte Nord Est de Madagascar.....28
Figure 3 : Mangatsiotra, Fokontany du district de Manakara, côte Est de Madagascar.....28
Figure 4 : Hautes terres centrales, Antananarivo, Madagascar 28
Figure 5 : Belo-sur-mer, côte Ouest de Madagascar 28
Figure 6 : Pyramide des âges par sexe, Madagascar, 2016 *(source : PopulationPyramid.net)* 30
Figure 7 : Schéma de la pyramide sanitaire, Madagascar 31
Figure 8 : Causes globales de décès maternels dans le monde et en Afrique sub-saharienne *(source : Say et al, the Lancet, 2014)* 34
Figure 9 : Carte des 3 districts, Antsohihy, Moramanga et Manakara, inclus dans l'étude EDRaS, Madagascar 2017-2018 *(Source : SIG de l'Institut Pasteur de Madagascar)* 49
Figure 10 : Diagramme de flux d'inclusion des Fokontany et des femmes.....58
Figure 11 : Carte des Fokontany inclus dans le district de Moramanga *(Source : SIG de l'IPM)* 58
Figure 12 : Carte des Fokontany inclus dans le district d'Antsohihy *(Source : SIG de l'IPM)*...58
Figure 13 : Carte des Fokontany inclus dans le district de Manakara *(Source : SIG de l'IPM)* 58
Figure 14 : Courbe ROC du modèle de régression logistique mené avec l'échantillon de femmes enceintes ayant des conjoints (n=419).....77
Figure 15 : Chronogramme d'activités prévisionnel 142
Figure 16 : Chronogramme d'activités effectif.....143
Figure 17 : Courbe ROC présentant l'adéquation du modèle de régression logistique multivarié avec l'échantillon complet (n=512) 145
Figure 18 : Fiche de consultation de planification familiale et de suivi (page 1) 146
Figure 19 : Fiche de consultation de planification familiale et de suivi (page 2) 147
Figure 20 : Fiche de consultation de planification familiale et de suivi (page 3) 148
Figure 21 : Fiche de consultation de planification familiale et de suivi (page 4) 149
Figure 22 : Baie de Sakalava, côte Nord Est de Madagascar.....150
Figure 23 : Mangatsiotra, Fokontany du district de Manakara, côte Est de Madagascar....150
Figure 24 : Mangatsiotra, Fokontany du district de Manakara, côte Est de Madagascar....151
Figure 25 : Hautes terres centrales, Antananarivo, Madagascar.....151
Figure 26 : Hautes terres centrales, Antananarivo, Madagascar.....152
Figure 27 : Hautes terres centrales, Antananarivo, Madagascar.....152
Figure 28 : Belo-sur-Mer, côte Ouest de Madagascar 153
Figure 29 : Allée des Baobabs, Morondava, côte Ouest de Madagascar.....153
Figure 30 : Mangroves de Nosy Be, Nord de Madagascar 154

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire volet quantitatif EDRaS

Annexe 2 : Plan d'analyse

Annexe 3 : Canevas d'entretiens volet qualitatif EDRaS

Annexe 4 : Canevas d'entretiens volet qualitatif complémentaire

Annexe 5 : Autorisation éthique EDRaS

Annexe 6 : Chronogramme des activités

Annexe 7 : Résultats complémentaires volet quantitatif EDRaS

Annexe 8 : Fiche de consultation de planification familiale

Annexe 9 : Quelques photos

Glossaire

Planning familial : La planification familiale permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement des naissances. Elle consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter l'infécondité. (OMS) (1)

Grossesse non désirée : Une grossesse non désirée est une grossesse qui n'a été ni voulue ni planifiée. (2)

Besoins non satisfaits en planning familial : Les femmes ayant des besoins non satisfaits sont celles qui sont fécondes et sexuellement actives, mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception, et qui déclarent ne plus vouloir d'enfants ou vouloir retarder le prochain enfant. Le concept de besoin non satisfait pointe le fossé entre les intentions de reproduction des femmes et leur comportement contraceptif. (OMS) (3)

Prévalence contraceptive : Pourcentage de femmes qui utilisent actuellement ou dont le partenaire sexuel utilise actuellement au moins une méthode de contraception, quelle que soit la méthode utilisée. Il est généralement signalé chez les femmes mariées ou en union de 15 à 49 ans. (OMS) (4)

Décès maternel : Le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite. (OMS)

Taux de décès maternels : Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Partie 1 : Introduction

I. Contexte général

1. Présentation générale du pays

Situation géographique

Comme le montre la figure 1, l'île de Madagascar se situe dans l'Océan Indien, à l'est de l'Afrique dont elle est séparée par les 400 kilomètres du canal du Mozambique. Les îles alentours sont : Mayotte et l'archipel des Comores à l'ouest, la Réunion et Maurice à l'est, et les Seychelles au nord. Sa superficie de 590 000 km² en fait la quatrième plus grande île du monde soit la surface de la France et du Benelux réunis. Elle mesure 1 580 kilomètres du nord au sud et 570 kilomètres d'est en ouest dans sa partie la plus large (5).



Figure 1 : Localisation de Madagascar (source : Encyclopaedia Universalis)

Pays tropical, l'île a des reliefs et des paysages très variés avec les Hautes Terres au centre (figure 4), à l'est une côte étroite garnie de grandes plaines déboisées (figures 2 et 3) et à l'ouest une côte dominée par le sable (figures 4) et les mangroves (5) [1]. Madagascar présente principalement 2 saisons : la saison sèche d'avril à octobre et la saison des pluies de novembre à mars (6). Madagascar est découpée en 6 provinces : Tananarive, Diego-Suarez, Fianarantsoa, Majunga, Tamatave et Tuléar ; elles-mêmes découpées en 22 régions, puis 112 départements, 1395 communes et enfin 17544 *Fokontany*[2] divisés ensuite en villages, hameaux ou quartiers (7).

[1] D'autres photos de paysages sont présentées en annexe 9, figures 22 à 30
[2] Fokontany : plus petite subdivision administrative de Madagascar



Figure 2 : Baie de Sakalava, côte Nord Est de Madagascar



Figure 3 : Mangatsiotra, Fokontany du district de Manakara, côte Est de Madagascar



Figure 4 : Hautes terres centrales, Antananarivo, Madagascar



Figure 5 : Belo-sur-mer, côte Ouest de Madagascar

Politique

Au XVIII^{ème} siècle, le peuple malgache a commencé le développement de l'alphabétisation ainsi que le commerce international. En 1868, le gouvernement modernise son Etat : un code civil est rédigé et une administration territoriale très structurée est appliquée. Madagascar devient ensuite officiellement colonie française en 1896. Les ressources agricoles, minières et humaines sont mises au service de l'économie Française. De nombreux mouvements contestataires s'en sont suivis, cette colonisation prenant fin le 26 juin 1960, suite au discours du Général de Gaulle à Tananarive (8). Dès lors, la vie politique est très animée. La situation du pays ne s'améliore pas et les mouvements contestataires, grèves, manifestations, révoltes, continuent : d'abord à cause de la présence Française encore trop forte ; puis à cause des résultats économiques ; et enfin à cause des débats politiques sans fin, des routes détériorées, de la hausse des prix, de l'absence de protection sociale et de la corruption (8).

Economique

En 2016, le produit intérieur brut (PIB) du pays s'élève à 9,991 milliards $US ce qui représente un PIB/habitant de 401 $US classant Madagascar le 5ème pays le plus pauvre du monde avec 72% de la population vivant en dessous du seuil de grande pauvreté (9). En effet, malgré une croissance de son PIB de 4,20 % par an en 2016, Madagascar n'arrive pas à faire décoller son économie à cause de nombreuses crises politiques et économiques avec par exemple un taux critique de croissance de PIB de -12,7% atteint en 2002. Enfin, son Indice de Développement Humain (IDH) de 0,512 en 2015 place le pays 166ème sur 196 (9).

Démographique

Madagascar compte près de 24 916 000 habitants en 2016 inégalement répartis dans le territoire avec 34,5% en milieu urbain et 65,5% en milieu rural. L'espérance de vie à la naissance est de 64,1 ans pour les hommes et 67,1 pour les femmes (9). Comme le montre la figure 6, avec un taux de natalité de 33,4/1000 habitants, un taux de mortalité de 6,47/1000 habitants en 2015, et un âge médian de sa population de 18 ans, Madagascar n'a pas encore effectué sa transition démographique (9,10). De plus, en 2012, la proportion d'adulte sachant lire et écrire représente 71% de la population : 75% des hommes et 68% des femmes. Elle est néanmoins plus élevée chez les jeunes de 15 à 24 ans, avec 77% des jeunes alphabétisés (11,12).

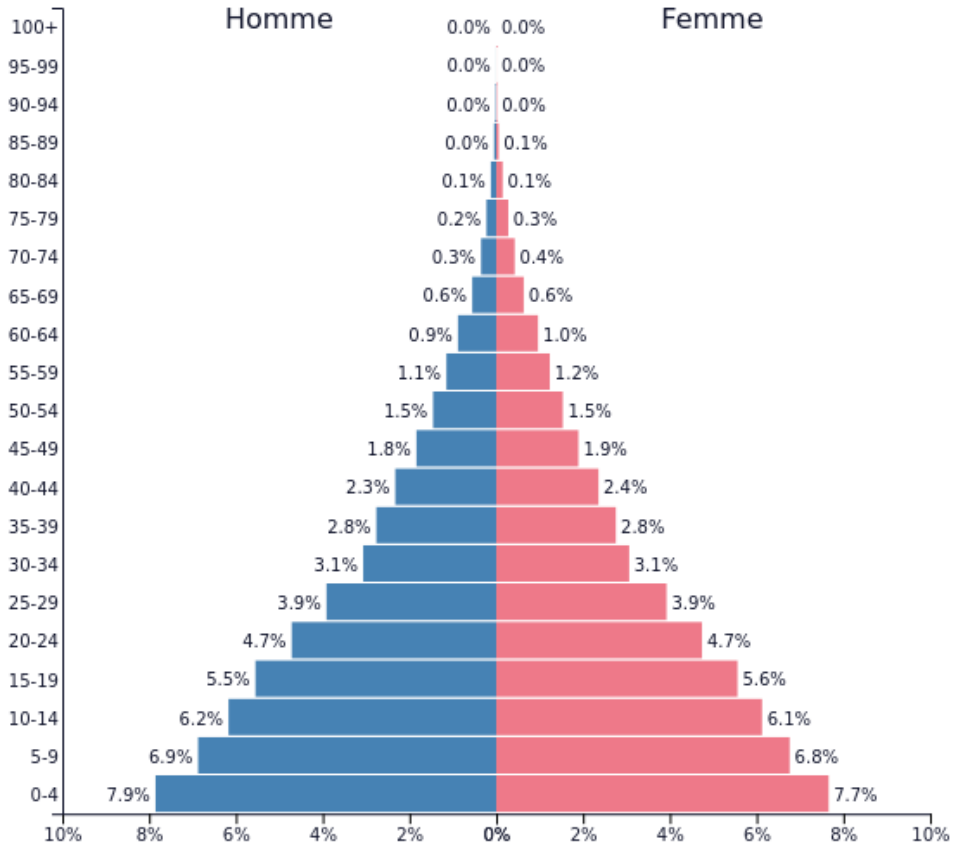


Figure 6 : Pyramide des âges par sexe, Madagascar, 2016 (source : PopulationPyramid.net)

Épidémiologique

A Madagascar, la prévalence du VIH est faible : 0,2% depuis 1998 (13) néanmoins des études complémentaires sur le sujet seraient nécessaires. Concernant la tuberculose, l'estimation est de 237 nouveaux cas pour 100 000 personnes en 2016 (14). En 2015, la mortalité du paludisme se chiffrait à 12,3% pour tous âges confondus et à 25,7% pour les enfants de moins de 5 ans ; son incidence étant de 3,1 % et 6,7 % respectivement (15). A propos des maladies non transmissibles, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité avec 350 décès pour 100 000 personnes en 2012 ; notamment les accidents vasculaires cérébraux qui représentent 9,5% des causes de décès. Ensuite nous retrouvons le cancer avec environ 125 décès pour 100 000 habitants et enfin les affections respiratoires chroniques et le diabète avec respectivement 50 et 25 décès pour 100 000 habitants (16).

La malnutrition est très importante à Madagascar, en effet en 2012, 50% des enfants de moins de 5 ans sont en émaciation et 36% en insuffisance pondérale[3]. La vaccination est moyenne avec un maximum de couverture pour le DTC1 à 96% (le DTC3 étant à 86%) et un minimum

[3] L'émaciation et l'insuffisance pondérale sont différents états de malnutrition. L'émaciation peut être mesurée selon le rapport du poids pour la taille et l'insuffisance pondérale selon le rapport du poids pour l'âge. Une autre forme de malnutrition est le retard de croissance structural pouvant être mesuré selon le rapport de la taille pour l'âge. (17)

pour la rougeole à 69% en 2012 (18). A côté de cela, les utilisations d'installations sanitaires améliorées et de sources d'eau potable ne sont que de 15% et 50% respectivement (19). Pour finir, Madagascar est l'un des 3 pays d'endémies actuellement de la peste avec le Pérou et la République démocratique du Congo. De 2010 à 2015, 3248 cas ont été enregistrés dans le monde, dont 584 mortels, Madagascar représentant 75% de ces cas. Or du 1er août au 22 novembre 2017, 2348 cas notifiés à l'OMS ont été confirmés, dont 202 mortels (20).

2. Présentation du système de santé malgache

Organisation générale

Le système de santé malgache se répartit en trois secteurs : le public basé sur un modèle pyramidal ; le privé avec les associations et Organisations Non Gouvernementales (ONGs) ; et enfin le secteur privé libéral avec entre autres les cliniques privées, cabinets libéraux, opticiens, officines (21). L'organisation des soins publics fait appel à trois échelons : le premier au niveau du district sanitaire, fournit des services au niveau communautaire par les formations sanitaires de base, c'est le premier contact de l'usager dans le système de santé public (Centre de Santé de Base (CSB) Niveau 1 et 2 offrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA)) ; le deuxième échelon assure le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) avec ou sans chirurgie dans les Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD), ce sont les hôpitaux de premier niveau de référence ; et enfin le troisième échelon, formé par les Centres Hospitaliers de Référence Régionale (CHRR) et les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) (22).

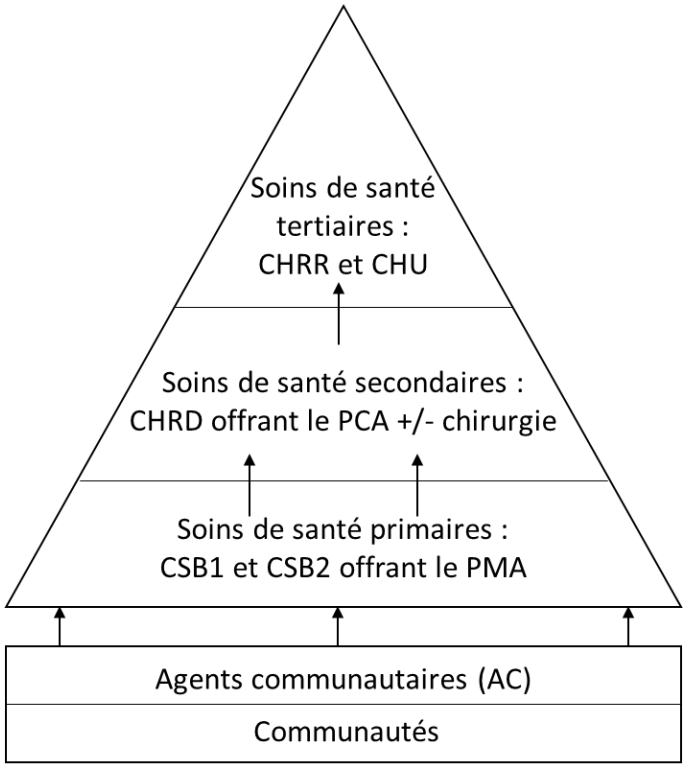


Figure 7 : Schéma de la pyramide sanitaire, Madagascar

Ressources matérielles et humaines

En 2014, les CSB publics à Madagascar sont au nombre de 2563 dont 956 CSB1 et 1632 CSB2. Les hôpitaux de première référence sont au nombre de 87 dont 31 avec chirurgie ; et les hôpitaux de 2ème référence comptent 16 CHRR et 22 CHU. Les formations sanitaires privées sont au nombre de 680 centres de santé et 95 CHRD. Le problème majeur de ces centres est le manque de matériel, de ressources humaines et d'entretien, ce qui les rend parfois inutilisables. En 2014, 15 164 agents fonctionnaires ont été recensés : 26% de médecins, 38% de paramédicaux, 20% de personnel d'appui et 16% d'agents administratifs. Or ces ressources humaines se concentrent au niveau central, au détriment des structures sanitaires du niveau périphérique et du milieu rural. Le manque de personnel est surtout ressenti au niveau des médecins spécialistes et des paramédicaux (1 infirmier pour 8 400 habitants et 1 sage-femme pour 15 000 habitants) (22).

Gestion administrative

L'organisation du système de santé se fait sur quatre niveaux. Le central où le Ministère de la Santé Publique est en charge de la coordination générale du secteur de santé, des orientations politiques et stratégiques, de la définition des normes et des standards. Au niveau intermédiaire, la Direction Régionale de Santé Publique (DRSP) a pour mission de planifier, conduire, suivre et évaluer la mise en œuvre des programmes d'intérêt national. Le niveau périphérique est représenté par le Service de District de la Santé Publique (SDSP) qui a pour mission de coordonner et d'appuyer les formations sanitaires de base et de première référence. Enfin le niveau communautaire participe au fonctionnement et à la gestion des structures sanitaires de base.

Financement

Le financement du système de santé et de la protection sociale à Madagascar est assuré principalement par le secteur public via les ressources fiscales, les fonds avancés par les partenaires ou les bailleurs, les aides, la participation financière des usagers et les mutuelles de santé. Selon la banque mondiale, les dépenses totales de santé sont de l'ordre de 4,1% à 3,8% du PIB de 2007 à 2011. En 2011, la dépense de santé par habitant est de 16 $US ce qui est inférieure à la recommandation minimale de 34 $US par habitant (21). La part du budget national allouée à la santé stagne autour de 7,5% du budget national. De plus, les ménages contribuent massivement au financement de leurs dépenses de santé : en 2010, sur 419 millions $US de dépenses en soins de santé, 40% ont été dépensés par les ménages (22).

Gestion du médicament

Madagascar, via le Ministère de la Santé Publique, dispose d'une Politique Nationale Pharmaceutique dont l'objectif général est d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels de bonne qualité, en bonne quantité, à prix abordable, au bon moment, et au bon endroit (22). Les contraceptifs suivent ce même circuit que les médicaments essentiels.

Concernant la distribution, Madagascar possède une centrale d'achat pour le secteur publique nommée SALAMA (association sans but lucratif) qui est chargée de l'acquisition, du contrôle qualité, du stockage et de la distribution des médicaments essentiels génériques et des consommables jusqu'au niveau des hôpitaux, des districts sanitaires (PhaGDis Pharmacie de Gros de District) et des communautés (PhaGeCom Pharmacie à Gestion Communautaire). Cette distribution est planifiée selon un planning cyclique (23). Pour le secteur privé, le réseau de distribution est composé des grossistes importateurs répartiteurs, des pharmacies d'officine et des dépôts pharmaceutiques. Le secteur privé à but non lucratif s'approvisionne soit auprès de la centrale d'achat SALAMA, soit auprès du secteur privé, soit auprès de donateurs étrangers (22).

Tout ce circuit est réglementé et contrôlé par différents codes et instances. Tout d'abord le code de la santé publique réglemente la pratique de la pharmacie dans tous ces aspects (24). Ensuite, l'administration pharmaceutique est gérée par la Direction de l'Agence du Médicament de Madagascar (DAMM) et la Direction de la Pharmacie, du Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT) du Ministère de la Santé Publique. La DAMM a en charge d'assurer la qualité des médicaments via des évaluations ; des octrois d'Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) et des inspections pharmaceutiques entre autres (22).

II. Contexte scientifique

1. La santé de la femme dans le monde

Réduire les mortalités maternelle et infantile est un enjeu de santé publique majeur dans le monde comme le montre sa présence dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). En effet, malgré une diminution de 45% de la mortalité maternelle dans le monde depuis 1990 et de 49% en Afrique subsaharienne (25), celle-ci reste élevée avec près de 830 femmes qui meurent chaque jour dans le monde de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement dont 99% dans les pays à ressources limités (26). Il a donc été décidé d'inclure dans les Objectifs de Développement Durable (ODD), de nouveaux objectifs visant à « faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 » (27).

Or la santé de la femme dépend de nombreux facteurs. En effet, comme le montre la figure 8, les principales causes de mortalité maternelle sont directes à savoir l'hémorragie (27,1%), les problèmes de tension artérielle (14,0%) et le sepsis (10,7%) (28). Plus spécifiquement concernant l'Afrique Sub-Saharienne, l'hémorragie est la cause de 24,5% des décès, viennent ensuite l'hypertension (16,0%), le sepsis (10,3%) et l'avortement (9,6%) (28). La plupart de ces causes sont évitables et contrôlables si des recours aux soins préventifs sont effectués et bien respectés et que des recours aux soins curatifs de qualité sont disponibles et entrepris à temps.

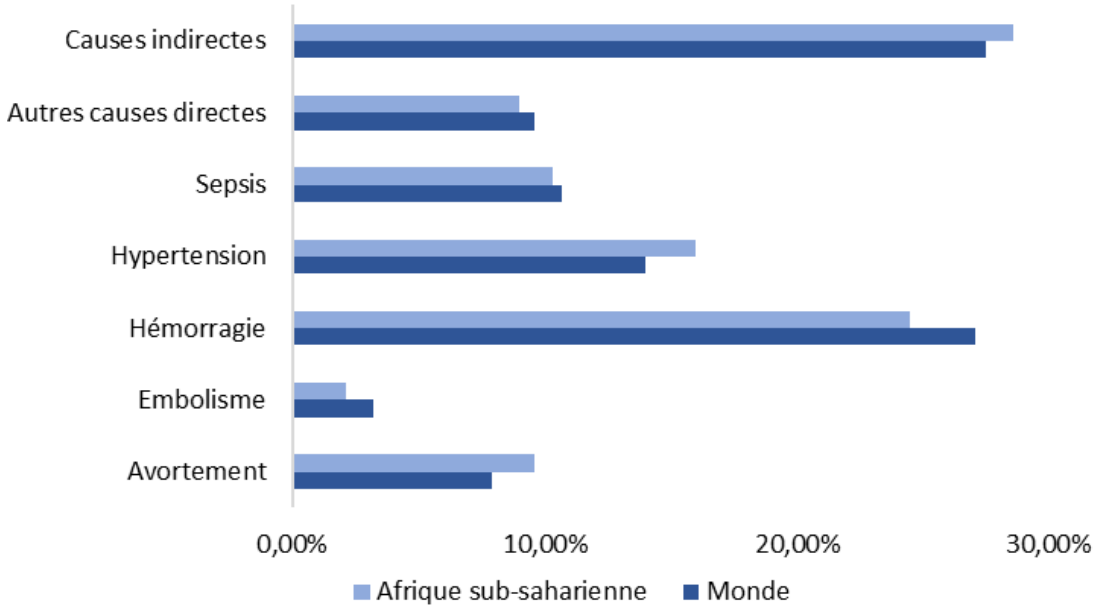


Figure 8 : Causes globales de décès maternels dans le monde et en Afrique sub-saharienne (source : Say et al, the Lancet, 2014)

2. Le planning familial dans le monde

L'OMS définit le planning familial comme permettant aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement des naissances. Il consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter l'infécondité (1).

Les méthodes contraceptives

Différents types de méthodes contraceptives sont disponibles afin de satisfaire les besoins de chacun à travers le monde. Ces méthodes contraceptives peuvent être classées en fonction de leur mode d'action, de leur durée d'action, de leur moyen d'action, etc. Ainsi cette multitude en complexifie leur classification. Nous allons retenir ici la classification de l'OMS séparant les méthodes en « méthodes traditionnelles » et « méthodes modernes » en divisant celles-ci en différentes catégories (29–32).

Méthodes traditionnelles (29,31,32)

Méthode du calendrier ou méthode du rythme. Cette méthode est basée sur le cycle de la femme. Celle-ci suit l'évolution de son cycle sur 6 mois pour connaître sa période fertile selon un calcul de jours puis utilise des moyens adéquats pour éviter une pénétration vaginale pendant cette période. Cela peut donc être une combinaison de méthodes en utilisant par exemple un préservatif ou en s'abstenant durant cette période déterminée comme fertile.

Retrait ou coït interrompu. Ici l'homme se retire de façon à ce que son sperme n'entre pas en contact avec les parties intimes de la femme, évitant ainsi la fécondation.

Continence périodique. Cette méthode est combinée avec de nombreuses autres telles que la méthode du calendrier ou les autres méthodes naturelles. Celle-ci consiste à ne pas avoir de rapport sexuel pendant la période présumée fertile de la femme.

Ces méthodes sont plus ou moins efficaces en fonction de leur utilisation. Dans la pratique courante, l'efficacité est autour de 75%[4] (32).

Méthodes modernes

Méthodes de courte durée (29,32)

Contraceptifs oraux et combinés (COC) ou « pilule ». C'est un comprimé comprenant deux hormones (un œstrogène et un progestatif) à prendre tous les jours pendant 21 ou 28 jours à heure régulière afin d'empêcher l'ovulation.

Pilule progestative ou « pilule minidosée ». Les différences par rapport à la méthode précédente sont donc que cette pilule ne comprend qu'une seule hormone, un progestatif, et, en plus d'empêcher l'ovulation, cette hormone épaissit la glaire cervicale ce qui empêche les spermatozoïdes de passer dans l'utérus.

Contraceptifs injectables mensuels ou contraceptifs injectables combinés. Cette méthode a les mêmes propriétés que les COC, les différences sont son mode et sa fréquence d'administration : une injection intramusculaire mensuelle.

Patch contraceptif combiné ou anneau contraceptif combiné intravaginal. Ces méthodes sont également similaires aux COC. Pour ce qui est du patch, il est à porter pendant une semaine et à renouveler pendant trois semaines et les hormones sont libérées à travers la peau ; l'anneau est à insérer dans le vagin pour y rester trois semaines d'où les hormones seront libérées.

[4] L'efficacité est mesurée selon le nombre de grossesses observées parmi 100 femmes ayant utilisé cette méthode, dans une pratique courante. C'est-à-dire par exemple ici, sur 100 femmes ayant utilisé les méthodes traditionnelles, environ 25 grossesses ont été observées.

Toutes ces méthodes hormonales de courte durée ont une efficacité théorique supérieure à 99% mais en pratique, ces efficacités sont entre 90 et 95% (32).

Contraception d'urgence. Cette méthode est une contraception hormonale d'usage non régulier. Elle permet de prévenir une grossesse en cas de rapport sexuel non ou mal protégé pendant une période fertile. Elle est donc à utiliser en cas d'urgence, le plus tôt possible après ce rapport non ou mal protégé (dans les 72h ou 120h maximum en fonction du type). Cette contraception permet de retarder l'ovulation.

Méthodes de longue durée (29,32)

Implant. Il se présente sous forme de bâtonnet de la taille d'une allumette à insérer sous la peau dans la partie supérieure du bras libèrant un progestatif pendant une durée maximale de 3 ans. Il épaissit la glaire cervicale et empêche l'ovulation. C'est la méthode non définitive la plus efficace en pratique à 99,9%.

Contraceptifs injectables à progestatifs seuls. Cette méthode a les mêmes propriétés que l'implant, ses différences sont son mode et sa fréquence d'administration : une injection intramusculaire à répéter tous les 3 mois.

Dispositif Intra-Utérin (DIU) ou stérilet au cuivre. Il se présente sous la forme d'une petite armature en plastique recouverte de cuivre. Il est à insérer dans le vagin. Le cuivre endommage les spermatozoïdes et empêche la rencontre avec l'ovule. Sa durée de vie est de 4 à 10 ans.

DIU au lévonorgestrel. Cette méthode a la même forme que la précédente mais à la place du cuivre, ce dispositif libère une hormone progestative pendant 5 ans. Ainsi cette méthode épaissit la muqueuse cervicale et empêche également la rencontre du spermatozoïde avec l'ovule.

Stérilisation masculine (vasectomie). Ces méthodes de stérilisation sont dites définitives. La vasectomie consiste en l'obstruction ou en la coupure des canaux déférents, transporteurs des spermatozoïdes, ainsi le sperme éjaculé sera dépourvu de spermatozoïde.

Stérilisation Féminine (ligature des trompes). Comme la méthode précédente, celle-ci consiste à obturer ou couper les trompes de Fallope empêchant ainsi la rencontre du spermatozoïde avec l'ovule.

Ces méthodes sont parmi les plus efficaces avec une efficacité pratique de plus de 99% pour chacune d'elle à l'exception de l'injection qui est à 94% d'efficacité en pratique.

Méthodes barrières (29,30,32)

Préservatif masculin. Il consiste en un capuchon en latex ou polyuréthane destiné à recouvrir le pénis en érection de l'homme afin de former une barrière et donc d'empêcher le sperme de rentrer dans le vagin.

Préservatif féminin. Comme le préservatif masculin, celui-ci forme une barrière entre les spermatozoïdes et l'ovule. C'est une gaine en nitrile ou polyuréthane muni d'anneaux souples à chaque extrémité destinée à être insérer dans le vagin.

Diaphragme et cape cervicale. Ce sont des dispositifs conçus pour être insérés dans le vagin pour empêcher le passage des spermatozoïdes dans l'utérus. Ils sont à associer avec l'utilisation de spermicides.

Spermicides. Ils se présentent sous forme de gel ou d'ovule à placer dans le vagin et qui permettront de détruire les spermatozoïdes.

Ces méthodes barrières ne sont pas très efficaces, entre 80 et 88% en pratique ; en revanche les préservatifs, masculins ou féminins, sont les seules méthodes permettant de protéger contre la transmission de maladies sexuellement transmissibles telle que le VIH.

Méthodes naturelles (29,30,32)

Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA). C'est une méthode naturellement utilisable après un accouchement. Elle nécessite un allaitement exclusif, à la demande jour et nuit. Elle est efficace jusqu'au retour de couche et/ou maximum 6 mois après la naissance.

Les méthodes suivantes sont des techniques permettant de repérer la période fertile ou d'ovulation de la femme. Elles sont donc combinées à l'abstinence périodique.

Méthode des Jours Fixes (MJF). Cette méthode consiste en une surveillance des périodes fertiles pendant lesquelles les rapports avec pénétration vaginale sont évités. Elle peut être menée à l'aide d'outils tel que le collier (collier avec des perles de différentes couleurs aidant les femmes à se repérer dans leur cycle) ou autre.

Méthode de la température basale. Cette méthode permet de repérer les périodes d'ovulation à la suite d'une augmentation de la température basale du corps.

Méthode des deux jours ou méthode Billings. Elle consiste à la surveillance de la glaire cervicale. En effet, lors de la période d'ovulation, cette glaire devient plus abondante, plus fluide et provoque un écoulement vaginal. Cette méthode est complexe du fait de nombreux facteurs susceptibles de modifier l'aspect de cette glaire.

Méthode sympto-thermique. C’est une combinaison des méthodes précédentes permettant de déterminer avec plus de précision la période fertile.

Ces méthodes sont d’efficacité variables car elles dépendent de nombreux facteurs. Il faut en effet connaître parfaitement son cycle qui est susceptible de changer d’un cycle à l’autre et les différents repères sont modifiables en fonction de nombreux facteurs extérieurs telles que les infections par exemple.

Tableau 1 : Récapitulatif des méthodes contraceptives (source : Choisirsacontraception.fr)

Méthode	Efficacité théorique	Efficacité pratique	Protège contre MST	Pose par un professionnel	Manipulation pendant rapport	Hormonal	Utilisation
Abstinence périodique	95	75	Non	Non	Non	Non	Chaque rapport
Retrait	96	78	Non	Non	Oui	Non	Chaque rapport
Pilule	99,7	91	Non	Non	Non	Oui	Tous les jours
Patch	99,7	91	Non	Non	Non	Oui	Toutes les semaines
Anneau	99,7	92	Non	Non	Non	Oui	Toutes les 3 semaines
Contraception d'urgence	< 100 %		Non	Non	Non	Oui	1 prise occasionnelle
Implant	99,9	99,9	Non	Oui	Non	Oui	Tous les 3 ans
Injections progestatifs seuls	99,7	94	Non	Oui	Non	Oui	Tous les 3 mois
DIU au cuivre	99,4	99,2	Non	Oui	Non	Non	Tous les 4 à 10 ans
DIU au lévonorgestrel	99,8	99,8	Non	Oui	Non	Oui	Tous les 5 ans
Stérilisation masculine	99,9	99,8	Non	Oui	Non	Non	Une seule fois
Stérilisation féminine	99,5	99,5	Non	Oui	Non	Non	Une seule fois
Préservatif masculin	98	85	Oui	Non	Oui	Non	Chaque rapport
Préservatif féminin	95	79	Oui	Non	Non	Non	Chaque rapport
Diaphragme	94	88	Non	Non	Non	Non	Chaque rapport
Cape cervicale	91	84	Non	Non	Non	Non	Chaque rapport
Spermicides	71	82	Non	Non	Oui	Non	Chaque rapport
MAMA	Peu fiable		Non	Non	Non	Non	Tous les jours

Le recours au planning familial dans le monde

Le recours au planning familial est essentiel pour assurer le bien-être et l'autonomie des femmes. Un recours adéquat à la contraception permet, entre autres, de prévenir les risques sanitaires liés à la grossesse chez la femme. D'une part, le recours au planning familial prévient les grossesses précoces qui sont fortement à risque de décès materno-infantiles et de complications telles que les fistules obstétricales, les corps des jeunes filles n'étant pas encore préparés à accueillir une grossesse. D'autre part, le recours au planning familial prévient également les Grossesses Non Désirées (GND) qui augmentent également le taux de décès maternels : soit car elles surviennent à des moments inadéquats c'est-à-dire trop précocement chez les jeunes filles qui ne sont pas prêtes à accueillir une grossesse ou trop tardivement chez les femmes ayant plus de 4 enfants qui sont plus à risque de complications ; soit des suites d'avortements, ces derniers étant pratiqués le plus souvent dans de mauvaises conditions.

De plus, en réduisant les grossesses adolescentes, le planning familial représente pour les femmes une chance d'améliorer leur niveau d'études et de participer à la vie publique. De même, le fait d'avoir moins d'enfants permet aux parents d'investir davantage dans chaque d'eux, en effet les enfants ayant moins de frères et sœurs étant généralement scolarisés plus longtemps que les autres (29).

Or dans le monde, l'usage de la contraception est insuffisant. Chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en couple, la prévalence contraceptive est de 64 % en 2015 (25). Cela a de nombreuses conséquences comme :

- Un taux de grossesses non désirées de 45 pour 1000 dans le monde voire 65 pour 1000 dans les pays à ressources limitées (33);
- Les avortements sont au nombre de 56 millions par an dans le monde ce qui représente 25% des grossesses dont 49 millions dans les pays à ressources limitées (34);
- Et 50 à 100 000 nouveaux cas de fistules sont recensés par an dans le monde ce qui signifie que près de 2 millions de femmes souffrent de fistules obstétricales non traitées dans les pays à ressources limitées (35).

Ainsi les Objectifs de Développement Durables ont l'objectif « d' assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux d'ici 2030 » (27).

III. Problématique et justification

1. La santé de la femme à Madagascar

La mortalité maternelle a stagné ces dernières années passant de 488/100 000 naissances vivantes (n.v) en 1997 à 469/100 000 n.v en 2004, pour remonter à 498/100 000 n.v en 2008 et à 478/100 000 n.v en 2012 (36–39), taux encore loin de l'objectif de 127/100 000 n.v énoncé pour 2015 dans l'OMD 5. Ce taux signifie que neuf femmes meurent chaque jour à la suite des complications de la grossesse ou de l'accouchement. De plus près de 34% de ces décès surviennent dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans. Les principales causes de décès maternels sont l'hémorragie (20%), les complications d'avortement (16%), l'éclampsie (13 %), la rupture utérine (8%), le travail prolongé (8%), et l'infection du post-partum (6%) (40).

Concernant l'accouchement, seules 44% des femmes reçoivent l'assistance d'un professionnel de santé qualifié et 38 % accouchent au niveau des formations sanitaires (39). Les enjeux principaux concernant la santé de la mère résident sur les stratégies pour amener les femmes à accoucher au centre de santé par des personnes qualifiées et sur la disponibilité en termes de matériel (plateaux techniques efficaces et efficients dans les centres de santé) et de ressources humaines (disponibilité permanente d'un professionnel de santé). Pour les consultations prénatales (CPN) les taux sont également très bas avec un pourcentage de femmes ayant reçu 4 consultations ou plus pendant leur grossesse estimé à 81,9% en 1997 pour diminuer à 51 % en 2012 (39). De ce fait, seulement 42% des femmes reçoivent deux doses de vaccin antitétanique, 56% des suppléments en fer et acide folique et 57% sont déparasitées pendant la grossesse (38).

2. Le planning familial à Madagascar

Origine et organisation

Le planning familial a connu des débuts difficiles avec par exemple en France la loi du 17 avril 1920 réprimant l'avortement ainsi que toute propagande anticonceptionnelle (41). Madagascar étant ancienne colonie française, a appliqué cette loi de nombreuses années. Il a fallu attendre 1952 et la création de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF), fédération regroupant des associations de planning familial, à Londres pour assouplir le cadre juridique. A Madagascar, une association de planification familiale membre de l'IPPF nommée FISA (*Fianakaviana Sambatra* soit « famille heureuse ») a été créée en 1967 et a commencé à répandre le planning familial à travers le pays avec le soutien de l'UNFPA (*United Nations Funds for Population Activities*). Le secteur public s'implique à son tour et installe de nombreux centres dès 1987 pour attendre 752 sites de planification familiale en 1998. Le développement du planning familial s'est ensuite accéléré dans les années 1990 avec la participation de

Madagascar aux nombreuses conférences internationales sur le planning familial ainsi qu'avec l'orientation des politiques en sa faveur. De même, le pays va se doter d'équipes mobiles, telle que Marie Stopes en 1992 qui va pouvoir distribuer des contraceptifs à travers tout le pays (42). Depuis les années 1990, le planning familial a continué son extension notamment grâce aux différents politiques nationales et plans d'action (22,41,43–45).

Utilisation

Malgré l'objectif de rendre l'accès à la médecine procréative universel et bien que des résultats encourageants aient été enregistrés, l'utilisation du planning familial reste insuffisante. En effet, le taux de prévalence contraceptive a atteint 33% en 2012 contre 29 % en 2008 et 19% en 1997 (36,37,39), les injections étant la méthode la plus utilisée (20% des femmes). Les besoins non satisfaits de planification familiale sont passés de 26% en 1997 à 18% en 2012.

En outre, plusieurs problèmes résident notamment : l'offre de services de planification familiale en post-partum qui n'est pas suffisamment vulgarisée puisque près du quart des naissances se sont produites moins de 24 mois après la naissance précédente ; ainsi que les grossesses précoces avec un taux de natalité parmi les adolescentes de 15 à 19 ans s'élevant à 163‰ (39). En effet, l'âge médian au premier rapport sexuel est de 17 ans et celui de la première union est de 19 ans ; cela se traduit par un âge médian à la première naissance de 20,2 ans mais avec une proportion importante des femmes de 15 à 19 ans qui ont déjà eu une naissance à savoir 31,5% au niveau national et jusqu'à plus de 50% dans certaines régions (39). Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, l'Indice Synthétique de Fécondité[5] des femmes malgaches serait de 4,2 au lieu de 4,8 enfants. Ce niveau de fécondité désirée, inférieur à la fécondité réelle montre l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

S'intéressant aux déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives (MC), on peut noter tout d'abord l'accès aux structures de planification familiale (utilisation plus importante quand l'accès est plus facile par exemple en milieu urbain par rapport au milieu rural). Ensuite, notons l'impact de l'éducation : plus les femmes ont un niveau d'éducation élevée, plus elles utilisent des méthodes contraceptives ; ainsi que le niveau de bien-être économique où les femmes du quintile le plus riche sont celles qui utilisent le plus les méthodes contraceptives. L'âge et le niveau de parité[6] influencent également l'utilisation de la contraception avec une croissance de l'utilisation avec l'augmentation de l'âge jusqu'à un maximum pour les 35-40

[5] L'indice synthétique de fécondité ou ISF évalue le nombre d'enfants qu'aurait une femme au cours de sa vie féconde si elle se comportait conformément à la fécondité par âge observée au cours d'une année donnée. Il est obtenu par l'addition du nombre moyen de naissances par femme dans toutes les années définies comme fécondes (de 15 à 50 ans). (46)

[6] Parité : Nombre d'accouchements d'une femme, et plus précisément le nombre d'enfants mis au monde vivants, les morts fœtales ou les mortinaissances étant exclues. (47)

ans puis une diminution de l'utilisation au-delà de 40 ans; de même avec la parité où l'utilisation des méthodes contraceptives augmente jusqu'à la parité 3-4 puis diminue.

En ce qui concerne l'approvisionnement en méthodes modernes, le secteur public joue un rôle important en particulier les CSB-II où 73% des femmes s'adressent pour obtenir leurs méthodes (38). En effet les méthodes les plus fréquemment utilisées par les femmes malgaches, c'est-à-dire les injectables, les implants et la pilule, sont obtenues principalement auprès du secteur public, (respectivement 83%, 82% et 57%). Cependant, le secteur médical privé a également un impact dans l'approvisionnement en méthodes contraceptives. En effet, les deux tiers des utilisatrices de Dispositifs Intra-Utérins (DIU) s'adressent au secteur médical privé (67%), en majorité les centres planning familial (42%). Il fournit également 29% des cas de pilules, 15% des cas des injectables et 17% des cas des implants. Il contribue aussi de manière importante à la distribution des préservatifs masculins (25%). Cependant, concernant cette dernière méthode, on constate que c'est le secteur privé non médical qui contribue le plus à sa distribution (65%), essentiellement par le biais des boutiques et des amis/parents (38).

Globalement, près de la moitié des femmes (48%) ont obtenu leur méthode gratuitement. Le coût médian d'une méthode s'élève à 370 Ariary (0,10€) (par exemple un paquet de préservatif, un cycle de pilule) (39). Néanmoins le pourcentage de femmes qui ont obtenu leur méthode gratuitement est plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé (61% contre 14%) ; de même le coût médian d'une méthode est plus élevé dans le secteur privé que dans le secteur public (436 contre 321 Ariary (0,11€ contre 0,08€)) (39).

Les raisons de la non-utilisation de la contraception sont variables. Parmi elles sont retrouvées : le désir d'avoir des enfants (19%) ; l'infécondité (11%) ; l'opposition à la pratique contraceptive (16% des cas, 10% venant de la femme, 4% venant du mari/partenaire, 1% venant d'autres personnes, et 1% pour des motifs religieux) ; la méconnaissance des méthodes contraceptives ou des sources d'approvisionnement (5%) ; ou des raisons liées à la méthode (crainte des effets secondaires (18%) et les problèmes de santé (10%)) (39). Nous pouvons également noter le manque d'informations. En effet, 70% des femmes et 77% des hommes de 15-49 ans n'ont reçu aucun message sur ce sujet par le biais des trois principaux médias : radio, télévision ou magazine ; cette exposition étant également influencée par le niveau d'instruction et le statut économique du ménage. De plus, la majorité des femmes de 15-49 ans non utilisatrices de la contraception (83%) n'ont parlé de planification familiale ni avec un agent de terrain, ni dans un centre de santé ; cette proportion dépassant 90% pour les jeunes de 15-19 ans (39).

Aucune étude approfondie sur l'utilisation du planning familial et de la contraception à Madagascar n'a été effectuée depuis l'enquête démographique de santé (EDS) de 2009 (38). Or de nombreux plans d'activités du gouvernement malgache ont prévu des actions en faveur du développement du planning familial : « Politique nationale en planification familiale (2008-2012) » (45) ; « Plan de développement du secteur de la santé 2015-2019 » (22) ; « Plan d'action national budgétisé en planification familiale à Madagascar 2016-2020 » (44). On en vient donc à se demander où en sont les connaissances et les pratiques de la communauté malgache vis-à-vis de la contraception et quels sont les nouveaux défis à relever afin de continuer d'en promouvoir son utilisation ?

Partie 2 : Objectifs

I. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de décrire les connaissances et les pratiques liées à la contraception ainsi que les facteurs influençant l'utilisation passée de méthodes contraceptives chez les femmes enceintes vivant en milieu rural dans les districts d'Antsohihy, de Moramanga et de Manakara en 2017-2018, Madagascar.

II. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- Évaluer les connaissances des femmes en matière de planning familial et de méthodes contraceptives ;
- Identifier les méthodes contraceptives les plus fréquemment utilisées par les femmes ;
- Analyser les éléments qui influencent le choix dans l'utilisation d'une méthode contraceptive par les femmes.

III. Objectif secondaire

Un objectif secondaire a été de décrire le rôle des acteurs du planning familial (professionnels de santé et agents communautaires (AC)) dans la prise en charge et la sensibilisation des femmes dans leur recours à la planification familiale.

Partie 3 : Méthode

I. Cadre de l'étude : projet EDRaS

Ce travail de thèse entre dans le cadre d'un stage effectué au sein de l'Institut Pasteur de Madagascar. Ce stage s'est inséré dans un projet de recherche multidisciplinaire de l'Institut Pasteur de Madagascar financé par l'USAID : EDRaS (*Étude des Déterminants des Recours Aux Soins des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans*). Les objectifs principaux de ce projet étaient d'identifier et d'analyser chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, les déterminants du :

- Recours aux soins (préventifs et curatifs) durant la grossesse ;
- Recours aux établissements de soins ou à des personnels des soins qualifiés pour l'accouchement ;
- Recours à l'utilisation d'une méthode de planification familiale (avant et après la grossesse) ;
- Recours aux soins en période néo-natale (0 à 28 jours) ;
- Recours aux soins (préventifs et curatifs) pour les enfants de moins de 5 ans.

Afin de répondre à ces objectifs, cette étude était composée de deux volets autonomes et complémentaires.

Premièrement un volet quantitatif. Celui-ci a été réalisé en deux passages : le premier auprès de la femme enceinte (entre octobre et décembre 2017) qui a permis de répondre aux objectifs concernant le recours aux soins durant la grossesse et le recours à la planification familiale ; le deuxième auprès de cette même population de femmes après leur accouchement (avril et mai 2018) afin de renseigner le recours aux soins pour l'accouchement et les recours aux soins pour les nouveau-nés et pour les enfants de moins de 5 ans. Ce volet quantitatif a regroupé plusieurs disciplines : l'épidémiologie clinique, l'économie de la santé et le système d'information géographique.

Deuxièmement un volet qualitatif. La collecte a été menée par une équipe de l'unité des sciences humaines et sociales. Cette dernière se rendait sur les lieux de l'enquête pendant environ 3 semaines afin de mener ces entretiens. Ce volet a utilisé des outils relatifs à la méthodologie qualitative c'est-à-dire des entretiens semi-directifs ainsi que des observations. La population enquêtée était composée des acteurs impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans (personnels soignants, parents, famille) ainsi que des utilisatrices de ces soins à savoir des femmes enceintes et des mères afin de répondre aux 5 objectifs de l'étude EDRaS.

Afin de répondre aux objectifs plus spécifiques de cette thèse, une analyse approfondie des données quantitatives relatives au planning familial collectées dans le cadre de ce projet EDRaS a été menée. Ces données ont ensuite été discutées à l'aide d'une analyse partielle des données qualitatives sur la thématique du planning familial. De même, une enquête qualitative complémentaire a été réalisée (collecte et analyse des données) afin d'approfondir le rôle des acteurs du planning familial (professionnels de santé de CSB et agents communautaires) dans la prise en charge des femmes dans leur planification familiale.

Ainsi, la méthode présentée ci-dessous se rapporte uniquement à la collecte et l'analyse des données relatives au planning familial afin de répondre aux objectifs de cette thèse.

II. Volet quantitatif EDRaS

1. Type d'étude

L'enquête réalisée est une étude quantitative transversale. Il s'agit d'une étude observationnelle en communauté.

2. Population d'étude

La population cible de cette étude quantitative concernait les femmes enceintes. Pour cela, la population source sélectionnée concernait toutes les femmes enceintes des *Fokontany*[7] choisis dans les trois sites d'études. Pour pouvoir être incluses, les femmes devaient présenter les critères suivants : être enceinte de 24 semaines d'aménorrhée ou plus (soit à partir du 6ème mois de grossesse), être résidentes permanentes dans les zones d'étude et ne pas envisager de déménager durant la période d'étude, être de nationalité Malgache, et enfin avoir signé le consentement éclairé. Ainsi les femmes de passage ou enceinte de moins de 6 mois étaient exclues.

L'étude s'est déroulée dans 3 districts illustrés figure 9. Le choix de ces zones s'est porté selon l'intervention d'ONG appuyées par l'USAID. Tout d'abord il y a le district d'Antsohihy dans la région de Sofia où intervient l'ONG *Mahefa-Miaraka*. Ce district est à 700 km, au Nord-Ouest de la capitale. Ensuite il y a le district de Moramanga, dans la région d'Alaotra Mangoro, qui est situé à 115km à l'Est de la capitale. En plus de l'ONG *Mikolo* présente en partie, se superpose dans ce district un observatoire démographique et de santé mis en place par l'Institut Pasteur de Madagascar. Enfin dans la partie Sud Est, le district de Manakara, appartenant à la région de Vatovavy Fitovinany, situé en zones côtières bordant l'Océan Indien à l'Est, est une zone appuyée par l'ONG *Mikolo*, surtout en milieu rural.

[7] Plus petite sous-unité administrative de Madagascar regroupant les hameaux et les villages.

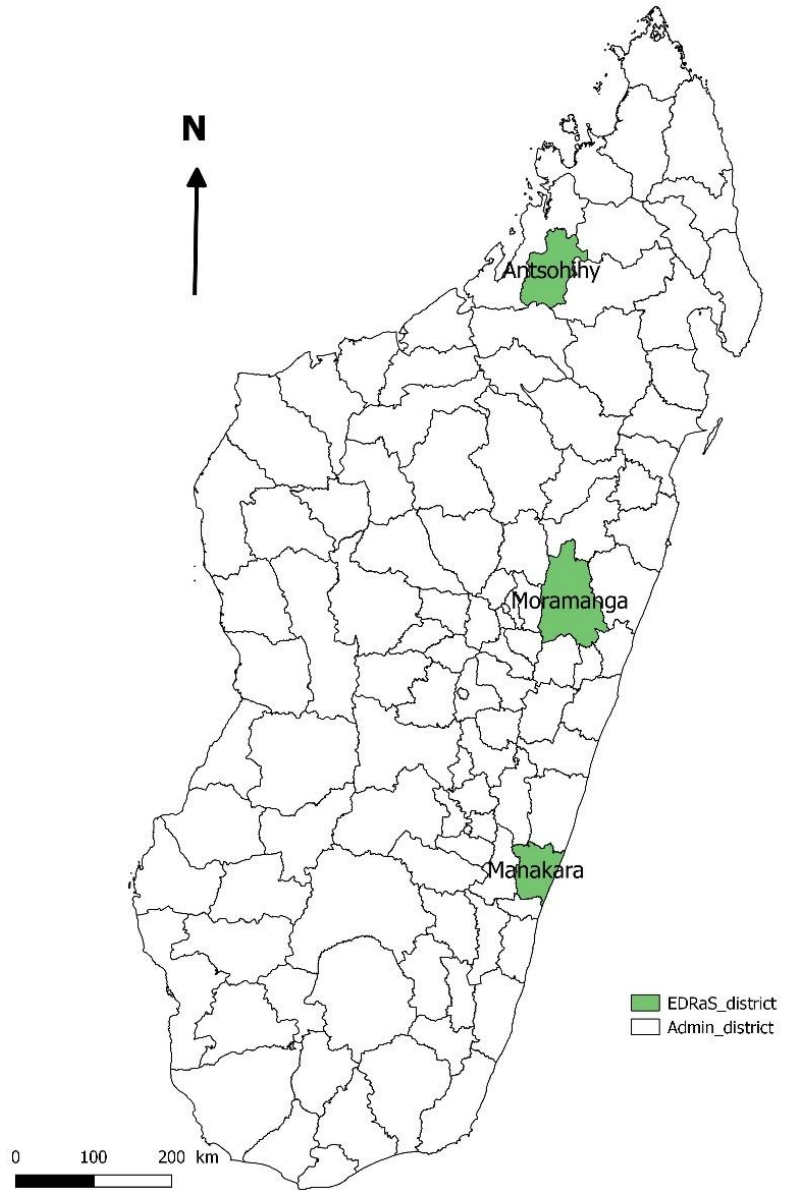


Figure 9 : Carte des 3 districts, Antsohihy, Moramanga et Manakara, inclus dans l'étude EDRaS, Madagascar 2017-2018 (Source : Service d'Information Géographique (SIG) de l'Institut Pasteur de Madagascar)

Les paramètres de calcul d'échantillon correspondaient au volet d'épidémiologie clinique de l'étude concernant les femmes enceintes et reposaient sur les éléments suivants :

- L'hypothèse selon laquelle une femme qui a fait au moins une séance de CPN a 1,17 fois plus de chance d'accoucher en milieu de santé (48) ;
- Et une proportion de 16,31% des femmes qui n'ont jamais fait de CPN mais qui accouchent dans les structures sanitaires (48) ;
- Un risque α de 0,05 et une puissance de 80% ;
- Un pourcentage de perdues de vue estimé à 20%.

Après calcul, il s'est avéré que le nombre de sujets nécessaire à recruter était de 486 femmes enceintes soit 162 par zone d'études. La proportion de femmes enceintes estimée dans la population générale est de 4,5%. Concernant plus spécifiquement le district de Moramanga, l'observatoire de suivi de population a mesuré une proportion de femmes enceintes de 2 à 3%. Ainsi, pour maximiser les chances d'inclure le nombre de sujets nécessaires, la proportion de 2% a été retenue.

Le *Fokontany* a été l'unité de randomisation étant donné l'intervention des ONG *Mikolo* et *Mahefa-Miaraka* à cette échelle dans leurs communes respectives. Il a été décidé de recruter ces femmes dans 24 *Fokontany* au total soit 8 pour chacune des 3 zones. En tenant compte des proportions de femmes enceintes, les *Fokontany* ont dû avoir au moins 1050 habitants pour être éligibles. Un tirage au sort des *Fokontany* répondant aux critères d'éligibilité (à savoir au moins 1050 habitants et être accessible en termes de distance et de sécurité) a alors été effectué et les huit premiers *Fokontany* tirés au sort par zones d'étude ont été inclus dans l'étude.

3. Outils et modes de recueil

Un questionnaire standardisé, dont la partie intéressant le recours au planning familial est présentée en annexe 1, a été administré à toutes les femmes ayant signé le consentement. Ce questionnaire renseignait les caractéristiques socio-démographiques, médicales, gynéco-obstétricales et économiques. De plus, il interrogeait les thématiques des différents recours aux soins de la femme enceinte ainsi que le recours au planning familial. Enfin ces données quantitatives étaient complétées par les coordonnées GPS des habitations de la population d'étude. Ces questionnaires ont été administrés en face à face par des enquêteurs formés spécifiquement pour cette étude. Les entretiens ont été menés intégralement en malgache puis traduits en français. Ils ont duré en moyenne 1h30.

4. Déroulement de l'enquête

L'investigateur principal, basé au sein de l'Institut Pasteur de Madagascar, a été appuyé par un coordinateur d'étude en charge de la supervision directe des enquêteurs. Les données ont été collectées simultanément dans les 3 sites d'études par 3 équipes d'enquêteurs : du 22 octobre au 15 décembre 2017 pour le district d'Antsohihy (soit 56 jours), du 23 octobre au 15 décembre 2017 pour le district de Moramanga (55 jours), et du 24 octobre au 18 décembre 2017 pour le district de Manakara (56 jours).

5. Traitement des données

Saisie, apurement et fusion des données

La collecte des données était vérifiée au fur et à mesure du déroulement de l'enquête par un superviseur sur place et par le coordinateur de l'étude. Les données sur papier ont été retranscrites sur le masque de saisie puis envoyées à un serveur localisé à l'Institut Pasteur de Madagascar et stockées sur le logiciel PostgreSQL database après une période de vérification et d'observation après terrain. Le nettoyage de cette base de données a été réalisé par le data manager assigné au projet EDRaS à partir d'un script de nettoyage qui a permis de vérifier les données manquantes et incohérentes, celles-ci étant récupérées/corrigées au cas par cas. Une vérification des données saisies a été faite sur 20% des questionnaires pour détecter les erreurs de saisies et assurer la bonne qualité des données recueillies.

Plan d'analyse

Le plan d'analyse complet est présenté en annexe 2 de ce document.

Les analyses statistiques ont été réalisées par moi-même à l'aide du logiciel R version 3.4.3. Une double analyse a été faite par l'investigateur principal avec STATA 13.0 pour assurer la fiabilité des résultats.

Une analyse descriptive simple a été réalisée sur l'ensemble de la population puis par sous-groupes. Cette description a porté sur les données socio-démographiques à savoir l'âge, le niveau d'étude, l'occupation, la situation familiale, le niveau d'étude et l'occupation du conjoint, le nombre de personnes vivant dans le ménage, la religion ainsi que la région d'origine. Ensuite, une description des antécédents a été menée : antécédents de pathologies et recours aux soins ainsi que les antécédents maternels.

Une description des données relatives au planning familial a été effectuée : tout d'abord sur le désir d'enfants (nombre et intervalles de naissances souhaités) ; puis sur les connaissances relatives au planning familial (connaissances du terme « planning familial », connaissances des méthodes contraceptives avec capacités de les citer), les sources d'informations et les lieux de procuration des méthodes contraceptives ; et enfin sur le rôle de l'entourage (conjoint, ami(e)s, communauté). De même une description de l'utilisation passée de méthodes contraceptives a été effectuée (Quelle(s) méthode(s) contraceptive(s)? Quand ? A quel âge ? Pourquoi ?) ainsi qu'une description des raisons de la non-utilisation. Les résultats de cette analyse descriptive sont exprimés sous forme de moyennes et écart-types ou de médianes et intervalles interquartiles pour les variables quantitatives et de pourcentages et d'effectifs pour les variables qualitatives.

Les groupes de comparaison étudiés ont été constitués en fonction de l'utilisation passée de méthodes contraceptives par les femmes enceintes incluses dans l'étude. Cette comparaison a été faite à l'aide de différents tests statistiques en fonction des conditions d'application : un test de Student pour les variables explicatives quantitatives ; un test du Chi2 d'indépendance ou le test du Chi2 d'indépendance avec correction de Yates ou encore le test exact de Fisher pour les variables explicatives qualitatives. Des sous-groupes ont également été composés pour les femmes en couple et les femmes ayant eu des antécédents de grossesse.

Une régression logistique a été construite afin de déterminer les facteurs associés à la variable dépendante « utilisation passée de méthode(s) contraceptive(s) » avec pour référence « non ». Une analyse univariée a été réalisée : l'association entre chaque facteur de risque supposé (selon la littérature, le bon sens et les résultats de l'analyse des données qualitatives) et la variable dépendante a été estimée au moyen de l'Odds Ratio (OR) et de son intervalle de confiance (IC). Les variables explicatives étant associées à la variable dépendante au seuil $p < 20\%$ ont été sélectionnées pour le modèle de régression logistique multivariée afin d'estimer l'OR ajusté et son intervalle de confiance à 95% pour chaque facteur retenu. Parmi ces variables pré-sélectionnées, une analyse de corrélation a permis de trier les variables introduites dans le modèle. La variable « niveaux d'éducation » a été forcée dans le modèle, étant souvent retrouvée dans la littérature comme étant un facteur lié à l'utilisation de méthodes contraceptives ; ainsi que la variable « identifiants district » afin de voir des variations en fonction des districts. Une analyse individuelle deux à deux de tous les termes d'interactions possibles entre toutes les variables a été effectuée. Tous les termes d'interaction significatifs au seuil 5% ont été introduits dans le modèle multivarié.

Ainsi le modèle multiple initial était composé de toutes les variables significatives au seuil de $p < 20\%$ dans la régression logistique univariée, des variables forcées et des termes d'interactions significatifs au seuil $p < 5\%$. Une analyse pas à pas descendante a ensuite été réalisée en commençant par éliminer les termes d'interaction non significatif au seuil $p < 5\%$ puis en éliminant les variables non significatives au seuil $p < 5\%$. Un contrôle de la variation des OR a été effectué entre chaque modèle jusqu'à l'obtention du modèle final. Une analyse de l'adéquation du modèle final a été effectuée à l'aide d'une courbe ROC et de l'aire sous cette courbe.

Gestion des données manquantes

Les données manquantes ont été conservées si elles représentaient moins de 20% de l'effectif total des réponses. Au-delà, il a été discuté au cas par cas, en fonction des données de la littérature, de la possibilité d'exclure cette variable ou bien de la nécessité de la forcer dans l'analyse finale. Les données manquantes ont été codées en NA (*non available*).

III. Volet qualitatif EDRaS

1. Type d'étude

Parallèlement, une enquête qualitative reposant sur la méthode anthropologique a été réalisée.

2. Population d'étude

La population cible de ce volet de l'étude, contrairement au volet quantitatif, concernait plusieurs acteurs : les femmes enceintes mais également des parents d'enfants de moins de 5 ans et leur entourage proche ainsi que des soignants issus du secteur bio médical ou traditionnel. En effet, ces personnes ont été identifiées comme participant aux soins autour de la grossesse, de l'accouchement et de l'enfance. Pour cela la population source était composée d'une partie de la population incluse dans l'enquête quantitative (femmes enceintes), des prestataires de soins locaux (modernes ou traditionnels) et des acteurs communautaires de la problématique (conjoints, grand-mères, sœurs, amies, leaders et agents communautaires). Des critères d'inclusion ne concernaient que les femmes enceintes selon l'enquête quantitative, les autres acteurs ne présentant pas de critères spécifiques.

Les zones d'investigation étaient les mêmes pour les deux volets, mais pour éviter les biais (doublon d'enquête auprès des mêmes individus), les communes investiguées étaient identiques mais avec des *fokontany* différents. Ces derniers devaient respecter plusieurs critères à savoir : une population supérieure à 1050 habitants, une distance de 5 à 10 km du CSB le plus proche, une distance de 20 km de Antsohihy pour faciliter les allers et retours et une accessibilité du site pour les déplacements en voiture ou à pied.

La collecte de données sur le terrain n'a concerné que deux des trois sites d'étude du projet EDRaS : Antsohihy et Manakara, des données ayant déjà été collectées sur les mêmes thématiques dans le cadre d'un autre projet à Moramanga en 2013 (données non analysées dans cette thèse).

Les entretiens ont été réalisés dans deux *Fokontany* choisis selon des critères relatifs à l'enquête, d'accessibilité, de distance par rapport à un centre de santé (entre 5 et 10km) et de sécurité. Un total de 60 entretiens était prévu soit 30 entretiens par zones dont 20 auprès des femmes enceintes participant à l'étude quantitative, 5 auprès des soignants (biomédicaux et traditionnels) et 5 auprès d'autres acteurs de la problématique (agents communautaires, conjoints, grand-mères).

3. Outils et modes de recueil

Les données ont été collectées à partir d'entretiens semi-directifs menés à l'aide de canevas d'entretiens présentés en annexe 3 suffisamment souples pour laisser s'exprimer les enquêtés. Les entretiens ont été enregistrés (avec l'accord de l'enquêté) puis transcrits, traduits et classés dans l'anonymat.

4. Déroulement de l'enquête

La collecte des données qualitatives s'est effectuée en cascade (une zone puis une autre) du 12 février 2018 au 3 mars 2018 pour le district d'Antsohihy et du 14 mars 2018 au 2 avril 2018 pour le district de Manakara. L'équipe qualitative a séjourné au sein des *Fokontany* pendant environ un mois. La première semaine a été consacrée aux visites de courtoisie et à la présentation de l'étude aux différents échelons des autorités sanitaires ainsi qu'aux autorités administratives, autorités de santé (au sein des formations sanitaires s'il y en a), et auprès des autorités traditionnelles.

5. Traitement des données

Les entretiens ont été analysés individuellement par thématiques et par acteurs avec triangulation des informations. L'analyse a porté sur les récurrences et les divergences dans les discours. Les résultats de ces analyses ne sont pas la finition de cette thèse, ils ont principalement servi à discuter les résultats des données quantitatives.

IV. Etude complémentaire auprès des acteurs du planning familial

1. Type d'étude

Une étude qualitative utilisant la méthode anthropologique a été réalisée afin d'approfondir la problématique du planning familial.

2. Population d'étude

La population cible de cette étude complémentaire concernait les acteurs du planning familial (professionnels de santé de CSB et agents communautaires). Pour cela, la population source sélectionnée était composée des agents de santé de CSB pratiquant le planning familial (médecins, sages-femmes, infirmières) ainsi que d'agents communautaires. Les critères d'inclusion concernaient pour ces deux acteurs l'appartenance à un *Fokontany* de l'étude quantitative, ce *Fokontany* devant être accessible en une journée. Concernant les agents de CSB, ils devaient être le principal fournisseur de planning familial de ce CSB. En revanche, concernant les agents communautaires, aucun critère spécifique n'a été retenu afin de voir la diversité de connaissances et de discours autour de la planification familiale. Cette étude a été

menée dans le district de Manakara, dans les *Fokontany* inclus dans l'étude quantitative de EDRaS pour un souci de facilité.

Un total de 15 entretiens était prévu : 5 auprès de professionnels de santé et 10 auprès d'agents communautaires. La sélection s'est réalisée en fonction de la disponibilité de chacun.

3. Outils et modes de recueil

Les données ont été collectées à partir d'entretiens semi-directifs menés à l'aide de canevas d'entretiens (annexe 4). Ces entretiens ont été menés par moi-même, conduits en français et traduits instantanément en malgache à l'aide d'un traducteur formé à la collecte de données. Les entretiens ont été enregistrés (avec l'accord de l'enquêté) puis transcrits et classés dans l'anonymat.

4. Déroulement de l'enquête

Les données ont été collectées lors d'une mission réalisée du 12 au 22 mai 2018 dans le district de Manakara. La première journée a été consacrée à des visites de courtoisie avec accord du médecin inspecteur du service de district de la santé publique de Manakara. Lors de la deuxième journée, deux entretiens « tests » ont été menés avec une sage-femme et un agent communautaire responsable du planning familial dans la ville de Manakara afin de tester la pertinence des canevas d'entretiens. Les données ont ensuite été collectée lors du reste du temps de la mission.

5. Traitement des données

Les entretiens ont été analysés individuellement par thématiques et par acteurs avec triangulation des informations. L'analyse a porté sur les récurrences et les divergences dans les discours. Ce volet qualitatif a permis d'approfondir le rôle du professionnel de santé et de l'agent communautaire dans la prise en charge de planification familiale.

V. Aspect éthique et réglementaire

Le projet EDRaS a été conçu conformément au protocole et aux recommandations internationales en termes d'études cliniques (déclaration d'Helsinki, adoptée par l'Assemblée Mondiale en 1964, recommandations des Bonnes Pratiques Cliniques). Ce projet de recherche a été soumis et accepté le 19 septembre 2017 (annexe 5) au Comité Ethique pour la Recherche Biomédicale (CERBM) au sein du Ministère de la Santé Publique malgache, seule autorité désignée par l'État, compétente en termes éthique dans le domaine de la recherche biomédicale à Madagascar. Ce projet a fait l'objet d'une séance d'information et d'échange auprès de la Direction de la Santé Familiale du Ministère de la Santé Publique Malgache.

Toutes les personnes, avant participation à l'étude, ont bénéficié d'une information orale éclairée et précise puis elles ont été invitées à participer librement à l'étude après signature d'une lettre de consentement en langue nationale. Les données recueillies restent strictement confidentielles et anonymes. Elles sont conservées dans un serveur sécurisé à l'Institut Pasteur de Madagascar et seuls les investigateurs impliqués dans le déroulement de l'étude peuvent y avoir accès. Conformément aux prescriptions internationales dans le domaine, un exemplaire de tout document relatif à l'étude ainsi que du fichier informatisé de saisie de la base de données seront conservés pendant une durée de 15 ans à l'Institut Pasteur de Madagascar.

Le projet n'a ni versé ni donné aucune forme de compensation pour les personnes ayant accepté de participer à l'enquête. La participation à l'étude était libre et basée sur une relation de confiance entre enquêteur et enquêtée.

Partie 4 : Résultats

Un chronogramme des activités réalisées pendant le stage est présenté en annexe 6.

I. Volet quantitatif EDRaS

1. Sélection de la population enquêtée pour l'analyse

La figure 10 présente l'inclusion des *Fokontany* et des femmes enceintes dans l'étude. En tout, 172 *Fokontany* sont concernés par les actions de l'ONG *Mahefa-Miaraka* à Antsohihy et 128 ne sont pas éligibles (moins de 1050 habitants et/ou urbains) ce qui fait un pool de départ de 44 *Fokontany* éligibles pour le district d'Antsohihy. Concernant Moramanga, 16 *Fokontany* sont concernés par l'ONG *Mikolo* et l'observatoire de santé de l'Institut Pasteur de Madagascar et tous sont éligibles. Enfin, l'ONG *Mikolo* agit dans 126 *Fokontany* à Manakara dont 71 ne sont pas éligibles pour cette étude ce qui donne 55 *Fokontany* éligibles.

La réalité du terrain a montré que la proportion de femmes enceintes dans la population retenue à savoir 2% n'était que rarement effective, ainsi le nombre de *Fokontany* initialement prévu (8 par zone) n'a pas été suffisant. Comme le montre le tableau 2, au total 40 *Fokontany* ont été inclus dans l'étude : 12 pour le district de Moramanga et 14 pour les districts d'Antsohihy et de Manakara. Toutes les femmes enceintes de ces *Fokontany* tirés au sort ont été exhaustivement incluses dans l'étude à l'aide des agents communautaires et des chefs *Fokontany* incluant 512 femmes : 170 pour le district d'Antsohihy et 171 pour les districts de Moramanga et de Manakara. Les figures 11, 12 et 13 présentent la répartition des *Fokontany* inclus dans les différents districts.

Concernant les données, peu de valeurs abérrantes ont été remarquées et aucune donnée manquante n'a été recensée.

Tableau 2 : Tableau décrivant la période et la durée de réalisation de l'enquête quantitative EDRaS ainsi que le nombre de Fokontany et de femmes enceintes finalement incluses.

District	Période du	Durée effective terrain	Nb de *Fokontany* Concernés par l'Enquête	Inclusions totales
MORAMANGA	23/10 au 15/12	55 jours	12	171
MANAKARA	24/10 au 18/12	56 jours	14	171
ANTSOHIHY	22/10 au 15/12	56 jours	14	170
Total	**-**	**-**	**40**	**512**

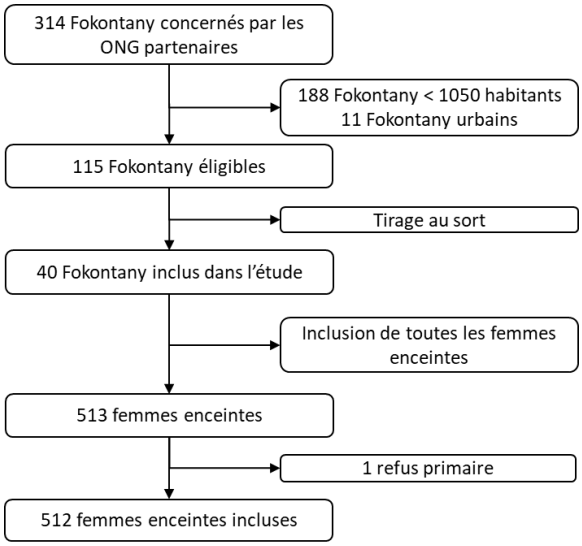


Figure 10 : Diagramme de flux d'inclusion des Fokontany et des femmes



Figure 11 : Carte des Fokontany inclus dans le district de Moramanga (Source : SIG de l'IPM)

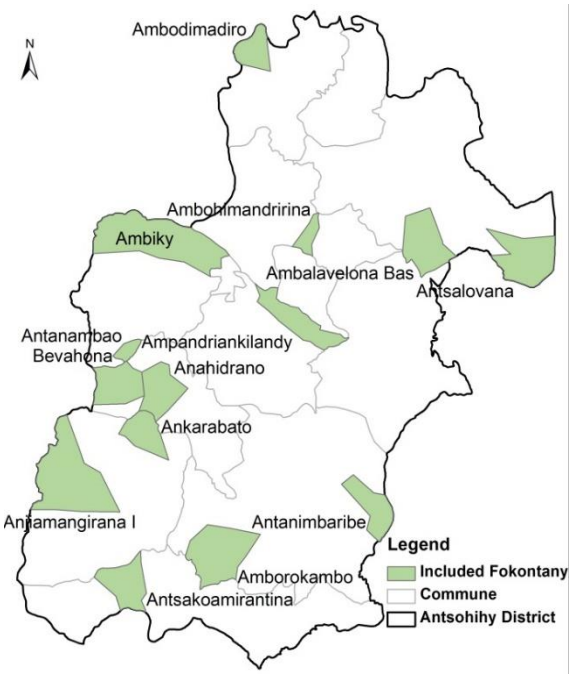


Figure 12 : Carte des Fokontany inclus dans le district d'Antsohihy (Source : SIG de l'IPM)

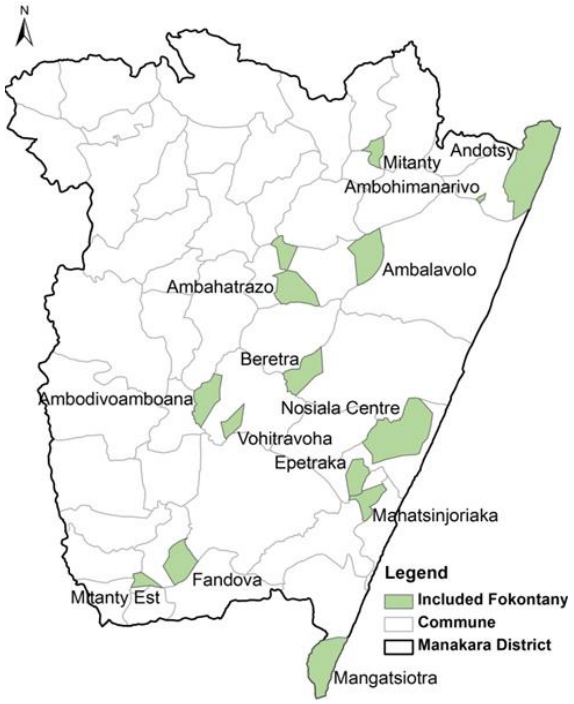


Figure 13 : Carte des Fokontany inclus dans le district de Manakara (Source : SIG de l'IPM)

2. Caractéristiques socio-démographiques des femmes incluses

Caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes incluses

Le tableau 3 présente les caractéristiques socio-démographiques des femmes incluses dans l'étude. Comme énoncé précédemment, les inclusions ont été réparties équitablement dans les 3 districts avec 170 femmes enceintes incluses dans le district d'Antsohihy et 171 dans les districts de Moramanga et de Manakara.

En moyenne, les femmes incluses dans l'étude avaient 24,6 ans avec un minimum de 13 ans et un maximum de 47 ans pour le district de Moramanga. La majorité des femmes incluses avait un niveau d'étude primaire (52%), avec environ 20% des femmes qui n'avait aucune éducation ou un niveau d'éducation secondaire partiel. Plus de 80% des femmes pratiquent une activité.

La principale religion retrouvée est le christianisme avec 28% de chrétiens catholiques, 26% de chrétiens protestants et 12% d'autres chrétiens. Les autres religions retrouvées ont été le judaïsme et l'islam mais en grande majorité cela concernait la pratique de culte locaux. De même de nombreuses femmes se disent sans religion (22%).

Plus de 80% des femmes incluses sont en couple avec une composition du foyer variable. En effet, une légère majorité des femmes incluses dans l'étude vivent dans un foyer composé de moins de 4 personnes (38%). La majorité des foyers ne compte pas d'enfants en bas âge (86%) en revanche, plus de la moitié ont un enfant ou plus âgé entre 1 et 5 ans (54%).

Tableau 3 : Description des caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes (n=512). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		Total (n = 512)	
		%	(n)
District			
	Moramanga	33,40	(171)
	Antsohihy	33,20	(170)
	Manakara	33,40	(171)
Age (en année)			
	< 18	14,26	(73)
	[18-24]	39,06	(200)
	[25-34]	34,77	(178)
	> 34	11,91	(61)
Niveau étude			
	Absent	19,53	(100)
	Primaire	51,76	(265)
	Secondaire partiel	24,22	(124)
	Secondaire total ou +	4,49	(23)
Pratique une activité			
	Oui	84,18	(431)
	Non	15,82	(81)
Religion			
	Sans religion	21,88	(112)
	Chrétien catholique	28,12	(144)
	Chrétien protestant	25,59	(131)
	Autres chrétiens	12,30	(63)
	Autres	12,11	(62)
Situation familiale			
	Seule	18,16	(93)
	En couple	81,84	(419)
Nombre de personnes dans foyer			
	< 4	37,70	(193)
	[4-5]	29,49	(151)
	> 5	32,81	(168)
Nombre d'enfants de moins d'un an dans le foyer			
	0	86,33	(442)
	1	12,30	(63)
	> 1	1,37	(7)
Nombre d'enfantts de 1 à 5 ans dans le foyer			
	0	45,70	(234)
	1	42,97	(220)
	> 1	11,33	(58)
Nombre de personnes de plus de 5 ans dans le foyer			
	< 4	52,34	(268)
	[4-5]	25,39	(130)
	> 5	22,27	(114)

Caractéristiques des antécédents des femmes enceintes incluses

Caractéristiques des antécédents de pathologies des femmes enceintes incluses

Comme indiqué dans le tableau 4, seule une minorité des femmes a présenté des antécédents de pathologies (18%). Parmi ces antécédents, les principaux retrouvés ont été : des antécédents digestifs (27%), des génito-urinaires (14%) et des moteurs (11%) (tableau 5). La majorité des femmes a été suivie par du personnel médical soit au CSB (62%) soit directement à domicile (13%), néanmoins, encore une proportion non négligeable de femmes n'a fait aucun soin (18%) (tableau 5).

Tableau 4 : Description des antécédents pathologiques des femmes enceintes (n=512). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		**Total (n = 512)**	
		%	(n)
Antécédent de pathologie			
	Oui	17,58	(90)
	Non	82,42	(422)

Tableau 5 : Description des types d'antécédents pathologiques des femmes enceintes qui ont eu des antécédents pathologiques (n=90) et de leur recours aux soins. Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		**Total (n = 90)**	
		%	(n)
Type d'antécédent pathologique			
	Respiratoire	6,67	(6)
	Cardio-vasculaire	2,22	(2)
	Digestif	26,67	(24)
	Génito-urinaire	14,44	(13)
	Moteur	11,11	(10)
	Neuro-psychiatrique	7,78	(7)
	Autres	33,33	(28)
Lieux de suivi de ces antécédents			
	CSB	62,22	(56)
	Domicile personnel santé	13,33	(12)
	Guérisseur ou tradi-praticien	1,11	(1)
	Agents communautaires	0	(0)
	Ne fait rien	17,78	(16)
	Autres	5,56	(5)

Caractéristiques des antécédents de grossesses des femmes enceintes incluses

Comme le montre le tableau 4, près des trois quarts des femmes incluses ont déjà eu un antécédent de grossesse (73%) et parmi celles-ci, un tiers en ont eu plus de 4. Concernant ces grossesses, la majorité ont eu un intervalle de 2 ans (37%), seule 10% n'ont été espacées de seulement 1 an (tableau 7).

Tableau 6 : Description des antécédents de grossesses des femmes enceintes (n=512). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		Total (n=512)	
		%	(n)
Antécédent de grossesses			
	Oui	72,85	(373)
	Non	27,15	(139)
Nombre de grossesses			
	0	27,15	(139)
	[1-3]	49,61	(254)
	> 3	23,24	(119)

Tableau 7 : Description des intervalles de naissances effectifs entre chaque enfant précédent des femmes enceintes (n=555). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		Total (n = 555)	
		%	(n)
Intervalles de naissances effectifs (en années)			
	1	10,45	(58)
	2	36,76	(204)
	3	27,21	(151)
	> 3	25,59	(142)

Le tableau 8 présente différentes caractéristiques présentées par les femmes ayant eu des antécédents de grossesses (n=373). Parmi celles-ci, 9% ont eu des grossesses non désirées et 11 femmes ont déclaré un antécédent d'avortement (3%). 15% des femmes ont présenté un antécédent de fausse couche, 3% ont eu un antécédent de mort-né et presqu'un quart des femmes ont vu un de leurs enfants décéder (23%).

Presque 10% des femmes ont eu des antécédents de complications lors de leurs précédents accouchements. Comme le présente le tableau 9, la majorité des complications retrouvées concerne une extraction difficile (58%), sinon cela concerne également les déchirures (14%), les accouchements par césariennes (8%), les mort-nés (6%) et les hémorragies post-partum (3%). En outre, 31% de ces femmes ayant présenté des antécédents de complications à leur(s) accouchement(s) passé(s) n'ont pas eu recours à des soins.

Enfin la quasi-totalité des femmes ayant eu un antécédent de grossesse ont suivi leurs CPN (91%).

Tableau 8 : Description des caractéristiques des antécédents de grossesses des femmes enceintes (n=373). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		Total (n = 373)	
		%	(n)
Antécédent de grossesse(s) non désirée(s)			
	Non	90,88	(339)
	Oui	9,12	(34)
Antécédent d'avortement			
	Non	97,05	(362)
	Oui	2,95	(11)
Antécédent de fausse couche			
	Non	84,99	(317)
	Oui	15,01	(56)
Antécédent de mort-né			
	Non	97,32	(363)
	Oui	2,68	(10)
Antécédent de complications			
	Non	90,35	(337)
	Oui	9,65	(36)
Antécédent décès infantiles			
	Non	76,68	(286)
	Oui	23,32	(87)
Antécédent de CPN			
	Non	8,58	(32)
	Oui	91,42	(341)

Tableau 9 : Description des types de complications à l'accouchement des femmes enceintes qui ont eu des complications lors de leur précédent accouchement (n=36) et du recours aux soins. Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		Total (n = 36)	
		%	(n)
Type de complications à l'accouchement			
	Opération césarienne	8,33	(3)
	Extraction difficile	58,33	(21)
	Déchirure	13,89	(5)
	Mort-né	5,56	(2)
	Hémorragie post-partum	2,78	(1)
	Autres	11,11	(4)
Recours aux soins lors de ces complications			
	Oui	69,44	(25)
	Non	30,56	(11)

3. Caractéristiques relatives au planning familial des femmes enceintes incluses

Caractéristiques relatives au désir d'enfants des femmes enceintes incluses

Le tableau 10 résume les désirs d'enfants des femmes incluses. La majorité des femmes incluses ont moins de 3 enfants vivants (41%) et un tiers n'en a pas. Concernant le nombre d'enfants idéal, presque la moitié des femmes en souhaite entre 3 et 4 (45%), 32% en veulent plus de 4 et 23% en veulent moins de 3.

Pour près de la moitié des femmes, l'intervalle idéal entre deux naissances est de plus de 3 ans (49%), mais pour 17% il est de moins de 3 ans. Dans la majorité des cas, c'est le couple ensemble qui décide du nombre d'enfants (50%) ou bien c'est la femme seule (40%).

Tableau 10 : Description des désirs d'enfants des femmes enceintes (n=512). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		**Total (n = 512)**	
		%	(n)
Nombre d'enfants vivants			
	0	31,05	(159)
	<3	40,62	(208)
	[3-4]	18,36	(94)
	>4	9,96	(51)
Nombre d'enfants idéal			
	< 3	23,05	(118)
	[3-4]	45,12	(231)
	> 4	31,84	(163)
Intervalle de naissance idéal			
	< 3 ans	17,19	(88)
	3 ans	34,18	(175)
	> 3 ans	48,63	(249)
Décideur du nb d'enfants			
	Conjoint	6,05	(31)
	Seule	40,23	(206)
	Couple	50,20	(257)
	Dieu	3,52	(18)

Connaissances relatives au planning familial des femmes enceintes incluses

Comme présenté dans le tableau 11, 67% des femmes connaissent la signification du terme « planning familial ». De même, la quasi-totalité des femmes connaissent des méthodes contraceptives (90%) ainsi que les lieux où se les procurer (93%).

Tableau 11 : Description des connaissances relatives au planning familial et aux méthodes contraceptives des femmes enceintes (n=512). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		Total (n=512)	
		%	(n)
Signification du terme « planning familial »			
	Oui	67,19	(344)
	Non	32,81	(168)
Connaissance de types de MC			
	Oui	89,84	(460)
	Non	10,16	(52)
Connaissance de lieux procuration de MC			
	Oui	93,36	(478)
	Non	6,64	(34)

Le tableau 12 présente les types de méthodes contraceptives citées par les femmes. En effet, parmi les femmes qui connaissent des méthodes contraceptives, 95% ont cité l'injection, 76% ont cité les contraceptifs oraux (pilule) et 59% ont pu citer l'implant. En revanche, seulement 8% de ces femmes ont cité le préservatif. La source de leurs informations est principalement le CSB (66%) ou sinon les agents communautaires (28%) ou l'entourage (19%).

Tableau 12 : Description des méthodes contraceptives connues par les femmes enceintes qui connaissent des méthodes contraceptives (n=460) et de leurs sources d'informations. Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		Total (n = 460)	
		%	(n)
Méthodes contraceptives citées par les femmes			
	Préservatif	8,48	(39)
	Injection	95,22	(438)
	Pilules	75,87	(349)
	Implant	58,91	(271)
	DIU	18,26	(84)
	Spermicides	0,87	(4)
	Abstinence	3,26	(15)
	Retrait	0,65	(3)
	Autre	6,96	(32)
Sources de ces informations			
	Médias	6,52	(30)
	Centre de santé	65,87	(303)
	AC	28,26	(130)
	Entourage	19,35	(89)
	Autorités locales	1,09	(5)
	Autres	3,70	(17)

Le tableau 13 présente quant à lui les lieux de procurations des méthodes contraceptives citées par les femmes. En effet, parmi les femmes qui connaissent les principaux lieux où se procurer les méthodes contraceptives, le CSB est le premier lieu cité (88%), vient ensuite l'agent communautaire (25%). Il y a également le cabinet médical (8%) et la pharmacie (1%).

Tableau 13 : Description des lieux de procuration des méthodes contraceptives par les femmes enceintes qui connaissent les lieux de procuration des méthodes contraceptives (n=478). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		Total (n=478)	
		%	(n)
Lieux de procuration des méthodes contraceptives			
	CSB, hôpital	87,66	(419)
	Cabinet médical	7,75	(38)
	AC	25,31	(121)
	Pharmacie	1,26	(6)
	Autres	0,84	(4)

Rôle de l'entourage des femmes enceintes incluses vis-à-vis du planning familial

Impact de l'entourage et des ami(e)s

Comme montré dans le tableau 14, pour la plupart des femmes, c'est le couple qui est concerné par le planning familial (59%) sinon il ne concerne que la femme (38%).

La quasi-totalité de la communauté pense que le planning familial est utile (91%). De même concernant l'avis des amis, 91% pensent que le planning familial est utile en revanche, les avis sont plus partagés concernant les effets des contraceptifs sur la santé : la moitié de la communauté pensent que les méthodes contraceptives sont dangereuses pour la santé.

Enfin pour une grande majorité des femmes, leur religion les autorise à prendre une méthode contraceptive (86%).

Tableau 14 : Description du rôle de l'entourage des femmes enceintes (n=512). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		Total (n=512)	
		%	(n)
Personne concernée par le planning familial dans couple			
	Homme	2,54	(13)
	Femme	38,48	(197)
	Couple	58,98	(302)
Avis de la communauté			
	Utile	91,02	(466)
	Inutile	8,98	(46)
Avis des amies sur l'utilité du planning familial			
	Utile	91,21	(467)
	Inutile	8,79	(45)
Avis de l'entourage sur les risques des MC			
	Dangereux	49,41	(253)
	Pas dangereux	50,59	(529)
Autorisation de la religion			
	Oui	85,55	(438)
	Non	14,45	(74)

Impact du conjoint

Le conjoint joue également un rôle dans la prise en charge de planning familial des femmes incluses comme le montre le tableau 15. En effet, pour 87% des femmes ayant un conjoint, le planning familial est important dans le couple. La plupart de ces femmes discute du planning familial avec leur conjoint (77%). De même, pour trois quarts de ces femmes, leur conjoint les autorise à prendre une méthode contraceptive.

Une variable « rôle du conjoint » a été créée selon ces trois variables : si le planning familial est important pour le couple, qu'ils en discutent et que le conjoint l'autorise, alors le conjoint soutient entièrement sa femme dans sa prise en charge de planification familiale ; si une de ces variables est négative, le conjoint soutient simplement ; si deux de ces variables sont négatives, le conjoint est un frein à l'utilisation de méthodes contraceptives ; enfin si toutes ces variables sont négatives, alors le conjoint présente un obstacle à l'utilisation de méthodes contraceptives. Dans 68% des cas, le conjoint soutient entièrement la femme sur tous ces aspects et dans seulement 8% il est un réel obstacle.

Tableau 15 : Description du rôle du conjoint des femmes enceintes (n=419). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		**Total (n = 419)**	
		%	(n)
Importance du planning familial dans couple			
	Oui	87,35	(366)
	Non	12,65	(53)
Discussion avec le conjoint			
	Oui	77,3	(324)
	Non	22,67	(95)
Autorisation du conjoint			
	Oui	76,13	(319)
	Non	23,87	(100)
Rôle du conjoint			
	Frein ++	8,11	(34)
	Frein	10,98	(46)
	Soutien	12,89	(54)
	Soutien ++	68,02	(285)

Perception et croyances des femmes enceintes incluses vis-à-vis du planning familial

Comme présenté dans le tableau 16, la quasi-totalité des femmes est convaincue de l'utilité des méthodes contraceptives. Les principales raisons pour lesquelles les femmes pensent que les méthodes contraceptives sont utiles sont tout d'abord pour espacer les naissances (54%) et ensuite pour contrôler le nombre de naissances (53%) (tableau 17). A l'inverse les raisons évoquées pour lesquelles les méthodes contraceptives ne sont pas utiles sont principalement à cause de l'impact sur la santé de la femme (62%) et parce que c'est inutile car les femmes veulent des enfants (28%) (tableau 18).

Tableau 16 : Description de la perception de l'utilité des méthodes contraceptives par les femmes enceintes (n=512). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		Total (n = 512)	
		%	(n)
Perception de l'utilité des méthodes contraceptives			
	Oui	90,23	(462)
	Non	9,77	(50)

Tableau 17 : Description des raisons de l'utilité des méthodes contraceptives selon les femmes enceintes qui pensent que les méthodes contraceptives sont utiles (n=462). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		Total (n = 462)	
		%	(n)
Raisons de l'utilité des méthodes contraceptives			
	Contrôle du nb de naissances	52,60	(243)
	Espacement des naissances	54,11	(250)
	Limite les problèmes de santé (mère)	5,63	(26)
	Réduit mortalité infantile	0,65	(3)
	Autres	16,23	(75)

Tableau 18 : Description des raisons de l'inutilité des méthodes contraceptives selon les femmes enceintes qui pensent que les méthodes contraceptives sont inutiles (n=50). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		Total (n = 50)	
		%	(n)
Raisons de l'inutilité des méthodes contraceptives			
	Contre nature	4,00	(2)
	Impacts santé femme	62,00	(31)
	C'est inutile	28,00	(14)
	C'est cher	6,00	(3)

4. Caractéristiques de l'utilisation passée de méthodes contraceptives

Parmi la totalité des femmes incluses, une petite majorité a déjà utilisé une méthode contraceptive (58,20%) contre 41,80% qui n'en ont jamais utilisée (tableau 19).

Tableau 19 : Description de l'utilisation passée de méthodes contraceptives par les femmes enceintes (n=512). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		Total (n = 512)	
		%	(n)
Utilisation passée de méthodes contraceptives			
	Oui	58,20	(298)
	Non	41,80	(214)

Les principales raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas utilisé la moindre méthode contraceptive sont : parce qu'elles voulaient des enfants (autres 37%), parce qu'elles avaient peur des effets secondaires (31%) ou bien parce qu'elles manquaient d'informations (14%) (tableau 20).

Tableau 20 : Description des raisons de la non-utilisation passée de méthodes contraceptives par les femmes enceintes qui n'ont pas utilisé de méthodes contraceptives (n=214). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		Total (n = 214)	
		%	(n)
Raison de la non-utilisation			
	Peur effets secondaires	30,84	(66)
	Convenance	6,07	(13)
	Désapprobation sociale	0,47	(1)
	Refus du conjoint	6,07	(13)
	Manque d'information	14,49	(31)
	Indisponibilité des méthodes	3,74	(8)
	Inutile	4,67	(10)
	Autres	36,92	(79)

A l'inverse, Les principales raisons pour lesquelles les femmes ont utilisé une méthode contraceptive sont pour espacer les naissances (57%) ou bien parce que le couple n'était pas prêt à avoir des enfants (25%) (tableau 21).

Tableau 21 : Description des raisons de l'utilisation passée de méthodes contraceptives par les femmes enceintes qu'ont utilisé une méthode contraceptive (n=298). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		Total (n = 298)	
		%	(n)
Raison de l'utilisation			
	Espacement naissances	57,05	(170)
	Ne veut plus d'enfants	0,34	(1)
	Economique	0,67	(2)
	Santé mère	2,01	(6)
	Santé enfant		0
	Couple	9,06	(27)
	Pas prêt	24,50	(73)
	Autres	12,75	(38)

Concernant les femmes qui ont utilisé une méthode contraceptive, plus de la moitié a commencé entre 18 et 24 ans (52%) et les trois quarts de ces femmes étaient en couple (72%). Dans 64% des cas, c'était la femme elle-même l'initiatrice, le conjoint étant rarement incitateur (10%). La principale méthode utilisée par les femmes était l'injection (79%). Dans de très rares cas, les femmes utilisent la méthode naturelle du comptage des jours (2%) et encore plus rarement le préservatif (0,34%). Ainsi les méthodes les plus utilisées sont les méthodes artificielles à 96% (tableau 22). Les femmes préfèrent les méthodes artificielles parce qu'elles sont plus sûres (55%) ou parce qu'elles sont bien tolérées par leur corps (20%). A l'inverse, celles qui préfèrent les méthodes naturelles évoquent la gratuité (27%) et l'absence d'effet sur la santé (27%) ou sur la procréation (27%). Certaines femmes ont dû changer de méthode, la principale raison évoquée étant les effets secondaires (90%). Concernant les lieux de procuration des méthodes contraceptives, la plupart des femmes vont chercher leur méthode contraceptive au CSB (72%) ou sinon chez l'agent communautaire (22%)

Tableau 22 : Description de l'utilisation passée de méthodes contraceptives par les femmes enceintes qui ont utilisé des méthodes contraceptives (n=298). Etude EDRaS, Madagascar, 2017-2018.

Variables		Total (n=298)	
		%	(n)
Age (en année) de la première utilisation			
	< 18	23,49	(70)
	[18-24]	51,68	(154)
	[25-34]	21,48	(64)
	> 34	3,36	(10)
En couple			
	Oui	72,48	(216)
	Non	27,52	(82)
Initiateur			
	Femme	64,43	(192)
	Conjoint	10,07	(30)
	Entourage	16,44	(49)
	Couple	9,06	(27)
Méthodes contraceptives utilisées			
	Préservatif	0,34	(1)
	Injections	78,86	(235)
	Pilules	16,44	(49)
	Implants	13,09	(39)
	DIU	0,67	(2)
	Spermicides		0
	Abstinence	0,67	(2)
	Retrait		0
	Autres	2,01	(6)
Méthodes les plus utilisées			
	Naturelles	3,69	(11)
	Artificielles	96,31	(287)
Lieu procuration			
	CSB	71,81	(214)
	Pharmacie	0,67	(2)
	AC	21,81	(65)
	ONG	2,35	(7)
	Autres	3,36	(10)

5. Facteurs associés à l'utilisation passée de méthodes contraceptives

Analyses univariées

Les tableaux 23 à 26 présentent les résultats des régressions logistiques univariées mesurant l'association entre l'utilisation passée de méthodes contraceptives (variable dépendante) et les différents déterminants : socio-démographiques (âge, district, niveau d'éducation, religion, occupation, situation familiale et nombre de personnes dans le ménage), les antécédents de pathologie et de grossesses (grossesse non désirée, avortement, fausse couche, complication à l'accouchement, mort-né, enfant décédé et CPN), les données relatives à la maternité (nombre d'enfants idéal et intervalle de naissance idéal), l'impact de l'entourage (décideur du nombre d'enfants, personne qui s'occupe du planning familial, avis de la communauté, des

ami(e)s et autorisation de la religion) et du conjoint (importance du planning familial dans le couple, discussion avec le conjoint, autorisation du conjoint et rôle du conjoint) et avis personnel vis-à-vis de l'utilité des méthodes contraceptives.

Les variables corrélées entre elles ont été analysées uniquement en univariée à savoir les variables dépendantes de « antécédent de grossesse » (grossesse non désirée, avortement, fausse couchs, complication à l'accouchement, mort-né, enfant décédé et CPN) de même que les variables dépendantes de « rôle du conjoint » (situation familiale, importance du planning familial dans le couple, discussion avec le conjoint, autorisation du conjoint et rôle du conjoint).

De ces variables, celles qui étaient significativement associées à l'utilisation passée de méthodes contraceptives étaient : les antécédents de fausse couche dans le sens où les femmes qui ont eu un antécédent de fausse couche ont moins utilisé la contraception que les femmes qui n'ont pas d'antécédent de fausse couche (OR=0,34, IC=[0,19-0,60]) ; ainsi que les antécédents de CPN dans le sens où les femmes qui ont des antécédents de CPN ont plus utilisé les méthodes contraceptives que les femmes qui n'ont pas d'antécédent de CPN (OR=2,71, IC=[1,29-5,67]).

Concernant les variables dépendantes du conjoint, les femmes en couple actuellement ont plus utilisé les méthodes contraceptives que les femmes seules (OR=2,79, IC=[1,77-4,48]). Concernant le rôle du conjoint, toutes les variables discutant de son implication dans la prise en charge de planification familiale de la femme sont largement significativement associées avec une utilisation passée de méthodes contraceptives : les femmes pour qui le planning familial est important dans le couple ont plus utilisé les méthodes contraceptives que les femmes pour qui ce n'est pas important (OR=5,32, IC=[2,87-10,34]) ; les femmes qui discutent du planning familial avec leur conjoint ont plus utilisé les méthodes contraceptives par rapport aux femmes qui ne discutent pas (OR=5,92, IC=[3,62-9,87]) ; et les femmes pour qui leurs conjoints les autorisent à prendre une méthode contraceptive les ont plus utilisé que les femmes qui ne sont pas autorisées par leur conjoint (OR=3,69, IC=[2,32-5,93]).

Les variables significativement associées à l'utilisation passée de méthodes contraceptives et intégrées dans le modèle multivarié étaient les suivantes : âge, occupation, religion, nombre de personnes vivant dans le foyer, antécédents de grossesse, nombre d'enfants idéal et intervalle de naissance idéal, personne qui s'occupe du planning familial, rôle du conjoint, avis de la communauté et des amis sur l'utilité des méthodes contraceptives, et avis personnel sur l'utilité des méthodes contraceptives. Ont été rajoutés les termes d'interaction significatifs au seuil 5% ainsi que les variables « district » et « niveau d'éducation » qui ont été forcées selon les données de la littérature.

Tableau 23 : Analyses univariées de l'impact des caractéristiques socio-démographiques, antécédents et désir d'enfants sur l'utilisation passée de contraception par les femmes (n=512), Madagascar, EDRaS, 2017/18

Variables		Utilisation MC % (n)	OR	IC 95%	p
Age (en années)					<0,001
	< 18 (n= 73)	15,07 (11)	1		
	[18-24] (n= 200)	52,00 (104)	6,11	3,14-12,87	
	[25-34] (n= 178)	75,28 (134)	17,17	8,60-37,12	
	>/= 35 (n= 61)	80,33 (49)	23,02	9,74-59,43	
District					
	Moramanga (n=171)	60,23 (103)	1		0,79
	Antsohihy (n=170)	57,65 (98)	0,90	0,58-1,38	
	Manakara (n= 171)	56,73 (97)	0,87	0,56-1,33	
Niveau d'étude					0,28
	Absent (n= 100)	55,00 (55)	1		
	Primaire (n= 265)	62,26 (165)	1,35	0,85-2,15	
	Secondaire partiel (n= 124)	53,23 (66)	0,93	0,55-1,58	
	Secondaire ou + (n= 23)	52,17 (12)	0,89	0,36-2,24	
Occupation					0,01
	Oui (n= 431)	60,56 (261)	1,83	1,13-2,96	
	Non (n= 81)	45,68 (37)	1		
Religion					0,05
	Sans religion (n= 112)	48,21 (54)	1		
	Chrétien catholique (n=144)	65,97 (95)	2,08	1,26-3,47	
	Chrétien protestant (n=131)	58,78 (77)	1,53	0,92-2,55	
	Autres chrétiens (n=63)	52,38 (33)	1,18	0,64-2,20	
	Autres (n=62)	62,90 (29)	1,82	0,97-3,47	
Statut					<0,001
	En couple (n= 419)	62,77 (263)	2,79	1,77-4,48	
	Seule (n= 93)	37,63 (35)	1		
Nb pers dans le foyer					0,01
	<4 (n= 193)	52,85 (102)	1		
	[4-5] (n= 151)	68,21 (103)	1,91	1,23-3,00	
	>5 (n= 168)	55,36 (93)	1,11	0,73-1,68	
Atcd pathologie					0,30
	Non (n= 422)	59,24 (250)	1		
	Oui (n= 90)	53,33 (48)	0,79	0,50-1,25	
Atcd grossesses					<0,001
	Non (n= 139)	23,74 (33)	1		
	Oui (n= 373)	71,05 (265)	7,88	5,07-12,51	
Nb grossesses					<0,001
	0 (n= 139)	23,74 (33)	1		
	<4 (n= 254)	68,90 (175)	6,96	4,37-11,31	
	>/= 4 (n= 119)	75,63 (90)	10,28	5,91-18,38	
Nb enfants idéal					0,03
	< 3 (n= 118)	48,31 (57)	0,67	0,41-1,08	
	[3-4] (n= 231)	63,20 (146)	1,23	0,82-1,85	
	> 4 (n= 163)	58,28 (95)	1		
Intervalle idéal					0,006
	< 3 ans (n= 88)	47,73 (42)	1		
	3 ans (n= 175)	53,71 (94)	1,27	0,76-2,13	
	> 3 ans (n= 249)	65,06 (162)	2,04	1,25-3,35	

Tableau 24 : Analyses univariées de l'impact des types d'antécédents découlant de l'antécédent de grossesse sur l'utilisation passée de méthodes contraceptives par les femmes enceintes (n=373) de 3 régions de Madagascar, EDRaS, 2017-2018

Variables		Utilisation MC % (n)	OR	IC 95%	p
Antécédents de GND					0,24
	Non (n= 339)	70,21 (238)	1		
	Oui (n= 34)	79,41 (27)	1,64	0,73-4,19	
Antécédents d'avortement					0,10
	Non (n= 362)	70,44 (255)	1		
	Oui (n= 11)	90,91 (10)	4,20	0,79-77,49	
Antécédents de fausses couches					<0,001
	Non (n= 317)	74,76 (237)	1		
	Oui (n= 56)	50,00 (28)	0,34	0,19-0,60	
Antécédents de complications					0,58
	Non (n= 337)	70,62 (238)	1		
	Oui (n= 36)	75,00 (27)	1,25	0,59-2,90	
Antécédents de mort-nés					0,45
	Non (n= 363)	71,35 (259)	1		
	Oui (n= 10)	60,00 (6)	0,60	0,17-2,40	
Antécédents de décès infantiles					0,55
	Non (n=286)	70,28 (201)	1		
	Oui (n= 87)	73,56 (64)	1,18	0,69-2,05	
Antécédents de CPN					0,009
	Non (n= 32)	50,00 (16)	1		
	Oui (n= 341)	73,02 (249)	2,71	1,29-5,67	

Tableau 25 : Analyses univariées de l'impact de l'entourage sur l'utilisation passée de méthodes contraceptives par les femmes enceintes (n=512) de 3 régions de Madagascar, projet EDRaS, 2017-2018

Variables		Utilisation MC % (n)	OR	IC 95%	p
Décideur du nb d'enfants					0,41
	Femme (n= 206)	54,37 (112)	1		
	Homme (n= 31)	54,84 (17)	1,02	0,48-2,20	
	Couple (n= 257)	61,87 (159)	1,36	0,94-1,98	
	Dieu (n= 18)	55,56 (10)	1,05	0,40-2,85	
Personne qui s'occupe PF					0,02
	Femme (n= 197)	50,76 (100)	1		
	Homme (n= 13)	69,23 (9)	2,18	0,69-8,27	
	Couple (n= 302)	62,58 (189)	1,62	1,13-2,34	
Avis de la communauté					0,02
	Inutile (n= 46)	41,30 (19)	1		
	Utile (n= 466)	59,87 (279)	2,12	1,15-3,97	
Avis des amies					0,05
	Inutile (n= 45)	44,44 (20)	1		
	Utile (n= 467)	59,53 (278)	1,84	0,99-3,44	
Avis de l'entourage					0,26
	Pas dangereux (n=259)	60,62 (157)	1,22	0,86-1,74	
	Dangereux (n= 253)	55,73 (141)	1		
Autorisation de religion					0,45
	Non (n= 74)	62,16 (46)	1		
	Oui (n= 438)	57,53 (252)	0,82	0,49-1,36	
Avis sur le PF					<0,001
	Pas utile (n= 50)	14,00 (7)	1		
	Utile (n= 462)	62,99 (291)	10,45	4,89-25,89	

Tableau 26 : Analyses univariées de l'impact du conjoint parmi les femmes en couple sur l'utilisation passée de méthodes contraceptives par les femmes enceintes (n=419) de 3 régions de Madagascar, projet EDRaS, 2017-2018

Variables		Proportion utilisation MC	OR	IC 95%	p
Importance du planning familial dans le couple					<0,001
	Non (n= 53)	28,30 (15)	1		
	Oui (n= 366)	67,76 (248)	5,32	2,87-10,34	
Discussion avec le conjoint					<0,001
	Non (n= 95)	30,53 (29)	1		
	Oui (n= 324)	72,22 (234)	5,92	3,62-9,87	
Autorisation du conjoint					<0,001
	Non (n= 100)	39,00 (39)	1		
	Oui (n= 319)	70,22 (224)	3,69	2,32-5,93	
Rôle du conjoint					<0,001
	Soutien ++ (n=285)	74,04 (211)	16,54	6,70-50,02	
	Soutien (n=54)	48,15 (26)	5,39	1,93-17,71	
	Frein (n=46)	45,65 (21)	4,87	1,70-16,32	
	Frein ++ (n=34)	14,71 (5)	1		

Analyse multivariée

De nombreux modèles de régression logistique multivariée ont été menés, par exemple avec ou sans la variable « rôle du conjoint » ayant ainsi un modèle avec l'échantillon complet (n=512) et un modèle avec l'échantillon de femmes ayant des conjoints (n=419). Dans ces deux modèles, les variables significativement associées à l'utilisation passée de méthodes contraceptives étaient principalement les mêmes. Ainsi est présenté et commenté ici que le modèle avec la variable « rôle du conjoint », celui-ci apportant plus d'informations. Le modèle avec l'échantillon complet est présenté en annexe 7 tableau 28 pour informations.

Le tableau 27 présente donc les résultats de l'analyse multivariée sélectionnée. Ainsi les différents déterminants associés à l'utilisation passée de méthodes contraceptives sont : l'âge, la religion, les antécédents de grossesse, le rôle du conjoint, l'avis personnel du l'utilité des méthodes contraceptives et l'intervalle de naissance idéal en fonction du nombre de personne dans le ménage.

Ainsi, plus les femmes sont âgées, plus elles ont utilisé les méthodes contraceptives et les ORa sont croissants avec l'augmentation de l'âge : par exemple les femmes qui ont 35 ans ou plus sont 10,67 fois plus susceptibles d'avoir utilisé une méthode contraceptive (IC=[3,12-39,72]), cela ajusté sur les autres variables du modèle. L'avis personnel des femmes sur l'utilité du planning familial est significativement associé avec l'utilisation passée de méthodes contraceptives : les femmes qui pensent que le planning familial est utile étant 11,58 fois plus susceptibles d'avoir utilisé une méthode contraceptive que les femmes qui pensent que le planning familial est inutile (IC=[5,82-47,10]) ajusté sur les autres variables du modèle. De même, les antécédents de grossesse sont également associés à une utilisation passée de méthode contraceptive dans le sens où les femmes qui ont déjà eu des grossesses sont 3,56 fois plus susceptibles d'avoir utilisé une méthode contraceptive que les femmes dont c'est la première grossesse (IC=[1,71-7,62]) ajusté sur les autres variables du modèle.

L'intervalle de naissance idéal joue aussi un rôle sur l'utilisation passée de méthodes contraceptives et cela en fonction du nombre de personnes dans le ménage, ajusté sur les autres variables du modèle. En effet, parmi les femmes qui ont moins de 4 personnes dans le ménage, les femmes dont l'intervalle de naissance idéal est de plus de 3 ans sont 6,29 fois plus susceptibles d'avoir utilisé une méthode contraceptive par rapport aux femmes dont l'intervalle de naissance idéal est de moins de 3 ans (IC=[2,05-20,96]) ajusté sur les autres variables du modèle. En revanche, pour les femmes qui ont plus de 5 personnes dans leur foyer, les femmes pour qui l'intervalle de naissance idéal est supérieur à 3 ans ont moins utilisé de méthodes contraceptives que les femmes pour qui l'intervalle de naissance idéal est de moins de 3 ans (ORa=0,18, IC=[0,03-0,79]).

Enfin, le rôle du conjoint est associé significativement à l'utilisation passée de méthodes contraceptives. En effet, plus celui-ci soutient les femmes dans leur prise en charge de planification familiale, plus elles ont utilisé une méthode contraceptive : ORa=9,17 quand le conjoint soutient entièrement par rapport à quand il présente un obstacle (IC=[2,64-38,65]) ajusté sur les autres variables du modèle ; de même lorsque le conjoint est un soutien ou un frein, les femmes ont plus utilisé des méthodes contraceptives que lorsque le conjoint est un obstacle (ORa=4,02, IC=[1,03-18,31] et ORa=5,23, IC=[1,29-24,99] respectivement).

Tableau 27 : Analyse multivariée analysant les déterminants de l'utilisation passée de méthodes contraceptives chez les femmes enceintes de 3 régions de Madagascar, projet EDRaS, 2018 (avec impact du conjoint n=419)

Variables		OR ajusté	IC 95%	p
Age (en année)				<0,001
	< 18 (n= 39)	1		
	[18-24] (n= 163)	3,27	1,12-10,80	
	[25-34] (n= 162)	6,90	2,01,-26,27	
	>/= 35 (n= 55)	17,55	4,08-86,57	
Religion				<0,001
	Sans religion (n= 86)	1		
	Chrétien catholique (n= 121)	2,35	1,08-5,17	
	Chrétien protestant (n= 115)	1,13	0,54-2,35	
	Autres chrétiens (n=52)	1,59	0,65-3,96	
	Autres (n=42)	8,03	2,59-28,04	
Antécédents de grossesses				<0,001
	Non (n= 90)	1		
	Oui (n= 329)	3,56	1,71-7,62	
Rôle du conjoint				<0,001
	Soutien ++ (n=285)	9,17	2,64-38,65	
	Soutien (n=54)	4,02	1,03-18,31	
	Frein (n=46)	5,23	1,29-24,99	
	Frein ++ (n=34)	1		
Avis sur le planning familial				<0,001
	Pas utile (n= 35)	1		
	Utile (n= 384)	11,58	3,34-45,85	
Nb personne ménage <4				
Intervalle naissance idéal				<0,001
	< 3 ans (n=29)	1		
	3 ans (n=63)	2,97	0,95-9,88	
	> 3 ans (n=76)	6,29	2,05-20,96	
Nb personne ménage [4-5]				
Intervalle naissance idéal				<0,001
	< 3 ans (n=19)	1		
	3 ans (n=49)	1,63	0,38-6,64	
	> 3 ans (n=65)	0,88	0,22-3,16	
Nb personne ménage >5				
Intervalle naissance idéal				<0,001
	< 3 ans (n=26)	1		
	3 ans (n=33)	0,09	0,01-0,43	
	> 3 ans (n=59)	0,18	0,03-0,79	

L’aire sous la courbe (AUC) de la courbe ROC présentée en figure 14 de ce modèle montre que ce dernier a une discrimination excellente (AUC = 0,87).

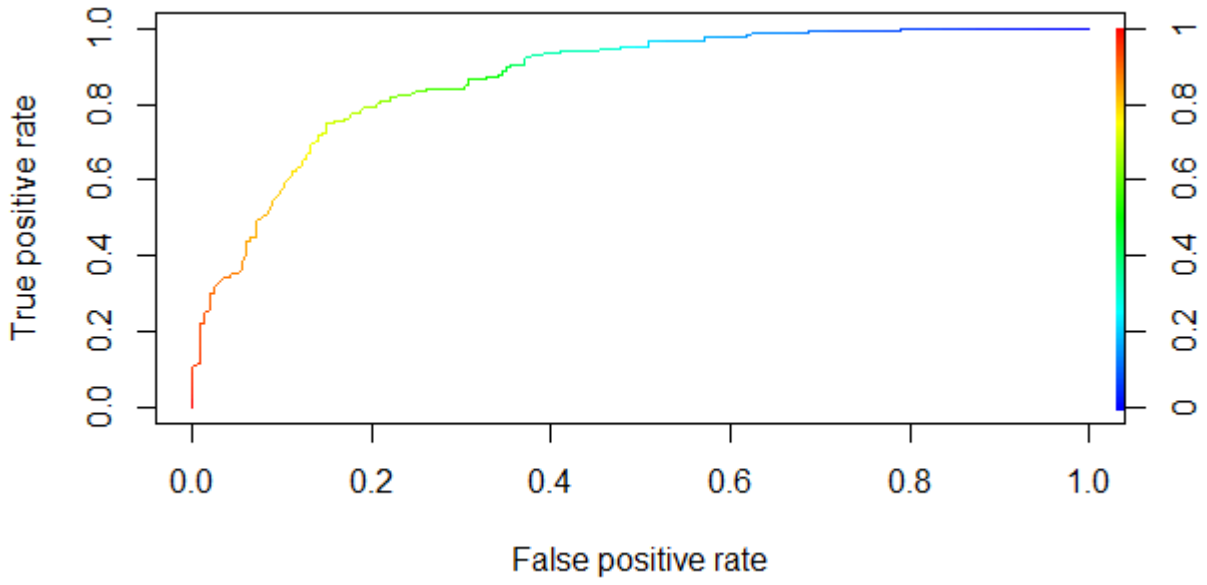


Figure 14 : Courbe ROC du modèle de régression logistique mené avec l'échantillon de femmes enceintes ayant des conjoints (n=419)

II. Volet qualitatif EDRaS

1. Population incluse

Des difficultés pour trouver une zone d'étude répondant à tous les critères ont forcé l'équipe qualitative à changer leur méthodologie de départ. Ainsi, un Fokontany d'une population moins dense a été sélectionné forçant à modifier les catégories des personnes ciblées par l'enquête. En effet, il a été décidé d'interroger les personnes venant directement au CSB lors des journées de vaccination et de CPN. Ainsi, la population enquêtée a été séparée en fonction de son lieu d'interview : le milieu communautaire ou le CSB.

Un total de 112 entretiens a été réalisé : 53 à Antsohihy avec 35 en milieu communautaire (7 femmes enceintes, 10 mères, 8 hommes, 6 grand-mères, 2 agents communautaires et 2 matrones) et 17 au CSB (6 femmes enceintes, 6 accompagnants d'enfants pour la vaccination, 4 accompagnants d'enfants malades et 1 soignant biomédical). Concernant Manakara, 58 entretiens ont été réalisés : 38 en milieu communautaire (9 femmes enceintes, 10 mères, 10 hommes, 1 matrone, 6 grand-mères et 2 agents communautaires) et 20 au CSB (6 femmes enceintes, 6 accompagnants d'enfants malades, 6 accompagnants d'enfants pour la vaccination et 2 personnels du milieu bio médical).

2. Connaissances des différentes méthodes contraceptives

Le planning familial est évoqué sous différents noms, variables en fonction des régions. Le mot le plus fréquemment retrouvé est le terme « FISA » en rapport avec l'association nationale de planning familial dans le pays.

L'éventail de possibilités en termes de types de méthodes de planification familiale est peu connu dans les zones investiguées. Dans l'ensemble des zones, la moitié des hommes et des femmes interrogée est capable de citer au maximum trois types de méthodes contraceptives : les injections (la « piqûre »), les implants (« le truc qu'on implante dans le bras ») et les contraceptifs oraux combinés ou pilule (les femmes y font référence par le terme « pilplan[8] »). Deux femmes des districts d'Antsohihy et de Manakara ont évoqué la ligature des trompes. Pour l'une de ces femmes, cette connaissance fait suite à des complications importantes lors de son dernier accouchement.

En général, les femmes ne font pas de distinction entre les méthodes de contraceptions utilisées avant et après la grossesse. Le FISA avant la grossesse et hors mariage a été peu évoqué.

[8] *Pilplan* est le nom commercial d'une pilule oestro-progestative normodosée

Lorsque l'on évoque le terme « planning familial » ou « FISA » ce sont principalement les méthodes artificielles qui sont citées, les femmes ne semblant pas considérer les méthodes naturelles comme faisant partie du planning familial. Cela peut s'expliquer par le fait que cette appellation est principalement utilisée par les agents de santé qui eux mettent surtout en avant les méthodes artificielles et parlent peu des méthodes naturelles.

La connaissance des femmes et des hommes interviewés est globalement limitée : ils ont conscience de l'intérêt du planning familial et de son importance pour l'espacement des naissances mais les connaissances des différentes méthodes et de leur utilisation restent primaires. Le planning familial semble être un sujet abordé dans la communauté (échange d'informations générales mais très rarement de récits personnels) mais peu avec des professionnels de santé. De même les mères parlent peu de leur utilisation personnelle de méthodes contraceptives si ce n'est avec leurs maris dont le rôle peut aller du soutien au blocage en passant par l'ignorance. Dans tous les cas, la prise de méthodes contraceptives est une affaire de femmes. La contraception apparaît être un enjeu conjugal, que ce soit en termes de prise de décisions, de désir de fécondité des conjoints ou de communication. Pourtant, il apparaît dans les entretiens avec les hommes que la décision primaire de la pratique contraceptive revient en général aux femmes.

Le planning familial semble faire l'objet de blocages plus importants à Manakara.

3. Source et circulation de l'information, rumeurs

Le principal canal d'information concernant le planning familial pour les femmes semble être son entourage. Ce canal d'informations donne lieu à des déformations de l'information et à des rumeurs concernant l'une ou l'autre méthode de planification familiale (effets secondaires encourus : complications de la santé nécessitant une opération, stérilité, prise de poids, absence de règles, vertiges, fatigue, etc). Par exemple, il semblerait que les différences entre les méthodes courte durée, longue durée ou définitive ne sont pas forcément comprises. Cela étant la cause, entre autres, de la rumeur sur la stérilité en rapport avec les méthodes définitives.

Les femmes qui citent un professionnel de la santé comme source d'information sur le planning familial sont celles qui utilisent ou ont utilisé une méthode contraceptive. Viennent ensuite les acteurs du planning familial tels que les agents communautaires, les médecins et ou encore l'équipe mobile de Marie Stopes.

4. Pratiques en termes de planification familiale

Prise de décision : poids de la parole de l'homme

Le choix de suivre le planning familial ou non ainsi que le choix de la méthode relève majoritairement de la femme (surtout à Antsohihy). Les hommes sont plus ou moins impliqués dans la décision concernant le planning familial (plus à Manakara qu'à Antsohihy) : ils peuvent inciter les femmes à prendre une contraception ou au contraire ils peuvent les en empêcher. Il arrive également qu'ils ne soient tout simplement pas informés, le planning familial faisant rarement l'objet de discussions en général, ou en couple en particulier. À Manakara, les hommes semblent détenir plus de poids dans le choix de la prise ou non du planning familial par leurs femmes.

Les raisons justifiant le refus d'utiliser le planning familial sont les mêmes pour les hommes et pour les femmes interrogées.

- Tout d'abord il y a tout simplement la volonté d'avoir une grande famille. En effet, premièrement cela est vu comme un prestige et deuxièmement, quand les enfants seront grands, ils représenteront une aide manuelle et financière. De même, avoir des enfants est une preuve de fertilité. Nous retrouvons d'ailleurs ici une différence dans la perception du genre de l'enfant : le garçon est une force de travail, il consolide le lien familial, c'est une source de sécurité physique tandis que la fille est un soutien domestique.
- Ensuite, les méthodes contraceptives sont perçues comme étant « contre nature » et contre la finalité même du mariage qui est de fonder une famille.
- Enfin, beaucoup de personnes ont peur des effets secondaires : peur d'être malade, de se sentir faible et donc de ne pas pouvoir travailler. De même, les nombreuses rumeurs refrènent l'utilisation du planning familial comme la peur que la prise de méthodes contraceptives rende les personnes stériles voire provoque leur mort.

Très peu d'hommes se sentent concernés par la contraception et ils n'envisagent que très rarement de prendre eux-mêmes des contraceptifs. Le préservatif est très peu utilisé et très peu apprécié par les hommes pour des raisons de perte de plaisir qu'il induirait et l'image de « femme infidèle » qu'il véhicule. L'homme peut être d'accord avec l'utilisation du planning familial mais cela concerne l'utilisation de méthodes contraceptives par leurs femmes, les termes utilisés sont très explicites « tu envoies ta femme faire du FISA ».

Dans la pratique…

A Manakara et Antsohihy, la moitié des mères interviewées utilise une méthode contraceptive. La principale méthode utilisée est l'injection : sa facilité d'utilisation (une injection tous les trois mois, qui peut se faire en toute discrétion et sans l'avis du mari) et ses faibles impacts sur le corps (peu d'effets secondaires notés) ont permis à cette méthode d'être acceptée par le plus grand nombre.

Les entretiens effectués auprès des professionnels de la santé ont montré que les femmes sont plus attirées par les contraceptifs injectables (piqûres). En effet, les méthodes à plus longue durée semblent faire peur aux femmes. D'autre part, les méthodes classiques telles que la pilule ou le préservatif sont très peu répandues. Les principales raisons évoquées pour l'utilisation majoritaire des injections comme méthode de planification familiale sont la durée d'efficacité qui est courte et le contrôle des effets secondaires.

Les autres femmes interrogées pensent plutôt adopter une méthode de planification familiale une fois que le nombre d'enfants souhaités sera atteint. En effet, la plupart des femmes qui ne pratiquent pas les méthodes contraceptives proposées indiquent vouloir en prendre une fois que leur famille sera au complet. Dans ce cas, la contraception n'est pas tellement vue comme un outil d'espacement de naissances mais plutôt un outil pour arrêter les naissances, une fois que le nombre d'enfants voulus est acquis.

La prévention contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) n'est jamais citée comme étant un avantage par exemple du préservatif. La quasi-totalité des mères a évoqué l'espacement des naissances comme principale raison d'utilisation de méthode de planning familial. Concernant les préservatifs, seulement une mère en parle énonçant que ce n'est que très peu utilisé, uniquement pour les jeunes hommes ou bien pour l'adultère ce qui donne une très mauvaise image à cette méthode, la protection contre les MST n'étant pas évoquée.

Les contraceptifs sont acquis auprès des soignants au CSB, des agents communautaires ou de l'équipe mobile Marie Stopes pour Manakara.

III. Résultats volet qualitatif complémentaire

1. Population incluse

La mission de collecte de ces données qualitatives a été menée en parallèle à une mission de supervision lors du deuxième passage de l'enquête quantitative. La population incluse a été un échantillon de convenance selon nos déplacements prévus et les disponibilités des acteurs recherchés. En tout, 16 entretiens ont pu être réalisés : 5 auprès de professionnels de santé de CSB et 11 auprès d'agents communautaires dans 6 *Fokontany* différents.

2. Rôle des professionnels de santé de CSB sur la planification familiale

Connaissances et utilisation

Les professionnels de santé acteurs du planning familial sont bien formés à la planification familiale comme le montre leurs connaissances d'un très large éventail de méthodes contraceptives. En effet, ils ont tous reçu des formations relatives au planning familial, en revanche, ces formations ne sont ni uniformes ni régulières. La méthode considérée comme la plus efficace et la plus utilisée est l'injection. Il semblerait que sa facilité d'utilisation et que sa tolérance fassent l'unanimité auprès des professionnels comme des utilisatrices. De même l'implant est également cité comme très efficace et assez utilisé. La troisième méthode la plus utilisée semble être la pilule mais les professionnels de santé sont d'accord pour dire que les femmes ont du mal à la prendre quotidiennement ce qui impacte sur son efficacité.

Les CSB sont bien équipés en contraceptifs avec une gamme de choix assez étendue : préservatifs, pilules, injection et implant. De même, le district de Manakara a la chance d'avoir la visite de Marie Stopes qui peut proposer aux villageois les méthodes chirurgicales telles que le DIU, la ligature et la vasectomie.

Déroulé d'une consultation de planification familiale

Les consultations de planification familiale sont communes et régulières. Les professionnels de santé consultent de nombreuses femmes de tout âge et de toute situation auxquelles un examen clinique complet mené à l'aide de fiche de consultation (annexe 8, figures 18 à 21) sera réalisé afin de déterminer la méthode contraceptive la plus adaptée. Toutes ces patientes viennent dans le désir d'utiliser une méthode contraceptive et pour la quasi-totalité, connaissent déjà la méthode qu'elles veulent adopter. En effet, de nombreuses campagnes de sensibilisation sont réalisées surtout via les agents communautaires ou bien via des intervenants extérieurs démocratisant ainsi l'utilisation des méthodes contraceptives.

En revanche, il semblerait qu'il reste une lacune en termes d'explication autour des effets secondaires liés aux contraceptifs cela se traduisant par de nombreuses rumeurs circulantes à propos des méthodes contraceptives. Ainsi chaque problème de santé, allant de la simple perte de poids au cancer voire à la mort, est attribué à l'utilisation d'une méthode contraceptive. En effet, malgré un travail de sensibilisation des professionnels de santé lors des CPN, des séances de vaccination ou bien des consultations générales où ils peuvent rassurer les patientes, encore de nombreuses personnes prennent leurs informations auprès de la communauté.

L'utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes filles célibataires

L'utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes filles célibataires n'est pas encore démocratisée dans tous les *Fokontany* de Manakara. En effet, des avis polyvalents sont retrouvés entre la nécessité pour elles de prendre une méthode contraceptive pour éviter une grossesse non désirée et assurer leur avenir et la non-acceptation des rapports sexuels pour ces jeunes filles. Ainsi, lors de consultations de planification familiale, les jeunes filles célibataires obtiennent une contraception, le plus souvent l'injection, mais parfois cela arrive après une morale selon laquelle elles ne devraient pas avoir de rapports sexuels, ce qui n'incitent pas les jeunes filles à venir consulter. En revanche, à côté de cela, certains professionnels acceptent la situation et préfèrent prévenir les grossesses non désirées donc essaient de persuader les jeunes filles à l'utilisation d'une méthode contraceptive le plus tôt possible.

L'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes en post-partum

Une forte sensibilisation est réalisée auprès des femmes pour leur prise en charge de planification familiale après leur accouchement. En effet, les professionnels de santé sont tous d'accord sur l'importance de l'espacement des naissances. Les trois principales raisons évoquées sont la santé de la mère, la santé du bébé et l'économie du ménage. En revanche, les femmes ne sont pas toujours faciles à convaincre, des rappels étant nécessaires lors de toutes les CPN et lors des séances de vaccination. La méthode la plus utilisée par les femmes qui viennent d'accoucher est la méthode MAMA[9] pendant les six premiers mois, ensuite les femmes adoptent la méthode qu'elles souhaitent : l'injection, la pilule, l'implant ou le DIU.

Rôle de l'entourage

L'entourage impacte grandement l'utilisation du planning familial par les femmes. Tout d'abord il y a les amies qui sont sources d'informations et de soutien : les femmes semblent beaucoup discuter entre elles et s'accompagner dans la gestion de leur planification familiale. Concernant les jeunes filles célibataires, les rapports sexuels chez les jeunes semblent être encore très stigmatisés ce qui empêchent les jeunes filles de vivre leur sexualité en toute sécurité. En effet, bien que les parents soient sensibilisés à l'importance d'utiliser une méthode contraceptive afin d'éviter une grossesse non désirée, la plupart des jeunes filles se cachent de leurs parents et soit n'utilisent pas de méthodes contraceptives, soit elles les utilisent en secret. Cependant, il existe quelques mères qui sont à l'origine de la prise de contraception par leurs jeunes filles mais cela sans l'accord de père. De même, un autre acteur important est la grand-mère qui peut être un frein important.

[9] Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

Enfin le rôle des conjoints est très variable. En effet, certains hommes soutiennent leurs femmes, d'autres ne s'en occupent tout simplement pas et enfin d'autres encore sont de gros obstacles et refusent que leurs femmes pratiquent le planning familial pour différentes raisons. Par exemple, certains veulent beaucoup d'enfants, et d'autres ont peur de l'infertilité voire de l'infidélité. Ainsi certaines femmes se retrouvent obligées de pratiquer leur planning familial en cachette. Très peu nombreux sont les hommes qui utilisent personnellement une méthode contraceptive : juste quelques jeunes utilisent le préservatif. Cela s'explique du fait du peu de méthodes proposées aux hommes : soit le préservatif qui n'est pas accepté et qui « les gène » soit la vasectomie, méthode chirurgicale et définitive très dure à accepter.

3. Rôle des agents communautaires sur la planification familiale

Connaissances et utilisation

La majorité des agents communautaires ont reçu des formations relatives au planning familial. En revanche pour la totalité, ces formations n'étaient pas complètes ou bien datent d'il y a longtemps, sans remise à niveau si ce n'est par le médecin chef du CSB ou bien la sage-femme. Il semblerait donc que ces agents communautaires manquent de formations cadrées qui puissent leur apporter les outils nécessaires pour convaincre la communauté d'utiliser des méthodes contraceptives malgré la conviction de cette nécessité.

Malgré ces lacunes, la totalité des agents communautaires sont capables de citer plusieurs méthodes contraceptives, que cela soit des méthodes modernes, naturelles, courtes ou longues durées, et ils sont sensibilisés à l'utilisation du planning familial. Selon eux, les méthodes les plus efficaces sont l'implant ou l'injection, ce qui se retrouve avec les méthodes les plus utilisées que sont, en plus de l'implant et de l'injection, la pilule et le DIU. Certains de ces agents communautaires, ceux spécialisés dans la planification familiale, sont en possession de méthodes contraceptives et sont habilités à les délivrer. La plupart possèdent des préservatifs et des pilules, mais certains pratiquent également l'injection. Les autres sources de procuration des méthodes contraceptives par les femmes de Manakara sont le CSB ou bien elles peuvent attendre le passage de l'équipe mobile de Marie Stopes.

Déroulé d'une consultation de planification familiale

La quasi-totalité des agents communautaires reçoit des femmes de tout âge et de tout statut matrimonial en consultation de planification familiale. Pour certains, cela se résument à des conseils et des explications concernant les méthodes contraceptives ou bien concernant la venue de l'équipe mobile de Marie Stopes. Pour d'autres, ils procèdent à un réel interrogatoire dans le but de délivrer une méthode contraceptive à l'aide de tableaux décisionnels. En revanche, en cas de doutes ou bien si les agents communautaires n'ont pas la méthode contraceptive souhaitée par la femme, ils en réfèrent au CSB.

Concernant les effets secondaires à l'utilisation de méthodes contraceptives, très peu sont retrouvés ; selon les agents communautaires cela dépend de la santé de la femme. En revanche il reste encore quelques rumeurs à propos de maladies voire de stérilité provoquées par les méthodes contraceptives mais les agents communautaires essaient de convaincre les personnes sur l'innocuité du planning familial. En effet, toutes les occasions sont bonnes pour eux de faire leur sensibilisation afin de convaincre de l'importance de l'utilisation du planning familial et de son innocuité : les consultations, les séances de sensibilisation quelconques (CPN, vaccination), les réunions avec la communauté ou bien même directement au niveau de la communauté ou à domicile.

Utilisation du planning familial par les jeunes filles célibataires

Il apparaît que les jeunes filles commencent leurs premiers rapports sexuels très tôt dans leur vie et toute la communauté semble le savoir, c'est pourquoi la sensibilisation des agents communautaires est très importante envers ce public afin d'éviter des grossesses non désirées. Certaines jeunes filles consultent les agents communautaires et prennent une méthode contraceptive mais encore nombre d'entre elles tombent enceintes involontairement.

Les agents communautaires sont au cœur de la sensibilisation : lors de réunions, de rencontres fortuites programmées. Ils sont conscients des nombreuses conséquences que peut avoir une grossesse non désirée : pour la jeune fille (avortement, impacts sur le corps et la santé, arrêt de la scolarité), pour la famille (charge économique, dispute) et pour le bébé lui-même (faible poids de naissance). Ils essaient donc, avec tous ces arguments, de convaincre les jeunes filles, leurs parents et la communauté qu'il vaut mieux prévenir en prenant une méthode contraceptive plutôt que de devoir assumer une grossesse non désirée mais cela semble encore difficile.

Utilisation du planning familial par les femmes en post-partum

Les agents communautaires sont formés à la sensibilisation de la communauté à l'utilisation du planning familial et cela particulièrement auprès des femmes enceintes ou en post partum qui sont les personnes principalement concernées. Cette sensibilisation semble être permanente, les agents communautaires profitant de toutes les occasions possibles pour rappeler l'importance de la planification familiale dans la gestion de la vie de famille. En effet, ils interviennent dès la grossesse de la femme notamment lors des CPN, mais également après l'accouchement pendant les séances de vaccination, de pesée ou lors de consultations quelconques. De même, afin de toucher toute la communauté sans exception, ils peuvent faire des visites à domicile par exemple pour les femmes qui ont accouché chez elle, ou bien ils font des sensibilisations lors de regroupements, d'évènements ou encore tout simplement dans la rue lorsque l'occasion se présente.

Lors de ces sensibilisations, les agents communautaires essaient de convaincre les jeunes mamans d'utiliser une méthode contraceptive dès leur accouchement et cela pour maîtriser les intervalles de naissance entre leurs enfants. Les 2 principaux arguments délivrés par les agents communautaires sont

- Tout d'abord la raison économique, car, d'une part, un enfant représente un coût très important pour le ménage, et d'autre part parce que les parents, devant rester au foyer, ne peuvent plus travailler ;
- Ensuite les agents communautaires sensibilisent sur le fait que si les grossesses sont trop successives, les parents n'auront pas les moyens de s'occuper de leurs enfants convenablement.
- De même, à cause de toutes ses conséquences, le non-contrôle des naissances entraîne des disputes dans les couples, allant parfois jusqu'à la séparation à cause des difficultés à gérer un ménage avec trop de trop jeunes enfants.

En plus de la sensibilisation sur l'importance d'espacer les naissances, les agents communautaires conseillent des méthodes contraceptives aux femmes. Par exemple pour les femmes en post-partum, la majorité des agents communautaires vont conseiller la méthode de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à maximum 6 mois, pour ensuite conseiller une méthode moderne artificielle, sans préférence pour l'une ou pour l'autre, l'important étant que la femme soit sous contraception.

Rôle de l'entourage

Il semblerait que l'entourage soit un pilier dans l'utilisation du planning familial que cela soit les parents pour les jeunes filles, les conjoints pour les femmes en couple ou bien tout simplement la communauté. Néanmoins, il semblerait que le travail de sensibilisation porte ses fruits avec une démocratisation de l'utilisation des méthodes contraceptives ainsi qu'une facilité à aborder le sujet. De même, les discussions entre amies semblent être un point de départ à l'initiation de la prise d'une méthode contraceptive.

Concernant les jeunes filles célibataires, leurs parents sont des acteurs importants : les pères sont encore difficiles à convaincre, en revanche de nombreuses mères sont à l'origine de la décision de donner une méthode contraceptive à leurs filles. En effet, les problématiques des grossesses non désirées et des avortements semblent être récurrentes à Manakara, forçant les familles à prendre leurs responsabilités au plus tôt. En revanche, certains parents sont encore réticents et n'acceptent pas que leurs filles utilisent une contraception, les forçant à se prendre en charge en cachette.

Le même problème est également retrouvé au niveau des conjoints des femmes en couple. En effet, certains ne sont pas encore convaincus et refusent la prise de méthodes contraceptives par leurs femmes qui se retrouvent parfois à devoir le faire en cachette. Néanmoins, cela ne concerne qu'une minorité de conjoints, en effet, pour la plupart, ils sont pour et soutiennent leurs femmes dans la prise en charge de planification familiale en les accompagnant à leurs rendez-vous et/ou en les leurs rappelant. Une réticence persiste néanmoins dans l'utilisation de méthodes contraceptives par les hommes eux-mêmes, cela certainement à cause du manque de choix : le préservatif très peu apprécié et la vasectomie, méthode chirurgicale et définitive qui fait peur aux hommes.

Partie 5 : Discussion

I. Synthèse des résultats

1. Connaissances des femmes vis-à-vis de la contraception

Les femmes enceintes incluses ont des bonnes connaissances vis-à-vis de la contraception. En effet, 67% connaissent la signification du terme « planning familial » ; 90% connaissent des méthodes contraceptives ; et 93% connaissent les lieux où se les procurer. En revanche, l'étendue des méthodes contraceptives connues est limitée, les méthodes les plus citées étant les méthodes artificielles telles que l'injection, les pilules, l'implant et le DIU (95%, 76%, 59% et 18% respectivement). De même, le préservatif est très peu évoqué à 8,5%. Les 3 principales sources d'informations relatives au planning familial sont les CSB, les agents communautaires et l'entourage (66%, 28% et 19%).

Ainsi, même si la signification du terme « planning familial » n'est connue que par deux tiers des femmes incluses, cela peut s'expliquer du fait de la complexité de sa définition étant donné les nombreuses notions que cela comporte. En revanche la quasi-totalité des femmes connaissent des méthodes contraceptives probablement du fait que de nombreuses campagnes de sensibilisation autour du planning familial touchent ces districts, que cela soit par des intervenants extérieurs ou tout simplement par les agents communautaires. En effet, les données qualitatives ont permis de mettre en évidence que, de manière générale, les femmes sont très bien informées sur les méthodes contraceptives et sur leurs utilités.

Or il apparait une lacune concernant l'étendue des connaissances : là encore, dans les données qualitatives, les seules méthodes citées par les femmes sont l'injection, la pilule, l'implant et le calendrier. Les données qualitatives contredisent les données quantitatives, informant que la principale source d'information des femmes est l'entourage ; cela pourrait expliquer que les seules méthodes contraceptives connues soient celles qui sont principalement utilisées dans la communauté. Néanmoins, il apparait également, que les discussions autour du planning familial restent dans une sphère privée entre deux personnes et donc la quantité d'informations reçue reste extrêmement faible.

Concernant l'utilité du planning familial, toutes les femmes interviewées savent que les méthodes contraceptives servent à espacer les naissances ce qui permet d'élever les nouveau-nés et de pouvoir subvenir aux besoins de toute la famille à cause de la difficulté de la vie. Toutes ces connaissances peuvent s'expliquer grâce au rôle des agents communautaires et des professionnels de santé qui sont très impliqués dans ce partage de connaissances et sensibilisent la population à l'utilisation de méthodes contraceptives.

2. Pratiques des femmes vis-à-vis de la contraception

Parmi la totalité des femmes incluses, une petite majorité a déjà utilisé une méthode contraceptive (58%) contre 42% qui n'en ont jamais utilisées. Ce taux est plutôt encourageant, surtout comparé aux données qualitatives où l'on voit que la moitié des jeunes mères utilisent une méthode contraceptive.

La majorité des femmes commence à utiliser une méthode contraceptive entre 18 et 24 ans (52%) et/ou lorsqu'elles sont en couple (72%). Plusieurs explications peuvent être soulevées. Tout d'abord le fait que les jeunes filles et les femmes célibataires ont un accès limité aux méthodes de planification familiale à cause de la pression sociale. En effet, comme retrouvé dans les données qualitatives, même s'il est connu que les femmes puissent avoir des relations sexuelles hors mariage, cela n'est pas assumé, de même pour les jeunes filles. Or à Madagascar, l'âge à la première union est de 19 ans (39). A cela s'ajoute la désinformation qui alimente les rumeurs autour des méthodes contraceptives laissant une peur pour les femmes de ne plus pouvoir avoir d'enfants si elles utilisent une méthode contraceptive. Tout cela explique le retard dans la prise de méthodes de planification familiale.

La principale méthode utilisée par les femmes était l'injection (79%), viennent ensuite les pilules (16%) et l'implant (13%). Les femmes interrogées lors des entretiens qualitatifs expliquent cette préférence pour la méthode injectable par sa facilité d'utilisation et ses faibles impacts sur le corps. En effet, il ne s'agit que d'une piqûre tous les trois mois ce qui permet aux femmes d'être plus observantes. Un autre avantage est que les femmes peuvent arrêter cette méthode rapidement si elles souhaitent à nouveau avoir des enfants. De même, cette méthode est discrète, les femmes peuvent donc utiliser cette méthode contraceptive en toute intimité et parfois même cachées de leurs maris. Concernant la pilule, c'est une méthode connue et facile à se procurer. En revanche, les professionnels de santé informent que les femmes en brousse ont du mal à la prendre régulièrement ce qui impacte sur son efficacité. L'implant est également beaucoup utilisé certainement des suites des passages réguliers de Marie Stopes qui fait des campagnes de sensibilisation massives ainsi que des poses de cette méthode. Mais il existe encore des réticences vis-à-vis de cette méthode, beaucoup de femmes ayant peur de l'acte de la pose d'une part et d'avoir un corps étranger dans leur propre corps d'autre part.

Il est à noter que le préservatif n'est utilisé que dans de très rares cas (0,34%). Tous les acteurs interviewés dans le volet qualitatif ont confirmé cette donnée et y ont donnée plusieurs explications. Premièrement, les hommes refusent de les utiliser à cause d'une gêne et d'une perte de plaisir. Deuxièmement, la non-connaissance des maladies sexuellement transmissibles (MST) ou encore une stigmatisation de ceux utilisant des préservatifs comme

étant malades freinent énormément son utilisation. Et troisièmement à cause du lien qui est fait entre l'utilisation du préservatif et l'infidélité.

Le principal lieu où les femmes se procurent leurs méthodes contraceptives est le CSB (72%). En revanche, dans notre étude, de nombreuses femmes obtiennent leurs méthodes contraceptives directement auprès des agents communautaires (22%). En effet, les données qualitatives nous ont renseignées comme quoi ces derniers sont en possession de certaines méthodes telles que l'injection, la pilule et le préservatif. La préférence pour ce lieu de procuration peut s'expliquer d'une part par un gain de temps, la femme n'ayant pas à se déplacer jusqu'au CSB et à y attendre son tour. En plus, les consultations de planification familiale se font à des jours et à des heures spécifiques tandis que chez l'agent communautaire, les femmes sont libres d'y aller quand elles le souhaitent. Ce lieu permet aux femmes d'avoir une offre de proximité facile d'accès et d'être plus discrètes. Il est néanmoins à noter que les agents communautaires ont pour la plupart suivi des formations relatives aux planning familial leur permettant de délivrer des méthodes contraceptives simples et de repérer les cas nécessitant une consultation médicale.

3. Facteurs influençant l'utilisation de la contraception

Les facteurs influençant l'utilisation passée de méthodes contraceptives retrouvés à l'aide du modèle de régression logistique multivariée ont été : l'âge, la religion, l'avis sur l'utilité du planning familial, les antécédents de grossesse, le rôle du conjoint et l'intervalle de naissance idéal selon le nombre de personnes dans le foyer.

De nombreuses hypothèses peuvent être exprimées. Concernant l'âge, plus les femmes sont âgées, plus elles ont utilisé les méthodes contraceptives. Il semblerait que l'accès aux services de planification familiale reste limité pour les jeunes filles. D'une part, les rapports sexuels hors mariage ne sont pas acceptés : lors des entretiens qualitatifs, certains agents communautaires et professionnels de santé ont signalé faire la morale aux jeunes filles ayant des rapports sexuels hors mariage, ainsi les jeunes filles non mariées sont stigmatisées et reçoivent des morales. D'autre part, les parents sont un frein à l'utilisation de méthodes contraceptives par leurs filles car, malgré une sensibilisation active notamment des agents communautaires vis-à-vis de la prévention des grossesses précoces, les jeunes filles n'assument pas d'avoir des rapports sexuels ainsi leurs parents pensent que leurs filles ne sont pas encore sexuellement actives et donc ne les poussent pas à l'utilisation de méthodes contraceptives.

A propos des antécédents des grossesses, les femmes qui ont des antécédents de grossesses ont plus utilisé les méthodes contraceptives que celles pour qui c'est la première grossesse. Plusieurs explications sont ressorties des données qualitatives. Tout d'abord il est apparu que la principale raison pour laquelle les femmes utilisent une méthode contraceptive

est l'espacement des naissances, ainsi les femmes ne voient pas d'utilité dans l'utilisation des méthodes contraceptives avant d'avoir eu une grossesse. De même, pour les jeunes filles, une fois qu'elles ont eu une grossesse, leur sexualité n'est plus cachée ce qui leur facilite l'accès à la contraception. Ensuite, les discours prédominants concernant les effets secondaires des méthodes contraceptives font peur aux femmes. En effet, encore de nombreuses rumeurs informent que les méthodes contraceptives peuvent rendre malades voire stériles. Ainsi malgré la sensibilisation active des agents communautaires et des professionnels de santé sur la différence entre les méthodes contraceptives temporaires, courte ou longue durée, et les méthodes contraceptives définitives, de nombreuses femmes, ou leurs conjoints, ont peur de ne pas pouvoir avoir d'enfants après l'utilisation de méthodes contraceptives. C'est pourquoi il est fréquemment observé que les femmes préfèrent attendre d'avoir au moins une grossesse sinon le nombre total d'enfants souhaités avant d'utiliser une méthode contraceptive. Enfin, le fort taux de mortalité amène les familles à avoir beaucoup d'enfants au cas où certains d'entre eux devraient décéder afin d'avoir toujours des enfants dans la famille.

Le rôle du conjoint est également important avec un ORa=9,17 quand les femmes sont entièrement soutenues par rapport à quand elles ne le sont pas du tout (IC=[2,64-38,65]) ajusté sur les autres variables. Les données qualitatives montrent que les avis des hommes vis-à-vis du planning familial sont très variables. La majorité des conjoints soutient leurs femmes dans leur prise en charge de planification familiale (80%). On peut supposer que ces derniers sont tout autant sensibilisés à l'importance de l'espacement des naissances que les femmes. En effet, il est difficile d'élever beaucoup d'enfants tant pour les éduquer que pour les nourrir. Ainsi certains hommes peuvent accompagner leurs femmes dans l'utilisation du planning familial voire être à l'origine de la décision de l'utiliser En revanche, encore 20% des conjoints sont des freins à l'utilisation des méthodes contraceptives. Il apparaîtrait dans les données qualitatives que les hommes souhaitent des familles plus nombreuses que les femmes. En effet, avoir beaucoup d'enfants est encore synonyme de prestige. De même, les enfants quand ils seront grands, pourront apporter une aide matérielle et financière. On peut également supposer que les hommes sont moins les cibles des informations relatives au planning familial, ainsi les informations qu'ils reçoivent sont celles qui circulent dans la communauté et concernent donc principalement les effets secondaires et les rumeurs. Donc les conjoints auraient peur que leurs femmes soient malades voire stériles à cause des méthodes contraceptives.

Enfin, concernant l'intervalle de naissance comme pour l'avis sur l'utilité du planning familial, on voit que les femmes sont bien sensibilisées à l'utilisation du planning familial et à son utilité avec plus de 80% des femmes qui souhaitent un espacement de naissances de 3 ans ou plus

et 90% des femmes qui pensent que le planning familial est utile. En revanche, il apparaît que bien que les femmes souhaitent espacer leur prochaine naissance de 3 ans ou plus, certaines d'entre elles n'utilisent pas de méthodes contraceptives et se retrouvent avec un foyer composé de plus de 5 personnes. Cela met en évidence un probable besoin non satisfait en planning familial qui est peut-être le résultat de tous les facteurs précédents.

II. Validité de l'étude

1. Validité interne

Du projet EDRaS

La première limite de cette étude est la sélection des *Fokontany*. En effet, ils ont été sélectionnés en fonction de leur appartenance à une zone d'action d'une ONG partenaire de l'USAID. Or ces ONG interviennent sur le territoire malgache notamment afin de développer l'accès à la santé et de sensibiliser les populations. Ainsi nos données sont peut-être surestimées par rapport à la population générale. En revanche, l'inclusion exhaustive de toutes les femmes présentant les critères d'inclusion grâce à l'implication des agents communautaires permet une représentativité des femmes appartenant aux zones d'action de l'USAID. Cette question de représentativité se pose d'autant plus pour le district de Moramanga dans lequel la superposition de l'observatoire de santé a fortement limité et concentré les *Fokontany* inclus.

Ensuite concernant les modes de recueil, les entretiens étant menés en face à face, ont pu influencer certaines réponses, de même il a pu y avoir des biais de prévarication lorsque les informations étaient sensibles. Des questions faisaient référence à des faits passés, il a donc également pu y avoir des biais de mémorisation. De plus, certains entretiens qualitatifs ont été conduits en français traduits en malgache instantanément ce qui a pu entraîner des biais d'informations avec des pertes à cause de la traduction.

De cette thèse

Découlant de la méthodologie du projet EDRaS, la population d'étude, à savoir les femmes enceintes, n'était pas la plus adaptée afin de renseigner le recours au planning familial. En effet, cette population n'est pas représentative de la population utilisatrice de méthodes contraceptives. De plus, nous pouvons noter que la variable dépendante « utilisation passée de méthodes contraceptives » n'était pas la plus adaptée pour évaluer l'utilisation de la contraception. En effet, à cause du choix de l'échantillon nécessaire pour répondre aux autres objectifs de l'étude EDRaS, certaines informations n'étaient pas disponibles. Par exemple une variable « besoins non satisfaits en planning familial » aurait pu mieux refléter les déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives.

Enfin certains biais de confusion sont à noter. Tout d'abord les analyses ont été confrontées à un problème de temporalité indécelable. En effet, il était parfois impossible de faire le lien entre la prise de méthodes contraceptives et un facteur explicatif dans le sens où il n'était pas possible de déterminer quel évènement s'était produit en premier dans la vie de la femme. De même, certaines caractéristiques, notamment les données socio-démographiques, correspondent au moment de l'enquête et cela est comparé avec l'utilisation passée de méthodes contraceptives. Il y a donc une forte hypothèse selon laquelle ces données étaient les mêmes lors de l'utilisation des méthodes contraceptives. De plus, une analyse descriptive par district a mis en évidence des différences significatives entre les populations de femmes en fonction du district d'étude, ce qui a pu diluer les impacts de certaines caractéristiques sur l'utilisation de méthodes contraceptives. En effet, il a été choisi d'analyser l'échantillon en entier afin de conserver la variabilité : en revanche, l'intégration de termes d'interaction avec le district a permis de prendre en compte ces différences. Il est à noter qu'un modèle mixte à deux niveaux (districts et femmes) aurait pu être adapté à la situation en prenant en compte que les femmes d'un même district se ressemblent plus que les femmes venant de districts différents.

2. Validité externe

Un certain nombre d'études rapporte les connaissances et les pratiques liées à la contraception au niveau des pays à ressources limitées, néanmoins la plupart de ces études datent des années 1980/1990 et la quasi-totalité de ces études était effectuée auprès des femmes en âge de procréer (non enceintes). De même, la majorité des études cherche les déterminants des besoins non satisfaits en planification familiale plutôt que ceux de la simple utilisation de méthodes contraceptives.

Connaissances des femmes vis-à-vis de la contraception

Connaissances générales des méthodes contraceptives

Concernant les connaissances de la contraception à Madagascar, les données de cette étude peuvent être comparées à l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de Madagascar de 2009 (38). Dans ce rapport, il est noté que 94% des femmes connaissent une méthode contraceptive quelconque contre 90% dans notre étude. En revanche, pour s'intéresser aux méthodes contraceptives effectivement connues par les femmes, l'EDS 2009 de Madagascar n'a pas utilisé la même méthodologie que le projet EDRaS. En effet dans cette dernière, on laissait tout simplement les femmes citer les méthodes contraceptives qu'elles connaissaient tandis que dans l'EDS 2009 de Madagascar, après citation spontanée, les connaissances des femmes étaient questionnées sur chaque méthode individuellement. Ainsi les proportions de connaissances sont beaucoup plus élevées dans cette EDS 2009 de Madagascar. Par

exemple, les méthodes les plus citées sont l'injection à 89% ainsi que la pilule à 88%. Concernant l'implant, les proportions de femmes qui connaissent cette méthode sont similaires dans les 2 enquêtes (59% pour EDRaS et 57% pour l'EDS 2009).

Connaissances du préservatif

Contrairement à notre étude, le préservatif masculin est également beaucoup cité à 85%, cela peut s'expliquer avec la façon dont les données ont été collectées. Probablement que la proportion de femmes connaissant le préservatif est en réalité beaucoup plus élevée dans notre échantillon, or le préservatif étant très peu utilisé, peu de femmes le cite spontanément comme étant une méthode contraceptive. Cette différence peut également s'expliquer du fait que l'EDS 2009 de Madagascar a été réalisée au niveau national tandis que notre étude est concentrée en milieu rurale. En effet, prenons par exemple *Gastineau et al* (49) qui se sont intéressés plus particulièrement aux connaissances des jeunes de la capitale de Madagascar, Antananarivo. Dans cet article, il ressort que la méthode la plus connue par les jeunes est le préservatif avec 84% des jeunes filles qui en ont entendu parler et 52% qui connaissent son fonctionnement. Cela s'explique par les sensibilisations dispensées à l'école sur la prévention du VIH/SIDA.

Connaissances des méthodes naturelles

De plus, concernant les méthodes naturelles, notre étude recense seulement 3% de femmes qui connaissent l'abstinence, contre 60% dans l'EDS 2009. Dans l'article de *Gastineau et al,* l'abstinence périodique est la deuxième méthode contraceptive connue par les jeunes filles à 73% (43% de connaissances du fonctionnement). Ces différences par rapport à notre échantillon peuvent provenir du moyen de collecte des données sinon d'une différence du niveau d'éducation, ou d'une différence d'enseignements sur la santé sexuelle et reproductive entre les milieux urbains et ruraux avec peut-être un conservatisme plus important en milieu rural empêchant l'accès à l'information des jeunes.

Comparaison aux pays à ressources limitées d'Afrique Subsaharienne

En Afrique Subsaharienne, peu de données récentes sur le taux de connaissances des méthodes contraceptives sont disponibles à l'exception des EDS des pays. Les taux de connaissances sont variables mais encourageants, surtout que pour la plupart des pays, ces niveaux de connaissances ont augmenté ces dernières années comme au Burkina Faso, au Tchad et en RDC (50–52). *Musa et al* en 2016 (53) ont mené une enquête similaire à la nôtre en renseignant l'utilisation passée de méthodes contraceptives chez des femmes venant d'accoucher en Ethiopie, principalement en milieu rural également. Parmi celle-ci, 87% ont informé avoir déjà entendu parler de méthodes contraceptives mais aucune donnée n'informe sur les types de connaissances.

Pratiques des femmes vis-à-vis de la contraception

Utilisation des méthodes contraceptives

Concernant les pratiques, la proportion de femmes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive est légèrement inférieure dans l'EDS 2009 (50%) par rapport à cette enquête (58%). Cette légère différence peut s'expliquer du fait que l'EDS date de 2009, ainsi, l'utilisation de la contraception a pu se développer. De plus, peut-être que notre région d'étude est plus utilisatrice de méthodes contraceptives des suites des interventions des ONG partenaires de l'USAID. Très peu de données au niveau mondiale se rapportent à ce taux d'utilisation passée de méthodes contraceptives, il est donc difficile de le comparer. En effet, la quasi-totalité des études s'intéressent à la prévalence contraceptive. L'article de *Musa et al* (53) de 2016 donne une proportion d'utilisatrices passées de méthodes contraceptives modernes de 41%. Ainsi, même si cette proportion ne concerne que l'utilisation de méthodes contraceptives modernes, cette proportion est largement inférieure à celle retrouvée dans notre étude, malgré une proportion de femmes qui connait des méthodes contraceptives similaires.

Méthodes contraceptives utilisées

Les méthodes contraceptives les plus utilisées dans l'EDS 2009 sont également les méthodes modernes avec la méthode injectable en première ligne (26%) suivie des pilules (17%). L'utilisation de l'implant était beaucoup moins démocratisée dans l'EDS 2009, cette différence peut s'expliquer avec l'intervention de partenaires extérieurs telle que Marie Stopes pratiquant la pose de cette méthode. Dans beaucoup de pays d'Afrique Subsaharienne, la méthode contraceptive la plus utilisée est également l'injection comme on le voit dans les différents EDS par exemple du Kenya (2010) (54), du Nigéria (2013) (55) ou de l'Ouganda (2016) (56). De même, en Ethiopie, 70% des femmes ont utilisé l'injection (53)

Cette utilisation plus importante de l'injection peut s'expliquer grâce à la disponibilité de cette méthode chez les agents communautaires. En effet, un article de *Hoke et al* de 2010 (57) montre un essai qui avait été fait à Madagascar sur la mise à disposition de la méthode injectable au niveau communautaire. Cette étude conclut que les agents communautaires sont largement aptes à fournir cette méthode et dans de bonnes conditions. De même, il semblerait que ce service augmente l'utilisation de la contraception. Ces essais pilotes ont été menés également en Ouganda, au Nigéria et au Kenya. Dans tous les cas, le rôle des agents communautaires est ressorti comme étant un réel incitateur à l'utilisation des méthodes contraceptives (58). De même, dans chacun de ces 3 pays, l'injection est également la méthode contraceptive la plus utilisée (54–56). D'autres raisons pour la préférence de cette méthode sont évoquées dans l'article de *Tsehaye et al* en 2013 (59). On y retrouve le fait de ne pas avoir à y penser quotidiennement ainsi que son efficacité élevée.

L'utilisation du préservatif

Il apparaît dans notre étude que le préservatif est très peu utilisé, nettement moins que dans l'EDS 2009 où 9% des femmes l'utilisaient. Cette donnée est encore très peu comparable, les données disponibles informant sur une utilisation présente de méthodes contraceptives. En revanche, si l'on compare l'EDS 2009 de Madagascar où la prévalence d'utilisation du préservatif est de 1%, les données collectées au niveau de l'Afrique Subsaharienne sont similaires avec des proportions comprises majoritairement entre 1 et 2% (50–52,54–56). On observe en revanche dans l'EDS 2009 de Madagascar que cette proportion d'utilisation du préservatif varie en fonction du lieu de résidence : 6% à la capitale et 3% en milieu urbain contre 1% en milieu rural (38). De nombreuses raisons peuvent être exprimées concernant cette non-utilisation des préservatifs. Les données qualitatives nous expliquent que les hommes n'aiment pas utiliser les préservatifs car cela leur fait perdre du plaisir, ils n'aiment pas ça. De plus le lien entre préservatif et infidélité est souvent fait. En effet, cela est également retrouvé dans l'article de *Olugbenga-Bello et al* en 2011 où ils informent que l'utilisation de cette méthode contraceptive montre un manque de confiance en son partenaire. Enfin, il apparaît une grosse lacune de connaissances relatives aux MST qu'il serait intéressant d'approfondir à Madagascar.

Facteurs influençant l'utilisation de la contraception

Déterminants de l'utilisation passée de méthodes contraceptives

Les différents facteurs influençant l'utilisation passée de méthodes contraceptives retrouvés dans notre étude sont communément retrouvés dans la littérature. En effet, de nombreuses études répertorient des facteurs de l'utilisation de méthodes contraceptives ou des déterminants du besoin non satisfait en planning familial. Par exemple cette revue de la littérature réalisée par *Wulifan et al* en 2016 (60) concernait les déterminants des besoins non satisfaits en planning familial et les facteurs de non-utilisation de la contraception dans les pays à ressources limitées. Cette revue a utilisé une approche mixte incluant des études quantitatives et qualitatives extraites de bases de données en ligne (PubMed, JSTOR et Google Scholar). Les raisons les plus fréquemment citées pour expliquer la non-utilisation de méthodes contraceptives étaient similaires à notre étude à savoir l'opposition du mari ou la peur de ce dernier que sa femme lui soit infidèle. De même, la peur des effets secondaires ou d'autres problèmes de santé liés aux méthodes contraceptives a été souvent rapportée.

Déterminants des besoins non satisfaits en planification familiale de la revue de Wulifan et al *en 2016 (60)*

Concernant les besoins non satisfaits en planification familiale, les principaux déterminants retrouvés dans cette revue ont été l'âge, le nombre d'enfants et le niveau d'instruction.

L'âge

En effet, comme on a pu le constater dans notre étude, l'âge de la femme est associé avec l'utilisation passée de méthodes contraceptives. De même que dans cette revue, l'âge était associé négativement au besoin non satisfait en planning familial c'est-à-dire que lorsque les femmes vieillissent, les besoins non satisfaits en matière de planning familial diminuent. Ce facteur est en effet fréquemment retrouvé dans la littérature comme par exemple dans l'article de *Musa et al* de 2016 (53) où l'utilisation de méthodes contraceptives modernes était négativement associé avec le fait d'être une jeune mère.

Le niveau d'instruction

Le niveau d'instruction avait la même association avec le besoin non satisfait en planning familial. En effet, ce facteur se retrouve très fréquemment dans la littérature en revanche, dans notre étude, le niveau d'étude n'a pas été associé à l'utilisation passée de méthodes contraceptives.

Le nombre d'enfants

En outre, cette revue a constaté que le nombre d'enfants était un déterminant associé aux besoins non satisfaits en planning familial d'une femme. Cela n'a pas été montré directement dans notre étude, en revanche, le fait que les femmes ayant plus de 5 personnes dans leur foyer utilisent moins de méthodes contraceptives malgré le fait qu'elles veuillent espacer leur prochaine naissance d'au moins 3 ans, cela pourrait montrer ce besoin non satisfait en planification familiale.

Autres facteurs

De nombreux autres facteurs ont été retrouvés associés aux besoins non satisfaits en planification familiale. On retrouve par exemple dans cette revue :

- Des facteurs liés à la femme (autonomisation et prise de décision, religion, revenus, niveau d'éducation, connaissance et sensibilisation au planning familial, avortements précédents, nombre d'enfants ou de grossesses, âge au mariage, âge, approuvement du planning familial, expérience de décès infantile) ;
- Liés au partenaire (niveau d'éducation, désir d'enfants, approuvement du planning familial) ou au couple (discussion) ;
- Liés à la communauté (milieu rural, niveau socio-économique, préférence pour les enfants garçons) ;
- Liés aux services de santé (disponibilité des méthodes contraceptives, accès au service, accès à l'information).

III. Recommandations et perspectives de santé publique

1. Sur le plan de la recherche

Une question inquiétante qui n'était pas l'objet de cette recherche mais qui est ressortie avec le non-usage voire la non-connaissance du préservatif est celle des maladies sexuellement transmissibles. Il serait intéressant de mener une étude sur la connaissance et la prévalence de ces maladies sexuellement transmissibles dans ces régions et d'en analyser le lien avec la non-utilisation du préservatif. Dans tous les cas, il semble nécessaire de délivrer des informations relatives aux maladies sexuellement transmissibles.

De même une recherche sur l'utilisation des méthodes contraceptives auprès des femmes non enceintes permettrait de déterminer une prévalence contraceptive dans ces régions et permettrait de mesurer plus précisément l'impact des actions des ONG partenaires de l'USAID. Cette recherche pourrait même permettre de déterminer le taux de besoins non satisfaits en planification familiale ce qui serait un meilleur indicateur afin de mieux cibler les besoins des femmes.

2. Sur le plan programmatique

Au vu des résultats retrouvés, il semblerait nécessaire d'approfondir les informations délivrées aux femmes en communauté afin d'élargir leur panel de connaissances autour des méthodes contraceptives afin que leur choix de méthodes soit plus éclairé. Pour cela, il faudrait organiser des formations systémiques et répétées auprès des agents communautaires chargés de délivrer les informations relatives au planning familial. En effet, bien que cela fasse partie de leur mission, il est apparu une grosse lacune en termes de formation des agents communautaires : formations incomplètes, discontinues, manque de supports, etc. De même, une meilleure connaissance des femmes vis-à-vis des méthodes contraceptives permettrait de dépasser les rumeurs concernant les effets secondaires des méthodes contraceptives et donc une meilleure utilisation.

Les discours sur l'importance de la contraception se résument à l'espacement ou à l'arrêt des naissances, ceux-là doivent être élargis notamment à la prévention de la transmission des maladies sexuellement transmissibles avec l'utilisation du préservatif. De même, les jeunes filles et les femmes célibataires doivent être intégrées dans ce processus de prise en charge de planification familiale afin d'éviter les grossesses non désirées. En effet, il est apparu que la stigmatisation des rapports sexuels hors mariage empêchait l'utilisation des méthodes contraceptives. Il est donc nécessaire d'accentuer les sensibilisations auprès de ce public.

La disponibilité des méthodes contraceptives chez les agents communautaires permet une offre de proximité ce qui augmente l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes

en milieu communautaire. Cette mission a été pensée par le gouvernement malgache qui a énoncé dans son plan d'action national budgétisé 2016-2020 (44) vouloir mettre à disposition chez les agents communautaires les méthodes telles que le préservatifs et la pilule. Au vu de l'efficacité de la délivrance de la méthode injectable démontrée dans l'article de *Hoke et al* de 2010 (57), ce service doit continuer d'être étendu afin d'optimiser l'offre de planification familiale.

Au vu de l'impact de l'entourage, il est important d'inclure tous les acteurs de la communauté dans le processus d'informations et de sensibilisations. En effet, plus le nombre de personnes convaincues de l'innocuité et de l'efficacité des méthodes contraceptives est élevé, plus le nombre d'utilisateurs augmente également grâce au bouche-à-oreille. De plus, la sensibilisation doit également se concentrer autour des hommes. Il est apparu que nombre d'entre eux sont sceptiques à l'utilisation des méthodes contraceptives, c'est un public difficile à convaincre mais essentiel dans la prise en charge de planning familial du couple.

Partie 6 : Conclusion

Le planning familial est un axe de la santé materno-infantile très important et à ne pas négliger. En effet, au regard direct de son apport, celui-ci permet de réduire la mortalité materno-infantile en donnant la possibilité aux femmes de décider du quand, comment et combien d'enfants elle aura. Elle pourra ainsi prendre soin d'elle et de sa santé, de sa grossesse ainsi que de son enfant. De manière indirect, le planning familial est également un pilier du développement d'un pays. Celui-ci permet un contrôle démographique du pays, fournissant assez de mains d'œuvre afin que cette dernière soit efficace et efficiente dans le sens où chaque femme et chaque enfant aura le temps et les moyens nécessaires pour apporter à la société le meilleur d'eux-mêmes. Il est important de préciser que le terme « planning familial » ne se résume pas à « contraception » mais qu'il englobe bien plus que cela jusqu'à l'obtention d'une famille heureuse.

Le développement du planning familial est complexe. Il nécessite la transmission d'informations justes et complètes à l'entièreté de la communauté : des plus grandes instances gouvernementales jusqu'au plus petit consommateur en passant par toutes les personnes concernées de près ou de loin. En synergie à ce déploiement d'informations doit suivre l'offre de soins et de services adéquat afin de satisfaire les demandes et les besoins de chacun.

Madagascar montre un intérêt particulier pour le planning familial. Ce dernier est plus ou moins répandu à travers le pays et y est plus ou moins utilisé. En revanche, de nombreuses lacunes sont encore à combler. En effet, malgré une politique malgache qui semble être en faveur du développement du planning familial avec de nombreux plans d'activités, en pratique, l'accès au planning familial reste limité comme le montre la faible prévalence contraceptive et la forte fécondité. De nombreux efforts sont encore à fournir pour convaincre toute la population à une utilisation saine du planning familial, que cela soit en termes du contrôle des naissances ou du contrôle de la transmission des maladies sexuellement transmissibles. Pour cela, des attentions particulières devront être portées à la transmission d'informations et à la fourniture de ressources, tant humaines que matériels. Tous les efforts doivent être concentrés afin d'obtenir en concomitance une compréhension et un désir d'utiliser la planification familiale avec un développement structurel de l'offre de planning familial. De ces phénomènes résultera une confiance dont découlera une utilisation adéquate et en conscience de la planification familiale.

« *La santé de la mère et de l'enfant dépend du planning familial* » (AC, Manakara)

REFERENCES

1. OMS. Planification familiale [Internet]. [cited 2018 Aug 23]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/fr/

2. Guttmacher Institute. The Measurement and Meaning of Unintended Pregnancy [Internet]. 2005 [cited 2018 Aug 23]. Available from: https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2003/03/measurement-and-meaning-unintended-pregnancy

3. WHO. Unmet need for family planning [Internet]. [cited 2018 Aug 23]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/unmet_need_fp/en/

4. WHO. Contraceptive prevalence [Internet]. [cited 2018 Aug 23]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/contraceptive_prevalence/en/

5. Encyclopaedia Universalis. MADAGASCAR - Universalis.edu [Internet]. [cited 2018 Mar 8]. Available from: http://www.universalis-edu.com.docelec.u-bordeaux.fr/encyclopedie/madagascar/

6. LGAventures. Climat et saisons à Madagascar [Internet]. [cited 2018 Mar 9]. Available from: http://www.chauffeur-guide-madagascar-lga.com/article-climat-et-saisons-a-madagascar-114662158.html

7. Andriantsoa R. Organisation administrative [Internet]. [cited 2018 Mar 9]. Available from: http://gasikar-histo.e-monsite.com/pages/geographie/villes-de-madagascar/

8. Le petit Futé. Madagascar - Histoire de Madagascar [Internet]. 2006 [cited 2018 Mar 8]. Available from: http://www.madadecouverte.com/madagascar-histoire.php

9. PopulationData.net. Madagascar_Fiche pays [Internet]. [cited 2018 Mar 8]. Available from: https://www.populationdata.net/pays/madagascar/

10. PopulationPyramid. Pyramides des âges - Madagascar - 2016 [Internet]. [cited 2018 Mar 9]. Available from: https://www.populationpyramid.net/ fr/madagascar/2016/

11. Banque Mondiale. Taux d'alphabétisation, total des adultes (% des personnes âgées de 15 ans et plus) | Data [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 9]. Available from: https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SE.ADT.LITR.ZS?locations=MG

12. Banque Mondiale. Taux d'alphabétisation des jeunes (% des jeunes âgés de 15 à 24 ans) | Data [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 9]. Available from: https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SE.ADT.1524.LT.ZS?locations=MG

13. Banque Mondiale. Prévalence du VIH, total (% de la population âgée de 15 à 49 ans) | Data [Internet]. [cited 2018 Mar 9]. Available from: https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.AIDS.ZS?locations=MG

14. Banque Mondiale. Incidence de la tuberculose (pour 100 000 personnes) | Data [Internet]. [cited 2018 Mar 9]. Available from: https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.TBS.INCD?locations=MG

15. Institut National de la Statistique, Programme National de Lutte contre le Paludisme, Institut Pasteur de Madagascar. Enquête sur les indicateurs du Paludisme [Internet].

2016 [cited 2018 Mar 9]. Available from: https://dhsprogram.com/pubs/pdf/MIS23/MIS23.pdf

16. OMS. Madagascar - données maladies non transmissibles [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 9]. Available from: http://www.who.int/nmh/countries/mdg_fr.pdf

17. Ngirabega J-D, Munyanshongore C, Donnen P, Dramaix M. Influence de la malnutrition sur la mortalité des enfants dans un hôpital rural au Rwanda - ScienceDirect. Rev Epidemiol Sante Publique. 2011 Oct;59(5):313–8.

18. UNICEF. Statistiques materno-infantile - Madagascar [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 9]. Available from: https://www.unicef.org/french/infobycountry/madagascar_statistics.html

19. WHO. Madagascar : WHO statistical profile [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 9]. Available from: http://www.who.int/gho/countries/mdg.pdf?ua=1

20. OMS. La peste à Madagascar [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 9]. Available from: http://www.who.int/csr/don/27-november-2017-plague-madagascar/fr/

21. Tsikomia AAM. Le Système De Santé Et De La Protection Sociale À Madagascar: Quels Sont Les Défis À Réaliser? Public Adm Reginal Stud. 2013;50–59.

22. Ministère de la santé publique. Plan de développement du secteur de la santé 2015-2019 [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 10]. Available from: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/madagascar/pdss_2015.pdf

23. Andrianiafy T, Andreas R. Statuts de la centrale d'achats de médicaments essentiels et de matériel médical de Madagascar SALAMA.

24. Ministère de la santé M. Code de la santé publique _ LOI n°2011-002. May 7, 2011.

25. Nations Unies. Objectifs du millénaire pour le développement, rapport 2015.

26. OMS. Mortalité maternelle [Internet]. [cited 2018 Jan 23]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/

27. Nations Unies. Objectif de Développement Durable - Santé et Bien-Être pour tous [Internet]. [cited 2018 Aug 24]. Available from: https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/

28. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014 Jun 1;2(6):e323–33.

29. OMS. Planification familiale/Contraception [Internet]. [cited 2018 Aug 23]. Available from: http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

30. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie [Internet]. 2018 Oct 30 [cited 2018 Nov 21]; Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718918302575

31. Bijlmakers L, Carr-Hill R, Doumbla S, Kanté N, Diarra K, Mathijssen J, et al. Pratique contraceptive et la contribution des activites de planification familiale au Mali. 2012 aout.

32. INPES. ChoisirSaContraception [Internet]. [cited 2018 Nov 21]. Available from: https://www.choisirsacontraception.fr/

33. Guttmacher Institute. Centre de données par régions [Internet]. [cited 2018 Mar 16]. Available from: https://data.guttmacher.org/regions

34. Guttmacher Institute. Induced Abortion Worldwide [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 16]. Available from: https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide

35. OMS. 10 faits sur la fistule obstétrique [Internet]. [cited 2018 Mar 16]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/fr/

36. Institut National de la Statistique, Direction de la Démographie et des statistiques sociales. Enquête démographique et de santé Madagascar 1997. 1998.

37. Institut National de la Statistique, Ministère de l'Economie, des finances et du budget, Ministère de la santé et du planning familial. Enquête démographique et de santé Madagascar 2004. 2005.

38. Institut National de la Statistique, Ministère de l'Economie et de l'Industrie. Enquête démographique et de santé Madagascar 2009. 2010.

39. Institut National de la Statistique. Enquête nationale sur le suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement à Madagascar : 2012-2013 [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 23]. Available from: http://madagascar.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/OMD_Resume.pdf

40. Bailey PE, Andualem W, Brun M, Freedman L, Gbangbade S, Kante M, et al. Institutional maternal and perinatal deaths: a review of 40 low and middle income countries. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2017 Sep 7 [cited 2018 Nov 22];17. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5590194/

41. Rakotomalala Randrianandraisana L. Le Planning Familial à Madagascar [Internet]. Memoire Online. 2009 [cited 2018 Jul 2]. Available from: https://www.memoireonline.com/04/09/2035/Le-Planning-Familial-a--Madagascar.html

42. Marie Stopes Madagascar | Zaza nirina, saina milamina [Internet]. [cited 2018 Aug 24]. Available from: http://www.mariestopes.org.mg/

43. Garenne M. Planning familial et fécondité en Afrique : Evolution de 1950 à 2010 [Internet]. [cited 2018 Jul 4]. Available from: http://www.ferdi.fr/sites/www.ferdi.fr/files/publication/fichiers/p194-ferdi-garenne_1.pdf

44. Ministère de la santé publique. Plan d'action national budgétisé en planification familiale à Madagascar, 2016-2020 [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 12]. Available from: http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2017/10/PANB_Madagascar_18-sept-2017.pdf

45. Ministère de la santé, du planning familial et de la protection sociale. Politique nationale en planification familiale (2008-2012) [Internet]. 2008 [cited 2018 Mar 12]. Available from: https://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/08-Madagascar-National-Family-Planning-Policy-2008-2012.pdf

46. Larousse, Éditions. Indice synthétique de fécondité [Internet]. [cited 2018 Nov 20]. Available from: http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/indice_synthétique_de_fécondité/51481

47. Le Parisien, sensAgent. Parité : définition de Parité et synonymes de Parité (français) [Internet]. [cited 2018 Nov 20]. Available from: http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/Parit%C3%A9/fr-fr/

48. Hernandez B, Colombara DV, Gagnier MC, Desai SS, Haakenstad A, Johanns C, et al. Barriers and facilitators for institutional delivery among poor Mesoamerican women: a cross-sectional study. Health Policy Plan. 2017 Jul 1;32(6):769–80.

49. GASTINEAUl B, Hanitriniainn D. Connaissance de la contraception et sexualité à risque chez les jeunes à Antananarivo, Madagascar. 2008;55(4):7.

50. Ministère du plan et suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité, Ministère de la santé publique. Enquête démographique et de santé de la République Démocratique du Congo, 2013-2014. 2014.

51. Institut National de la Statistique et de la démographie, Ministère de l'économie et des finances, ICF International. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples au Burkina Faso, 2010. 2012.

52. Institut National de la Statistique, des études économiques et démographiques, ICF International. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples au Tchad, 2014-2015. 2016.

53. Musa A, Assefa N, Weldegebreal F, Mitiku H, Teklemariam Z. Factor associated with experience of modern contraceptive use before pregnancy among women who gave birth in Kersa HDSS, Ethiopia. BMC Public Health. 2016 Jul 22;16.

54. Kenya national bureau of statistics, Ministry of health, National AIDS control council, Kenya medical research institute, National council for population and development, The DHS program, ICF international. Kenya Demographic and health survey, 2014. 2015.

55. National population commission federal republic of Nigeria, ICF International. Nigeria Demographic and health survey, 2013. 2014.

56. Uganda bureau of statistics, The DHS program, ICF international. Uganda Demographic and health survey, 2016. 2018.

57. Hoke TH, Wheeler SB, Lynd K, Green MS, Razafindravony BH, Rasamihajamanana E, et al. Community-based provision of injectable contraceptives in Madagascar: 'task shifting' to expand access to injectable contraceptives. Health Policy Plan. 2012 Jan;27(1):52–9.

58. Hoke T, Brunie A, Krueger K, Dreisbach C, Akol A, Lovaniaina N, et al. Distribution communautaire de contraceptifs injectables: stratégies d'introduction dans quatre pays d'Afrique subsaharienne. Intern Persp Sex Repro Health. 2012 Dec;38(4):214–9.

59. Tsehaye WT, Mengistu D, Birhanu E, Berhe KK. Assessment of Preference and Its Determinant Factors to Ward Modern Contraceptive Methods among Women of Reproductive Age Group in Shire Indaselassie Town, Northern Ethiopia, 2011. Int J Fam Med [Internet]. 2013 [cited 2018 Sep 5];2013. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3874318/

60. Wulifan JK, Brenner S, Jahn A, De Allegri M. A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. BMC Womens Health. 2016 Jan 15;16.

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire volet quantitatif EDRaS

Annexe 2 : Plan d'analyse

Annexe 3 : Canevas d'entretiens volet qualitatif EDRaS

Annexe 4 : Canevas d'entretiens volet qualitatif complémentaire

Annexe 5 : Autorisation éthique EDRaS

Annexe 6 : Chronogramme des activités

Annexe 7 : Résultats complémentaires volet quantitatif EDRaS

Annexe 8 : Fiche de consultation de planification familiale

Annexe 9 : Quelques photos …

Annexe 1 : Questionnaire volet quantitatif EDRaS

QUESTIONNAIRES 1er PASSAGE EDRaS – VERSION FR

QUESTIONNAIRE POUR PROJET EDRaS

INSTITUT PASTEUR DE MADAGASCAR - USAID

ETUDE DES DETERMINANTS DE RECOURS AUX SOINS DES FEMMES ENCEINTES ET DES ENFANTS DE MOINS DE 05 ANS (EDRaS)

Nous vous remercions de participer à cette étude, nous espérons que les résultats de cette enquête nous seront très utiles pour une meilleure compréhension des différents facteurs de recours ou non recours aux soins chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Nous vous sollicitons vivement à répondre à ces questions.

Date d'enquête :(date_enq)
Lieu de l'enquête :
Nom de l'enquêteur: (id_enqueteur)
Code enquêteur (code_enqueteur)
District:(id_district)|__| 1 Antsohihy |__| 2 Moramanga |__| 3Manakara
Milieu: (pg_select)|__|1: Urbain |__|2 Rural
Commune :(id_commune)
Fokontany :(id_fkt)
RESULTAT* |__|
Code resultat :
1 : REMPLI
2 : PARTIELLEMENT REMPLI
3 : ABSENTE DE LA MAISON
4 : DIFFERE
5 : REFUS
6 : AUTRES
Si 'Autres', précisez :
|_____ |

IDENTIFICATION DU MENAGE/FEMME

Identification du ménage : (id_menage)

Numéro de passage : (id_pass)

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. Date de naissance de la mère : (ddn)|___|___|/|___|___|/|___|___||___|___|

   Précision ddn (ddn_precis)

   - L'année est exacte
   - L'année et le mois sont exactes
   - Tout est exacte
   - vers

2. Age:(ageinyears) |___|___|

3. Scolarité :(niv_etude)

   |__| 1. Absence
   |__| 2. Primaire
   |__| 3. Secondaire partiel
   |__| 4. Secondaire total
   |__| 5. Universitaire

4. Est-ce que vous travaillez?:(occup_ouinon)

   |___| 1. Oui

   |___| 2. Non (si NON, passer à 6)

5. si Oui, préciser ?(occup_type)

   (si 1 à 8, continuer)

   |__| 1. Fonctionnaire
   |___| 2. Travailleur dans le secteur privé
   |___| 3. Employé manuel avec qualification
   |___| 4. Employé manuel sans qualification ou Travail dans le secteur informel
   |___| 5. Etudiante
   |___| 6. Stagiaire
   |___| 7. Agriculteur/Eleveur
   |___| 9. Autres, préciser : (autre_occup)
   5.1 Si autres, préciser |_____|

6. Situation matrimoniale(situation_fam)

   (si 2 ou 3 ou 4, continuer)

(si 1 ou 5 ou 6, continuer avec 11 puis sauter 79, 174, 176 et 177)

- 1. Célibataire
- 2. Union libre
- 3. mariage local
- 4. Mariée
- 5. Divorcée
- 6. Veuve

7. Scolarité du mari :(niv_etude_conjoint)

- 1. Absence
- 2. Primaire
- 3. Secondaire partiel
- 4. Secondaire total
- 5. Universitaire

8. Est-ce que votre mari/compagnon travaille ?

- 1. Oui (si OUI, continuer)
- 2. Non (si NON, passer à 11)

*(répondre à 9 si 2 ou 3 ou 4 en réponse à la question 6)

*(continuer avec 11 si 1 ou 5 ou 6 en réponse à la question 6)

9. Profession du Conjoint :(occup_type_conjoint)

*(si 1 à 8, passer à 11)

- 1. Fonctionnaire
- 2. Travailleur dans le secteur privé
- 3. Employé manuel avec qualification
- 4. Employé manuel sans qualification ou Travail dans le secteur informel
- 5. Etudiante
- 6. Stagiaire
- 7. Agriculteur/Eleveur
- 9. Autres

10. Si 'Autres', précisez :(autre_occup_conjoint)

|_____ |

11. Combien de personnes vivent à votre domicile?

- |__| 1. _____nombre dont:(nb_comp_mng)
- |__| 2. _____Enfants de 0 à 11 mois(nb_moin2ans)
- |__| 3. _____Enfants entre 12 à 59 mois(nb_25ans)
- |__| 4. _____Adultes hommes et Adultes femmes : (nb_plus5ans)

12. Religion :(religion)

*(si 1 à 9, passer à 14)

|___| 1. Chrétien catholique
|___| 2. Chrétien protestant
|___| 3. Chrétienanglican
|___| 4. Chrétien luthérien
|___| 5. Chrétien autres églises (Rhema, témoin de Jéhovah,…..)
|___| 6. Musulman
|___| 7. Juif
|___| 8. Bouddhiste
|___| 9. Sans religion
|___| 10. Autres

13. Si 'Autres', précisez(autre_religion)

|_____ |

14. De quelle région venez-vous?:

*(si 1 à 22, passer à 16)

|___| 1. Analamanga(race_1)
|___| 2. Sava(race_2)
|___| 3. Diana(race_3)
|___| 4. Haute-MaTsiatra(race_4)
|___| 5. Alotra-Mangoro(race_5)
|___| 6. BoEny(race_6)
|___| 7. VatovavyFitovinany(race_7)
|___| 8. Vakinankaratra(race_8)
|___| 9. Itasy(race_9)
|___| 10. Bongolava(race_10)
|___| 11. Sofia(race_11)
|___| 12. Betsiboka(race_12)
|___| 13. Atsinanana(race_13)
|___| 14. Melaky(race_14)
|___| 15. Analanjirofo(race_15)
|___| 16. Amoron'iMania(race_16)
|___| 17. Atsimo-Atsinanana(race_17)
|___| 18. Menabe(race_18)
|___| 19. Ihorombe(race_19)
|___| 20. Atsimo- Andrefana(race_20)
|___| 21. Androy(race_21)
|___| 22. Anosy(race_22)
|___| 23. Autres : (race_99)

15. Si 'Autres', précisez(race_region_autre)

|_____ |

Maintenant, nous allons parler de vos antécedents

16. Avez-vous une maladie nécessitant un suivi ou un traitement prolongé qui existait avant la grossesse?(maladie_anteced)

- 1. Oui
- 2. Non (si NON, passer à 23)

17. Si 'Oui', précisez le(s)quel(s): (si 1 à 7, passer à 19) :

|__| 1. Problème respiratoire(anteced_1)
|__| 2. Problème cardio-vasculaire(anteced_2)
|__| 3. Problème digestif(anteced_3)
|__| 4. Problème génito-urinaire(anteced_4)
|__| 5. Problème de l'appareil locomoteur(anteced_5)
|__| 6. Maladies de la peau(anteced_6)
|__| 7. Maladies neuro-psychiatriques(anteced_7)
|__| 8. autres : (anteced 99)

18. Si 'Autres', précisez :(autre_anteced)
|_____ |

(le groupe de questions 19 à 22 revient en boucle selon la pluralité de réponse de la question 17)

19. Pour ce problème, Où est-ce que vous avez effectuez votre suivi de santé? : (suivi_a)
(si 1 à 4, passer à 21)
(si 5, passer à 23)

- 1. Centre de santé
- 2. Domicile d'un personnel de santé (Médecin, paramédicaux)
- 3. Guérisseur ou Tradi-praticien
- 4. Agent communautaire
- 5. Autres

20. Si 'Autres', précisez :(autre_suivi_a)
|_____ |

21. Est-ce que vous avez payé pour ces traitements?:(renum_suivi_a)

- 1. Oui
- 2. Non (si NON, passer à 23)

22. Si la réponse à la question 19 est Oui, Combien avez-vous payé pour ces traitements?:(tarif_a)
|_____ | Ar

23.1. S'agit-il d'une première grossesse ? (premier_gross)

- 1. Oui *(si première grossesse, sauter les questions 24 à 35, 83, 148 et 156 à 162)
- 2. Non (si NON, continuer)

23.2. Antécédents(s) maternel(s):
*(si première grossesse, sauter les questions 24 à 35, 38, 148 et 156 à 162)

1. _____ Nombre de gestité(nb_gross)
2. _____ Nombre d'avortement(s) provoqué(s)(nb_avort)
3. _____ Nombre de fausse (s)couche(s)spontanée (s) (nb_avort_spontane)
4. _____ Nombre d'enfant(s) né(s) vivant(s) (nb_parite_ok)
5. _____ Nombre d'enfant(s) vivant(s) (en ce moment) (nb_vivant)
6. _____ Nombre de mort-né(s) (après 22 SA)(nb_mort)

24. Avez-vous eu des problèmes lors d'un accouchement antérieur?(pb_mat)

- 1. Oui
- 2. Non (si NON, passer à 23)
- 3. Ne sais pas

25. Si 'Oui', lequel? (s'il y a eu plusieurs, (pb_type)
questionner sur le plus récent) (si 1 à 7, passer à 27)

- 1. Opération Césarienne d'urgence
- 2. Extraction difficile (forceps, ventouse, épisiotomie….)
- 3. Déchirure périneo-vaginale
- 4. Infection
- 5. Convulsion
- 6. Bébé mort-né
- 7. Hémorragie du post partum
- 8. Autres

26. Si 'Autres', précisez :(pb_type_autre)
|_____ |
27. Avez-vous consulté un prestataire de soins
lorsque ces problèmes sont survenus?(pb_mesure_soin)

- 1. Oui
- 2. Non

28. Avez-vous eu un ou des enfant(s) (décédé(s) ?(zz_mort)

- 1. Oui - si OUI, combien ? |__||__|(nb_zz_mort) (Le groupe de question 29 à 35.2 revient en boucle selon la réponse obtenue ici)
- 2. Non (si NON, passer à 36)

29. Si 'Oui' à quel âge l'enfant est-il décédé? (Nb de boucle en fonction de la réponse à la question 28)(age_zz)

- 1. Moins de 28 jours
- 2. de 1 mois - 11 mois
- 3. De 12 mois - 59 mois
- 4. De plus de 5 ans

30. Quel était la cause de décès? (Nb de boucle en fonction de la réponse à la question 28)(diag_zz)

- 1. Maladie
- 2. Accident
- 3. Malformation
- 4. Prématurité
- 5. Autres

31. Si 'Autres', précisez : (Nb de boucle en fonction de la réponse à la question 28)(diag_autre)
|_____ |
32. l'avez-vous emmené dans un centre de soigné avant le décès? (Nb de boucle en fonction de la réponse à la question 28)(zz_fs)

- 1. Oui
- 2. Non

33. Si "Oui" où? (mentionner le principal) (Nb de boucle en fonction de la réponse à la question 28)(fs_types)

- 1. Centre de santé
- 2. Domicile d'un personnel de santé (Médecin, paramédicaux)
- 3. Guérisseur ou Tradi-praticien
- 4. Agent communautaire
- 5. Autres

34. Si 'Autres', précisez :(fs_autre)
|_____ |

35.1. Vous souvenez-vous du montant des dépenses faites pour ce soin avant le décès ?(montant_ouinon_zz)

- 1. Oui
- 2. Non

35.2. Selon vous combien avez-vous dépensez pour le soin avant son décès? (fs_cout)

/ _____/ Ar

[…]

83. avez-vous effectué le CPN pour la grossesse précédent celle-ci?:(cpn_anteced_ouinon)

- 1. Oui
- 2. Non

[…]

Maintenant nous allons parler de planification familial

Projet d'enfants

147. combien avez-vous d'enfants en ce moment?:(nb_parite_pl)

|__| |__|

148. Donnez les intervalles de naissance de vos enfants? (en mois) :(decal_zz) (boucle selon 147)

|__| 1. 1er enfant et 2e enfant

|__| 2. 2e et 3e enfant

|__| 3. 3e et 4e enfant

|__| 4. 4e et 5e enfant

149. Quel est pour vous l'intervalle idéal entre 2 enfants?:(avi_mere 1)

- 1. 1 an
- 2. 2 ans
- 3. 3 ans
- 4. 3 ans et plus

150. Combien voulez-vous d'enfants en plus de ce que vous avez?:(nb_previs)

|__||__|

151. Pourquoi ce choix? *(si 1 à 3, passer à 153)(motif_nb)

- 1. Les enfants constituent la richesse
- 2. C'est le nombre d'enfants que l'on souhaite avoir
- 3. C'est le nombre d'enfants que l'on souhaite avoir par rapport à notre situation économique
- 4. Autres à préciser

152. Si 'Autres', précisez :(aut_motif_nb)

|_____ |

153. Qui décide du nombre d'enfants dans votre couple?:(decide_zz)

- 1. Mon mari (compagnon)
- 2. Moi seule
- 3. Nous deux ensemble
- 4. Dieu

154. Après quel intervalle de temps voulez-vous obtenir votre prochain enfant?:(decal_matur_avi)

- 1. 1 an
- 2. 2 ans
- 3. 3 ans
- 4. 4 ans et plus
- 5. Je ne veux plus d'enfant

155. si espacement plus de 02 ans à 'plus d'enfants', comment comptez-vous y arriver?:(connais_previ)

- 1. Méthodes naturelles (abstinence, retrait)
- 2. Méthodes artificielles (préservatif, contraceptif injectable, contraceptifs oraux, implants, DIU, spermicides)
- 3. Combinaison des deux méthodes
- 4. Ne rien faire

Grossesse indésirable

156. Est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir eue une grossesse indésirable ou non prévue?:(gross_surp)

- 1. Oui
- 2. Non (si NON, passer à 163)

157. Si "Oui", Combien?(nb_gross_surp)

|__| |__|

158. Pour la dernière grossesse indésirable, qu'avez-vous faite?(mesure_gross_surp)

*(si 1, passer à 163)

- 1. J'ai gardé l'enfant
- 2. J'ai avorté

159. Dans le cas d'un avortement: au bout de combien de mois de grossesse avez-vous décidé d'avorter?(avort_zz_moi)

|__| |__|

160. Comment avez-vous procéder?(medic_avort)

*(si 1 à 3, passer à 162)

- 1. J'ai bu des tisanes
- 2. Je me suis fait avorter par un personnel médical
- 3. Je me suis fait avorter par un reninjaza
- 4. Autres

161. Préciser(aut_medic_avort)

|_____ |

162. Combien vous a coûté cet avortement?(dep_medic_avort)

|_____|Ar

Determinants de la planification familiale

163. savez-vous ce que signifient les mots planning familial?:(plan_fem_ouinon)

- 1. Oui
- 2. Non *(si NON, passer à 165)

164. Si oui vérifier la réponse(Definition)

|_____ ||_____ ||_____ |

165. Connaissez-vous des méthodes contraceptives? :(type_plan)

- 1. Oui

- 2. Non *(si NON, passer à 170)

166. Si "Oui", citer ce que vous connaissez
*(si 1 à 8, passer à 168)

|___| 1. préservatif (masculin ou féminin) (plan_type1)
|___| 2. Contracéptifinjectable(plan_type2)
|___| 3. Contraceptifs oraux (pilule) (plan_type3)
|___| 4. Implants (implanon) (plan_type4)
|___| 5. Dispositif intra utérin(plan_type5)
|___| 6. Spermicides(plan_type6)
|___| 7. abstinence(plan_type7)
|___| 8. retrait(plan_type8)
|___| 9. Autres(plan_type99)

167. Si 'Autres', précisez :(plan_type_aut)
|_____ |

168. A partir de quelles sources vous avez pris connaissances de ces méthodes?:
*(si 1 à 5, passer à 170)

|___| 1. Les médias(connais_ plan1)
|___| 2. Centre de santé (personnel de santé) (connais_ plan2)
|___| 3. Agent communautaire(connais_ plan3)
|___| 4. Entourage (amies, familles) (connais_ plan4)
|___| 5. Autorités locales(connais_ plan5)
|___| 6. Autres(connais_ plan99)

169. Si 'Autres', précisez : (connais_aut_plan)
|_____ |

170. 1. Quelles sont les méthodes contraceptives qui pourrait être utilisées après l'accouchement? (à partir de 48H après accouchement) :

|___| 1. préservatif (masculin ou féminin)(plan_after_gross1)
|___| 2. Contraceptifs oraux (pilule progestatif) (plan_after_gross1)
|___| 3. Dispositif intra utérin(plan_after_gross1)
|___| 4. Implants (implanon) (plan_after_gross1)
|___| 5. Méthode d'allaitement maternel exclusif et Amenorrhée(plan_after_gross1)
|___| 6. Ne connaît aucun(plan_after_gross1)
|___| 7. Autres(plan_after_gross1)

170.2. Si 'Autres', précisez : (plan_fam_autre_01)
|_____ |

171. Savez-vous où on peut trouver des méthodes contraceptives? :(lieu_plan_ouinon)

- 1. Oui
- 2. Non (si NON, passer à 174)

172. Si "oui" préciser d'où ?

- □ 1. centre de santé/hôpital(lieu_plan1)
- □ 2. cabinet médical (SF ou médecin libre)(lieu_plan2)
- □ 3. Agent communautaire(lieu_plan3)
- □ 4. Pharmacie ou dépôt de médicament(lieu_plan4)
- □ 5. Autre : (lieu_plan99)

173. Si 'Autres', précisez :(aut_lieu_plan)
|_____ |

rôle du conjoint

174. La planification familiale est-elle importante dans votre vie de couple?:(conj_plan)

- 1. Oui
- 2. Non

175. Selon vous, la planification familiale est-elle une affaire de qui?:(occup_plan)

- 1. Homme
- 2. Femme
- 3. Du couple

176. Discutez-vous de planification familiale ou de contraception avec votre conjoint? :(parle _plan)

- 1. Oui
- 2. Non *(si ne parle pas, on prend cela comme un NON)
- 3. pas de conjoint actuellement

177. Votre conjoint vous autorise-t-il à utiliser des méthodes contraceptives? autorise plan :(autorise_plan)

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. pas de conjoint actuellement

178. Que pensent les femmes/personnes de votre village de l'utilité des méthodes contraceptives?(apparence_plan)

- 1. utile
- 2. Pas très utile
- 3. Inutile

179. Que pensent vos amies de l'utilité des méthodes contraceptives?(apparence_plan 2)

- 1. utile
- 2. Pas très utile
- 3. Inutile

180. Que pensent les personnes de votre entourage sur les risques liés à la santé dans l'utilisation de méthodes contraceptives?(effet_second_plan)

- 1. très dangereux
- 2. pas très dangereux
- 3. pas d'effet néfaste sur la santé

181. Votre religion vous autorise-t-elle à utiliser des méthodes contraceptives?(autorise_relig_plan)

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. ne sait pas (Pas_de_religion)

Perception et croyance

182. Pensez-vous que les méthodes contraceptives sont utiles?(utile_plan)

- 1. Oui
- 2. Non *(si NON, passer à 185)

183. Si "Oui" Pourquoi?
*(si 1 à 5, passer à 187)

|___| 1. Permet de contrôler nombre de naissances(utility_plan_type_oui1)

|___| 2. Permet d'espacer les naissances(utility_plan_type_oui2)

|___| 3. Limite les problèmes de santé de la mère(utility_plan_type_oui3)

|___| 4. Réduit la mortalité et morbidité infantile(utility_plan_type_oui4)
|___| 5. Autres : (utility_plan_type_oui99)
184. Si 'Autres', précisez : *(d'ici, passer à 187)(utility_plan_type_aut1)
|_____ |

185. Si "NON" pourquoi?(utility_plan_type_non)
|___| 1. C'est contre nature
|___| 2. Cela a des impacts sur la santé des femmes
|___| 3. C'est inutile
|___| 4. C'est Cher
186. Si 'Autres', précisez :(utility_plan_type_aut2)
|_____ |

Utilisation de contraceptive

187. Avez-vous déjà utilisé des méthodes contraceptives ?(n'importe quelle période) (plan_ouinon)
- 1. Oui *(si OUI, passer à 190)
- 2. Non

188. Si "Non", pourquoi?
*(si 1 à 7, passer directement au questionnaire ménage)
*(si 8, passer directement à 189 puis passer au Questionnaire ménage)
|___| 1. Peur d'effets secondaires sur la santé(plan_non1)
|___| 2. Problème de convenance(plan_non2)
|___| 3. Peur de désapprobation sociale(plan_non3)
|___| 4. Refus du conjoint(plan_non4)
|___| 5. Manque d'information(plan_non5)
|___| 6. Indisponibilté des méthodes(plan_non6)
|___| 7. Inutile(plan_non7)
|___| 8. Autres : (plan_non99)
189. Si 'Autres', précisez :(plan_non_aut)
|_____ |

190. A quel âge avez-vous commencé à utiliser la méthode contraceptive?(age_premier_plan)
|___| ans

191. Viviez-vous avec un homme à l'époque?(habit_ave_homme)
- 1. Oui
- 2. Non

192. Pourquoi avez-vous décidé d'utiliser une méthode contraceptive ?
*(si 1 à 7, passer à 194)
|___| 1. On (je) voudrait espacer la naissance de nos enfants(motif_plan_oui1)
|___| 2. je (nous) ne voudrais plus avoir d'enfants(motif_plan_oui2)
|___| 3. La situation financière du ménage ne permet plus d'avoir d'autres enfants(motif_plan_oui3)
|___| 4. Pour la santé de la mère(motif_plan_oui4)
|___| 5. Pour la santé et le bien-être des enfants(motif_plan_oui5)
|___| 6. Pour l'épanouissement du couple(motif_plan_oui6)
|___| 7. Je, il, nous n'étions pas prête(motif_plan_oui7)

|___| 8. Autres(motif_plan_oui99)

193. Si 'Autres', précisez :(motif_plan_oui_aut)
|_____ |

194. Si "Oui", qui en était l'initiateur(pers_age_plan)

- 1. Vous
- 2. Votre conjoint
- 3. Famille proche (mère, belle-mère, fratrie)
- 4. Entourage proche : amie(s), voisines
- 5. Nous deux

195. Si "utilisation oui" la/les quelle(s)? (possibilité de réponse multiple) :
*(si 1 à 8, passer à 197)
*(si une seule réponse parmi les propositions, passer à 199)
|___| 1. préservatif (masculin ou féminin)(deja_utili_plan1)
|___| 2. Contraceptifinjectable(deja_utili_plan2)
|___| 3. Contraceptifs oraux (pilule) (deja_utili_plan3)
|___| 4. Implants (implanon) (deja_utili_plan4)
|___| 5. Dispositif intra utérin(deja_utili_plan5)
|___| 6. Spermicides(deja_utili_plan6)
|___| 7. abstinence(deja_utili_plan7)
|___| 8. retrait(deja_utili_plan8)
|___| 9. Autres(deja_utili_plan99)
196. Si 'Autres', précisez :(aut_utili_plan)
|_____ |

197. Si 02 méthodes ou plus; donner nous les raisons de changement ? (raison_change_plan)
*(si 1 à 6, passer à 199)
|___| 1. problème de santé (effet secondaire) (raison_change_plan1)
|___| 2. problème de convenance(raison_change_plan2)
|___| 3. problème d'appréciation sociale(raison_change_plan3)
|___| 4. Position du conjoint(raison_change_plan4)
|___| 5. Inefficace (femme tombée enceinte) (raison_change_plan5)
|___| 6. problème de disponibilité des produits(raison_change_plan6)
|___| 7. Autre(raison_change_plan99)
198. Si 'Autres', précisez :(aut_raison_change)
|_____ |

199. Vous vous êtes procurez cela où? (méthode artificielle) : (decide_change)
*(si 1 à 4, passer à 201)

- 1. Centre de santé
- 2. Pharmacie
- 3. Agent communautaire
- 4. ONG ou association œuvrant dans le secteur de la santé
- 5. Autres :

200. Si 'Autres', précisez :(decide_change_aut)
|_____ |

201. Parmi ces méthodes, quels sont celles que vous utilisez le plus?(plus_utile_plus)
*(si 1, continuer avec 202 et 203 puis questionnaire ménage de suite)
*(si 2, continuer avec 204 et 205)
*(si 3, continuer 202 à 206)

- 1. Méthodes naturelles (abstinence, retrait)
- 2. Méthodes artificielles (préservatif, contraceptif injectable, contraceptifs oraux, implants, DIU, spermicides)
- 3. Combinaison des deux méthodes

202. Si Méthodes naturelles: Pourquoi ce choix?
*(si 1 à 6, passer au questionnaire ménage)

|___| 1. Pas besoin de débourser de l'argent(choix_11)
|___| 2. Méthode artificielle non disponible(choix_12)
|___| 3. Moins chères par rapport aux autres méthodes(choix_13)
|___| 4. Pas d'effet sur la santé(choix_14)
|___| 5. Pas d'effet sur la procréation(choix_15)
|___| 6. Pas d'effet sur l'enfant à naître(choix_16)
|___| 7. Autres à préciser(choix_199)

203. Si 'Autres', précisez : (aut_choix_1)
|_____ |

204. Méthodes artificielles: Pourquoi ce choix?

|___| 1. Plus sûr que la méthode naturelle(choix_21)
|___| 2. Prix abordable(choix_22)
|___| 3. Choix de mon conjoint(choix_23)
|___| 4. conseillées par mon entourage (familles, amis) (choix_24)
|___| 3. Autres (choix_299)

205. Si 'Autres', précisez :(aut_choix_2)
|_____ |

206. Pour celles qui utilisent une méthode artificielle, combien vous a coûtez chaque mois l'utilisation de ces méthodes (coût total de l'ensemble des méthodes artificielles employées / mois ou année) :(frais_artif_cpn),
|_____|Ar

- Mois (frais_artif_cpn_precis)
- An (frais_artif_cpn_precis)

Annexe 2 : Plan d'analyse

1. Variables et recodage

Description de la population d'étude

Description générale des données socio-démographiques

Une description de la population d'étude incluse sera réalisée à partir des données socio-démographiques, à savoir :

- Âge (*ageinyears*), variable quantitative qui pourra être recodée en variable qualitative en fonction de classes d'âge à savoir <18ans, entre 18 et 24 ans et >24 ans.

- Le niveau d'étude (*niv_etude*) qui, en fonction des effectifs de chaque modalité, pourra être recodé (*absence, primaire, secondaire partielle et supérieure*).

- Si la femme pratique une activité (*occup_ouinon*) et si oui laquelle (*occup_type*) avec la possibilité d'une réponse ouverte (*autre_occup*) ; en faisant attention aux fausses données manquantes chez les femmes qui ne travaillent pas et regroupement de modalités similaires dont les effectifs seront trop faibles ; la variable *autre_occup* sera analysée au cas par cas : inclus dans la modalité *autres* de la variable *occup_type* ou création d'une modalité à part entière si le taux de réponse est significatif.

- Le statut matrimonial de la femme (*situation_fam*) qui pourra être recodée en variable binaire (*seule* regroupant les modalités *célibataire, divorcée* et *veuve* et *en couple* regroupant les modalités *union libre, mariage locale* et *mariée*)

- Si la femme a un conjoint, description de leurs niveaux d'étude (*niv_etude_conjoint*) qui, en fonction des effectifs de chaque modalité, pourra être recodé (*absence, primaire, secondaire partielle et supérieure*) ainsi que de leurs types d'activité (*occup_type_conjoint*) avec la possibilité d'une réponse ouverte (*autre_occup_conjoint*) en faisant attention aux fausses données manquantes chez les femmes qui n'ont pas de conjoints et regroupement de modalités similaires dont les effectifs seront trop faibles ; la variable *autre_occup_conjoint* sera analysée au cas par cas : inclus dans la modalité *autres* de la variable *occup_type_conjoint* ou création d'une modalité à part entière si le taux de réponse est significatif.

- Description de la composition du ménage avec tout d'abord le nombre de personnes total le composant (*nb_comp_mng*) puis le nombre d'enfants de moins de 2 ans (*nb_moin2ans*) et d'enfants entre 2 et 5 ans (*nb_25ans*) et enfin le nombre

de personnes qui ont plus de 5 ans (*nb_plus5ans*) ; ces variables sont des variables quantitatives qui pourront être analysées tel quel par rapport au nombre moyen de personne dans le ménage puis recodées en variable qualitative en 3 classes selon cette moyenne à savoir entre 1 et 3 personnes, entre 4 et 5 puis plus de 5 en ce qui concerne les variables *nb_comp_mng* et *nb_plus5ans* ; concernant les variables *nb_moin2ans* et *nb_plus5ans*, celles-ci seront recodées en fonction des effectifs de chaque modalité à savoir 0, 1 ou plus de 2.

- La religion (*religion*) avec la possibilité d'une réponse ouverte (*autre_religion*), les modalités de cette variable pouvant être découpées selon les principales religions : *chrétien catholique, chrétien protestant, sans religion* et *autres* (incluant : *autres, autres chrétiens, juifs, musulmans* et *bouddhistes*) ; la variable *autre_religion* sera analysée au cas par cas : inclus dans la modalité *autres* de la variable *religion* ou création d'une modalité à part entière si le taux de réponse est significatif.

- Et enfin la région d'origine, cela étant une variable à réponse multiple, les femmes pouvant avoir plusieurs régions d'origine, cette variable est découpée en 23 variables correspondant aux 22 régions de Madagascar et une possibilité de réponse *autre* (*race_1, race_2, race_3, race_4, race_5, race_6, race_7, race_8, race_9, race_10, race_11, race_12, race_13, race_14, race_15, race_16, race_17, race_18, race_19, race_20, race_21, race_22, race_99*) avec la possibilité d'une réponse ouverte (*race_region_autre*), néanmoins cette réponse « autre » ne devrait pas être utilisée, toutes les régions de Madagascar étant des possibilités de réponse exhaustivement.

Description des antécédents

Afin d'approfondir les caractéristiques des femmes, une description de leurs antécédents peut être effectuée avec pour variables :

- *maladie_anteced* pour un antécédent de pathologie qui a nécessité un suivi, celui-ci sera détaillé grâce à la variable *antécédent* à réponse multiple (*anteced_1*, *anteced_2*, *anteced_3*, *anteced_4*, *anteced_5*, *anteced_6*, *anteced_7*, *anteced_99*) avec possibilité d'une réponse ouverte autre_anteced, qui sera analysée au cas par cas.

- Si la femme a effectivement des antécédents de pathologie, pour chacun d'eux sera détaillé le lieu de suivi *suivi_ax* avec possibilité d'une réponse ouverte *autre_suivi_ax* analysée au cas par cas ainsi que le coût de ces soins *renum_suivi_ax* et *tarif_ax* ; pour ces variables il faudra faire attention aux fausses données manquantes qui concernent les femmes sans antécédents.

- Ces données seront décrites individuellement puis permettront de créer une variable binaire *habitude_soins* à intégrer dans le modèle pour distinguer les femmes qui sont habituées à avoir un suivi médical de celles qui ne le sont pas.

De même les antécédents de grossesses vont être interrogés :

- *premier_gross* qui déterminera si la femme a déjà eu une grossesse, de là découlera la description de ces grossesses précédentes en faisant attention aux fausses données manquantes pour les femmes qui n'ont pas eu de grossesse précédente : le nombre de gestité *nb_gross*, le nombre d'avortements provoqués ou spontanés *nb_avort* et *nb_avort_spontane*, le nombre d'enfants nés vivants, vivants ou morts-nés *nb_parite_ok*, *nb_vivant* et *nb_mort* ; une variable *mvs_issu_gross* pourra être créée en rassemblant *nb_avort, nb_avort_spontane* et *nb_avort* ainsi un ratio *mvs_issu_gross* sur *nb_gross* pourra être calculer pour mesurer la proportion de mauvaises issues de grossesse.

- *pb_mat* s'il y a eu des problèmes lors d'un accouchement précédent en détaillant avec *pb_type* avec la possibilité d'une réponse ouverte *pb_type_autre* ainsi que le type de recours de soins *pb_mesure_soin*.

- *zz_mort* indiquera si la femme a déjà eu un ou des enfants décédé(s) avec le nombre *nb_zz_mort* et pour chacun d'eux leur âge au moment du décès *age_zz*, la raison du décès *diag_zz* avec la possibilité d'une réponse ouverte *diag_*autre, sera également renseigné le type de recours aux soins *zz_fs* et *fs_type* avec la possibilité d'une réponse ouverte *fs_autre* et enfin le coût de ce recours *montant_ouinon_zz* et *fs_cout*. Pour chacune des variables dépendantes d'une précédente réponse, il faudra faire attention aux fausses données manquantes.

Description par district d'étude

Après une description globale de la totalité de la population incluse, une description ainsi qu'une comparaison des caractéristiques socio-démographiques de ces femmes seront faites en fonction de chacun des 3 districts de l'étude, Antsohihy, Moramanga et Manakara. Pour cela des tableaux croisés seront réalisés grâce à la variable *id_district* qui aura été recodée en *1 = Antsohihy, 2 = Moramanga* et *3 = Manakara*.

De même la base de données sera divisée pour faciliter la description. Tout d'abord 3 nouveaux data frame seront réalisés, divisant la base de données par district donc 1 data frame antsohihy, 1 data frame moramanga et 1 data frame manakara. Ensuite, 3 autre data frame seront créés afin de faciliter la comparaison des régions 2 à 2 : un data frame ant_mora

pour comparer Antsohihy à Moramanga, un ant_mana pour comparer Antsohihy à Manakara et un mora_mana pour comparer Moramanga et Manakara.

Concernant la variable « région d'origine » elle sera recodée pour chacun des districts en binaire selon la région d'appartenance du district et autre, c'est-à-dire pour Antsohihy, il y aura une variable race_ant codée en *sofia* et *autres* ; pour Moramanga cela sera la variable race_mora codée en *alotra_mangoro* et *autres* ; et enfin pour Manakara, on aura la variable race_mana codée en *vatovavy_fitovinany* et *autres*.

Recours à l'utilisation d'une méthode de planification familiale (avant et après la grossesse)

OMS : ***besoins non satisfaits en planning familial***

On estime à 214 millions dans les pays en développement le nombre de ***femmes qui souhaiteraient éviter ou espacer les grossesses mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception****, notamment pour les raisons suivantes : choix limité des méthodes ; accès limité à la contraception, en particulier chez les jeunes, les groupes de population les plus pauvres ou les couples non mariés ; crainte ou expérience d'effets secondaires ; opposition culturelle ou religieuse ; médiocre qualité des services disponibles ; a priori des utilisateurs et des professionnels ; obstacles fondés sur le sexe.*

Les besoins de contraception non satisfaits demeurent trop élevés. Cette situation s'explique par l'augmentation de la population et par le manque de services de planification familiale. En Afrique, 23,5% des femmes en âge de procréer ont un besoin non satisfait de moyens de contraception modernes. En Asie, et en Amérique latine et dans les Caraïbes – des régions où la prévalence de la contraception est relativement élevée –, les niveaux des besoins insatisfaits sont de 10,9% et 10,4% respectivement.

Description du désir d'enfants

Variables descriptives :

- *nb_parite_pl* pour déterminer le nombre d'enfants qu'a la femme enceinte.
- *decal_zz* pour connaître l'intervalle de temps entre chaque naissance, cette variable sera répétée pour chacun des enfants de la femme, une moyenne de chacun de ses intervalles sera calculé ; ensuite cet intervalle pourra être comparé à l'idéal de la mère *avi_mere*, une variable *respect_intervalles* pourra être constituée à l'aide de ces données afin de déterminer un **besoin non satisfait en planning familial**. (si *decal_zz* =/= *avi_mere* alors *respect_intervalles* = 0 sinon *respect_intervalles* = 1).

- *nb_previs* pour renseigner le nombre d'enfants désiré et la raison avec *motif_nb* avec la possibilité d'une réponse ouverte avec *aut_motif_nb.*

- *decide_zz* pour connaitre qui décide du nombre d'enfants dans le couple, cette variable peut être recodée en binaire selon les modalités *femme* regroupant *moi seule* et *nous deux ensemble* et *autres* regroupant *mon mari (compagnon)* et *Dieu*.

- *decal_matur_avi* pour connaître l'intervalle de temps désiré avant le prochain enfant, ce qui pourra être comparé avec *connais_previ* afin de connaître les méthodes envisagées pour atteindre ce délai, une variable *controle_intervalles* pourra ainsi être créée (si *decal_matur_avi* = 2 ou plus et si *connai_previ* = 1, 2 ou 3 alors *contrôle_intervalles* = 1 sinon si *connai_previ* = 4, alors *contrôle_intervalles* = 0) et déterminer un **besoin non satisfait en planning familial**.

- *gross_surp* va renseigner sur des antécédents de grossesse non désirée et *nb_gross_surp* sur le nombre de grossesse non désirée ce qui pourra renseigner sur un **besoin non satisfait en planning familial.**

- *mesure_gross_surp* permettra de connaître l'issu de cette grossesse non désirée et de décrire les cas d'avortements avec *avort_zz_mois* pour l'âge de la grossesse au moment de l'avortement, *medic_avort* pour la façon de procéder avec possibilité d'une réponse ouverte avec *aut_medic_avort* et enfin *dep_medic_avort* pour informer du coût ; ces variables pourront être recodées en *anteced_avort* pour renseigner d'un antécédent d'avortement.

- Certaines de ces variables pourront être recodées et/ou donner des scores afin de déceler des besoins non satisfaits en planning familial.

Description des connaissances et croyances relatives au planning familial

Variables descriptives relatives à la connaissance :

- *plan_fem_ouinon* pour savoir si la femme sait ce qu'est le planning familial avec vérification de la réponse *definition* (comment analyser ??).

- *type_plan* si la femme connaît des méthodes contraceptives avec les différents types en réponse multiple (*plan_type1*, *plan_type2*, *plan_type3*, *plan_type4*, *plan_type5*, *plan_type6*, *plan_type7*, *plan_type8*, *plan_type99*) avec possibilité de réponse ouverte (*plan_type_aut*) ; un seuil pourra être défini pour recoder ces variables en *connais_plan_type* avec les modalités *faible* (si connaissance de 2 méthodes), *intermédiaire* (entre 3 et 6), *élevé* (plus de 6).

- ainsi que celles qui peuvent être utilisées après la grossesse en réponse multiple (*plan_after_gross1*, *plan_after_gross2*, *plan_after_gross3*, *plan_after_gross4*, *plan_after_gross5*, *plan_after_gross6*, *plan_after_gross99*) avec possibilité d'une réponse ouverte (*plan_fam_autre_01*) qui pourra également être recodée en *connais_plan_after_gross.*

- la source de ces informations en réponse multiple (*connais_plan1*, *connais_plan2*, *connais_plan3*, *connais_plan4*, *connais_plan5*, *connais_plan99*) avec possibilité d'une réponse ouverte (*connais_aut_plan*).

- les lieux où se procurer les méthodes contraceptives : *lieu_plan_ouinon* si la femme les connaît et la liste en réponse multiple (*lieu_plan1*, *lieu_plan2*, *lieu_plan3*, *lieu_plan4*, *lieu_plan99*) avec possibilité d'une réponse autre (*aut_lieu_plan*).

Variables descriptives relatives au rôle de l'entourage :

- *conj_plan* si le planning familial est important pour le couple

- *occup_plan* pour qui s'occupe du planning familial dans le couple

- *parle_plan* s'il y a de la discussion dans le couple

- *autorise_plan* si le conjoint autorise le planning familial

- Création d'une variable binaire *impact_conjoint* avec pour modalités *frein* ou *soutien*

- *apparence_plan* pour l'avis de la communauté sur le planning familial

- *apparence_plan2* pour l'avis des amies

- *effet_second_plan* pour l'avis de l'entourage sur les risques de la contraception

- *autorise_relig_plan* si la religion de la femme l'autorise à prendre une méthode contraceptive

Variables descriptives relatives aux perceptions et croyances :

- *utile_plan* si la femme pense que les méthodes contraceptives sont utiles et pourquoi si oui en réponse multiple (*utility_plan_type_oui1*, *utility_plan_type_oui2*, *utility_plan_type_oui3*, *utility_plan_type_oui4*, *utility_plan_type_oui99*) avec la possibilité d'une réponse ouverte (*utility_plan_type_aut1*) ou si non en réponse multiple (*utility_plan_type_non1*, *utility_plan_type_non2*, *utility_plan_type_non3*, *utility_plan_type_non4*, *utility_plan_type_non99*) avec la possibilité d'une réponse ouverte (*utility_plan_type_aut2*)

Description de l'utilisation

Variables descriptives :

- *plan_ouinon* si la femme a déjà utilisé une méthode contraceptive à partir de là attention aux effectifs totaux.
    - si non pourquoi avec un choix multiple (*plan_non1*, *plan_non2*, *plan_non3*, *plan_non4*, *plan_non5*, *plan_non6*, *plan_non7*, *plan_non99*) avec possibilité d'une réponse ouverte (*plan_non_aut*).
- Maintenant les variables ne concernent que les femmes qui ont déjà utilisé des méthodes contraceptives afin d'en décrire l'utilisation :
- *age_premier_plan* pour l'âge à la première utilisation de méthodes contraceptives.
- *habit_ave_homme* si la femme vivait avec un homme à l'époque.
- les raisons de l'utilisation de méthodes contraceptives en réponse multiple (*motif_plan_oui1*, *motif_plan_oui2*, *motif_plan_oui3*, *motif_plan_oui4*, *motif_plan_oui5*, *motif_plan_oui6*, *motif_plan_oui7*, *motif_plan_oui99*) avec possibilité d'une réponse ouverte (*motif_plan_oui_aut*).
- *pers_age_plan* pour l'initiateur.
- le type de méthode utilisée en réponse multiple (*deja_utili_plan1*, *deja_utili_plan2*, *deja_utili_plan3*, *deja_utili_plan4*, *deja_utili_plan5*, *deja_utili_plan6*, *deja_utili_plan7*, *deja_utili_plan8*, *deja_utili_plan99*) avec une possibilité de réponse ouverte (*aut_utili_plan*).
- les raisons en cas de changement en choix multiple (*raison_change_plan1*, *raison_change_plan2*, *raison_change_plan3*, *raison_change_plan4*, *raison_change_plan5*, *raison_change_plan6*, *raison_change_plan99*) avec une possibilité de réponse ouverte (*aut_raison_change*).
- *decide_change* pour le lieu de procuration avec une possibilité de réponse ouverte *decide_change_aut.*
- *plus_utile_plan* pour les méthodes les plus utilisées
- Si méthodes naturelles, pourquoi en réponse multiple (*choix_11*, *choix_12*, *choix_13*, *choix_14*, *choix_15*, *choix_16*, *choix_199*) avec possibilité d'une réponse ouverte (aut_*choix_1).*

- Si méthodes artificielles, pourquoi en réponse multiple (*choix_21*, *choix_22*, *choix_23*, *choix_24*, *choix_299*) avec possibilité d'une réponse ouverte (*aut_choix_2*) et quel en est le coût (*frais_artif_cpn*) avec le niveau de précision (*frais_artif_cpn_precis*).

Déterminants du recours à une méthode de planning familial

Selon l'utilisation passée de méthodes contraceptives

Variable dépendante

Selon l'utilisation passée de méthodes contraceptives oui/non (*plan_ouinon*).

Variables explicatives

Les différentes variables explicatives ont été sélectionnées selon la littérature et le bon sens.

Caractéristiques socio-démographiques :

- Age (*ageinyears*)
- Niveau d'étude (*niv_etude*)
- Pratique d'une activité (*occup_ouinon*)
- Statut matrimonial (*situation_fam*)
- Niveau d'étude du conjoint (*niv_etude_conjoint*)
- Nombre de personnes vivant dans le ménage (*nb_comp_mng*)
- Nombre d'enfants (*nb_parite_p1*)
- Religion (*religion*)
- + données relatives à l'économie + données GPS ??

Antécédents :

- De pathologies ayant nécessité un suivi (*maladie_anteced*)
    - Et du lieu de suivi (*habitude_soins*)
- De grossesse (*premier_gross*) et du nombre (*nb_gross*)
- D'issues défavorables aux grossesses précédentes (*mvs_issu_gross*) et à l'inverse d'issues favorables (*nb_parite_ok*).
- De complications à l'accouchement (*pb_mat*)
- D'enfants décédés (*zz_mort*) et de leur nombre (*nb_zz_mort*)
- De grossesse(s) non désirée(s) (*gross_surp*) et de leur nombre (*nb_gross_surp*)

Données relatives au planning familial :

- Intervalle idéal entre 2 enfants (*avi_mere1*)
- Prise de décision relative au planning familial (*decide_zz*)
- Connaissance du planning familial (*plan_fam_ouinon*)
- Des types de méthodes contraceptives (*type_plan*)
- Et des lieux où se les procurer (*lieu_plan_ouinon*)

Impacts de l'entourage

- Autorisation du conjoint (*autorise_plan*)
- Avis de la communauté sur l'utilité (*apparence_plan*)
- Avis des amies sur l'utilité (*apparence_plan_2*)
- Avis de l'entourage sur les risques (*effet_second_plan*)
- Autorisation de la religion (*autorise_relig_plan*)
- Avis de la femme sur l'utilité (*utile_plan*)

Selon les besoins non satisfaits en planning familial

Variable dépendante

Selon les besoins non satisfaits en planning familial : variable *bns_pf* codée à partir des variables *decal_matur_avi* et *connais_previ* selon :

- Si *decal_matur_avi* = 2 ou 3 ou 4 ou 0 et si *connais_previ* = 4 alors *bns_pf* = 1
- Si *decal_matur_avi* = 1 ou 5 ou si *decal_matur_avi* = 2 ou 3 ou 4 ou 0 et si *connais_previ* = 1 ou 2 ou 3 alors *bns_pf* = 0

Sinon on peut également créer une variable besoins non satisfaits en planning familial à l'aide d'un score considérant toutes les variables relatives à un besoin non satisfait en planning familial à savoir :

- L'écart entre l'intervalle entre les naissances idéal selon la mère et l'intervalle effectif entre chacun de ses enfants (*avi_mere1* et *decal_zz*)
- L'incohérence entre l'intervalle entre les naissances souhaité par la mère et la méthode envisagée pour obtenir ce résultat (*decal_matur_avi* et *connais_previ*)
- Des antécédents de grossesse(s) non désirée(s) (*gross_surp*)
- De même si la grossesse actuelle est souhaitée (*gross_reve*)

Variables explicatives

Les variables explicatives concernées ici sont les mêmes que précédemment.

2. Partie descriptive

Diagramme de flux

La sélection des Fokontany s'est effectuée selon les lieux d'action des ONG partenaires (Mikolo et Mahefa Miaraka). Une liste des Fokontany concernés par ces 2 ONG a été dressée dans chacun des 3 districts (Antsohihy, Moramanga, Manakara) puis les Fokontany ne respectant pas les critères d'inclusion (plus de 1050 habitants et accessibles en termes de distance et de sécurité) ont été exclus. De cette liste ont été tirés au sort une douzaine de Fokontany qui seront inclus dans l'étude. Toutes les femmes enceintes de ces Fokontany tirés au sort ont été exhaustivement incluses dans l'étude à l'aide des agents communautaires et des chefs Fokontany ; permettant ainsi une représentativité de la population source par rapport à la population cible.

Description de la population d'étude

L'ensemble des tableaux de présentation des résultats de la partie descriptive et analytique sont présentés en annexe du plan d'analyse (tableaux 1 à 4). Les variables qualitatives seront présentées sous forme d'effectifs et de proportions. Les variables quantitatives seront présentées : sous forme de médiane avec les intervalles interquartiles pour l'âge et sous forme de moyenne avec écart type pour le nombre de personnes composant le foyer.

Description des thématiques EDRaS

L'ensemble des variables de l'étude seront présentés selon le recours à l'utilisation d'une méthode de planification familiale.

Les variables quantitatives seront présentées sous forme de médiane avec les intervalles interquartiles ou sous forme de moyenne avec écart type et les variables qualitatives seront présentées sous forme d'effectifs et de proportions.

3. Partie analytique

Description de la population d'étude par district d'étude

Cette analyse a pour but de comparer les 3 districts afin de voir si les femmes présentent les mêmes caractéristiques dans chacune des régions afin d'en faire un seul échantillon. Si les caractéristiques sont trop différentes, notamment sur des déterminants potentiellement importants du recours aux soins, il faudra alors penser à diviser l'échantillon et procéder aux analyses de manière séparée par district perdant de la puissance. Une réflexion sur les

avantages/inconvénients de cette méthode devra être menée en fonction des résultats descriptifs.

Tout d'abord une comparaison globale de chaque variable explicative sera faite avec pour variable d'intérêt le district ; ainsi cela correspond à comparer une variable explicative avec une variable d'intérêt qualitative à 3 modalités (Antsohihy, Moramanga et Manakara). Cette comparaison se fera à l'aide de différents tests en fonction des conditions d'application :

- Si la variable explicative est quantitative et suit une loi normale, on utilisera un test ANOVA pour comparer 3 moyennes ; si la variable ne suit pas une loi normale, il faudra utiliser le test non paramétrique de Kruskal-Wallis.

- Si la variable explicative est qualitative :

    - Les conditions d'applications sont respectées (c'est-à-dire si les effectifs observés et théoriques sont > 5) alors on utilisera un test du Chi2 d'indépendance ;

    - Les conditions d'applications ne sont pas respectées : soit les effectifs observés et/ou théoriques sont entre 2,5 et 5 alors on utilisera le test du Chi2 d'indépendance avec correction de Yates ; soit les effectifs observés et/ou théoriques sont < 2,5 alors on utilisera le test exact de Fisher.

Si une différence significative est retrouvée en comparant les 3 districts ensembles, une analyse des régions 2 à 2 peut ensuite être effectuée, cela consiste donc à comparer une variable explicative à une variable d'intérêt qualitative à 2 modalités (soit Antsohihy vs Moramanga soit Antsohihy vs Manakara soit Moramanga vs Manakara). Pour cela il faudra utiliser les data frame decodés : *ant_mora*, *ant_mana* et *mora_mana*. Cette comparaison se fera à l'aide de différents tests en fonction des conditions d'application :

- Si la variable explicative est quantitative et suit une loi normale, on utilisera un test de Student avec l'option *var.equal = TRUE* si les variances sont égales ou *var.equal = FALSE* si les variances ne sont pas égales ; et si la variable explicative ne suit pas une loi normale, on utilisera le test non paramétriques de Wilcoxon.

- Si la variable explicative est qualitative :

    - Les conditions d'applications sont respectées (c'est-à-dire si les effectifs observés et théoriques sont > 5) alors on utilisera un test du Chi2 d'indépendance ;

    - Les conditions d'applications ne sont pas respectées : soit les effectifs observés et/ou théoriques sont entre 2,5 et 5 alors on utilisera le test du Chi2

d'indépendance avec correction de Yates ; soit les effectifs observés et/ou théoriques sont < 2,5 alors on utilisera le test exact de Fisher.

Recours à l'utilisation d'une méthode de planification familiale (avant et après la grossesse)

Pour chaque variable descriptive, le même travail que pour les caractéristiques socio-démographiques sera effectué à savoir une description globale puis par région suivi d'une comparaison de chacune de ces variables en fonction du district. Là, en fonction de la comparabilité des régions, sera décidé si les données seront gardées en globalité ou divisées par districts.

La variable dépendante concernera l'utilisation de méthodes contraceptives (*plan_*ouinon), les femmes de l'étude seront donc divisées : celles qui ont utilisé une méthode contraceptive et celles qui ne l'ont jamais fait. Une première étape permettra de décrire les caractéristiques des femmes utilisatrices de méthodes contraceptives et de les comparer aux femmes qui n'en utilisent pas.

Une deuxième étape consistera à décrire les déterminants de cette utilisation de méthodes contraceptives, pour cela un modèle de régression logistique sera construit. Pour commencer, des analyses univariées seront effectuées pour chaque variable explicative potentielle afin de tester leur lien avec la variable dépendante (*plan_ouinon*). Pour chaque facteur de risque, nous réaliserons un test du Chi2 d'indépendance (selon les conditions d'application). Un seuil de 20% est défini pour la sélection de ces variables explicatives : si $p < 0,20$, alors la variable est incluse dans le modèle multivarié. Après sélection de toutes les variables potentiellement impliquées dans l'utilisation de méthodes contraceptives, nous réalisons l'analyse multivariée en éliminant les variables non statistiquement significatives au seuil de 5% selon un modèle pas à pas descendant jusqu'à arriver au modèle final permettant de sortir les déterminants du recours à l'utilisation de méthodes contraceptives.

Un autre modèle pourra être construit selon la variable dépendante « besoins non satisfaits en planning familial » permettant de joindre l'utilisation ou non de méthodes contraceptives avec le désir ou non d'enfant. Celui-ci suivra la même démarche.

Annexe 3 : Canevas d'entretiens volet qualitatif EDRaS

1. Canevas d'entretien pour femme enceinte

Questions sur le planning familial

Que savez-vous des différentes méthodes de contraception ? *(Méthodes naturelles : abstinence, retrait ou méthodes artificielle : préservatif, contraceptif injectable, contraceptifs oraux, implants, etc.)* Pouvez-vous les citer et les décrire ?

Que pensez-vous des méthodes contraceptives ? Est-il aisé de s'en procurer ?

Vous arrive-t-il de discuter des différentes méthodes contraceptives avec vos amies *(échange sur les PF utilisés, partage d'expérience, etc.)* ?

D'où proviennent les informations dont vous disposez concernant le PF ? Avez-vous le sentiment d'avoir suffisamment de connaissances sur le PF ? Si non, de quel type d'information supplémentaire auriez-vous besoin ?

Avant de tomber enceinte, faisiez-vous le planning familial ? Si oui, quelle méthode contraceptive utilisiez-vous ? Et pourquoi avoir choisi cette méthode en particulier ? Qui vous l'a conseillée ? Où vous procuriez-vous cette contraception ?

Est-ce que votre mari a son mot à dire au sujet du planning familial ? Qu'en pense-t-il ? Est-ce un sujet dont vous discutez ensemble ?

Avez-vous toujours utilisé cette méthode-là ? Si non, quelles autres méthodes avez-vous adoptées ?

Si plusieurs méthodes ont été utilisées, approfondir : pourquoi ? Combien de temps se passait entre chaque contraception ?

Après la naissance de votre enfant, allez-vous reprendre le planning familial ? Quelle méthode allez-vous choisir ? Pourquoi ?

Rencontrez-vous des difficultés dans la gestion de votre planning familial ? Si oui, lesquelles ?

Est-ce que vous avez rencontré des effets secondaires durant la prise de contraception ? Est-ce que cela a un impact sur vos choix futurs en termes de contraception ?

Est-ce que votre entourage est au courant que vous prenez le PF ? Si oui qui, pourquoi ces personnes en particulier, comment ont-elles réagit à l'information ?

2. Canevas mères d'enfants de moins de 5 ans

Questions sur le planning familial

Que savez-vous des différentes méthodes de contraception ? *(Méthode naturelles : abstinence, retrait ou méthodes artificielle : préservatif, contraceptif injectable, contraceptifs oraux, implants etc.).* Pouvez-vous les citer et les décrire ?

Que pensez-vous des méthodes contraceptives ? Est-il aisé de s'en procurer ?

Vous arrive-t-il de discuter des différentes méthodes contraceptives avec vos amies ? *(Echanges sur les PF utilisées, partage d'expérience etc.)*

D'où proviennent les informations dont vous disposez sur le PF ? Avez-vous le sentiment d'avoir suffisamment de connaissance ? Sinon, de quel type d'informations supplémentaires auriez-vous besoin ?

Aujourd'hui, utilisez-vous une méthode contraceptive ? Pourquoi avoir choisi cette méthode en particulier ? Qui vous l'a conseillée ?

Est-ce que votre entourage est au courant que vous prenez le PF ? Si oui, qui ? Pourquoi cette/ces personnes en particulier ? Comment ont elle réagit à cette information ?

Est-ce que votre mari a son mot à dire au sujet du planning familial ? Qu'en pense-t-il ? Est-ce un sujet dont vous discutez ensemble ?

Avez-vous toujours utilisé cette méthode-là ? Si non, quelles autres méthodes avez-vous adoptées ? Si plusieurs méthodes ont été utilisées, approfondir : Pourquoi ? Combien de temps se passait entre chaque contraception ?

Rencontrez-vous des difficultés dans la gestion de votre planning familial ? Si oui, lesquelles ?

Est-ce que vous avez rencontré des effets secondaires durant la prise de contraception ? Est-ce que cela a un impact sur vos choix futurs en termes de contraception ?

3. Canevas homme

Questions sur le planning familial

Que savez-vous des différentes méthodes de contraception ? (méthodes naturelles : abstinence, retrait ou méthodes artificielle : préservatif, contraceptif injectable, contraceptifs oraux, implants, etc.)

Que pensez-vous des différentes méthodes contraceptives ?

D'où proviennent les informations dont vous disposez concernant le PF ? Avez-vous le sentiment d'avoir suffisamment de connaissances sur le PF ? Si non, de quel type d'information supplémentaire auriez-vous besoin ?

Avez-vous votre mot à dire dans les choix de contraception de votre femme ? Dans votre couple, qui décide du planning familial ?

Rencontrez-vous des difficultés dans la gestion de votre planning familial ? Si oui, lesquelles ?

4. Canevas d'entretien pour la grand-mère

Questions concernant le planning familial

D'après votre expérience, quelle est la méthode de planning familial la plus utilisée par les femmes ici ?

Rencontrent-elles des difficultés dans la gestion de ce planning ? Si oui, lesquelles ?

Est-ce qu'il vous arrive de conseiller vos filles/belles filles concernant le planning familial ? Que lui dites-vous ?

Est-ce que les hommes ont leur mot à dire en matière de planning familial de leurs femmes ? A votre connaissance, quelle est la connaissance des hommes à ce sujet ?

5. Canevas d'entretien pour matrone ou accoucheur(se) traditionnel(le)

Questions sur le planning familial

D'après votre expérience, quelle est la méthode de planning familial la plus utilisée par les femmes ici ?

Rencontrent-elles des difficultés dans la gestion de ce planning ? Si oui, lesquelles ?

Est-ce qu'il vous arrive de conseiller vos filles/belles filles concernant le planning familial ? Que leur dites-vous ?

Est-ce que les hommes ont leur mot à dire en matière de planning familial de leur femme ? A votre avis, quelle est la connaissance des hommes à ce sujet ?

6. Canevas d'entretien pour Agent Communautaire

Questions sur le planning familial

Est-ce que la dispensation de conseils concernant le planning familial fait partie de vos activités en tant qu'agent communautaire ? Si oui, pouvez-vous décrire vos activités (informations, sensibilisation, discussion avec les femmes pour trouver la méthode adaptée) ? Ou avez-vous reçu les informations que vous transmettez ?

D'après votre expérience, quelle est la méthode de planning familial la plus utilisée par les femmes ici ?

Rencontrent-elles des difficultés dans la gestion de ce planning ? Si oui, lesquelles ?

Est-ce que les hommes ont leur mot à dire en matière de planning familial de leurs femmes ? A votre connaissance, quelle est la connaissance des hommes à ce sujet ?

7. Canevas d'entretien pour personnel de santé

Questions sur le planning familial

D'après votre expérience, quelle est la méthode de planning familial la plus utilisée par les femmes ici ?

Qui informe les femmes sur le PF ? Considérez-vous que c'est votre rôle de les informer concernant le PF ?

Rencontrent-elles des difficultés dans la gestion de ce planning ? Si oui, lesquelles ?

Est-ce que les hommes ont leur mot à dire en matière de planning familial de leurs femmes ? A votre avis, quelle est la connaissance des hommes à ce sujet ?

Annexe 4 : Canevas d'entretiens volet qualitatif complémentaire

1. Personnels bio médicaux

Description de la personne

Pourriez-vous vous présenter : Quel âge avez-vous ? D'où venez-vous ?

Quel est votre niveau de scolarité ? Quelle formation professionnelle avez-vous suivi ? Où avez-vous fait vos études ?

Quelles ont été vos expériences professionnelles ? Où avez-vous travaillé ? Combien de temps ? En quoi consistait ce travail ?

Description de l'activité

Quelle est votre activité ? Depuis combien de temps exercez-vous cette activité ?

Pourquoi avoir choisi ce corps de métier ? Qu'est-ce qui vous motive ?

Pouvez-vous me décrire votre rôle ?

Plus globalement, qui d'autre travaille ici ? Quel est le rôle de chacun ?

Nous allons maintenant aborder les questions relatives au PF

Les différentes méthodes contraceptives

Avez-vous reçu une ou des formations préalables au PF ? En quoi consistaient-elles ? Par qui ont-elles été dispensées ? Connaissez-vous des méthodes contraceptives ? Lesquelles ?

Quelles méthodes contraceptives sont les plus efficaces/fiables selon vous ?

Pouvez-vous m'expliquer quelles méthodes contraceptives sont proposées ici ?

Quelles sont les méthodes le plus souvent utilisées ? Pourquoi ? Par qui ?

Avez-vous vos propres stocks ici ? Si oui comment êtes-vous approvisionnés ? Etes-vous souvent/jamais en rupture de stocks ?

L'organisation du PF

Est-ce que vous réalisez souvent des consultations de PF ?

Quelles catégories de personnes prenez-vous en charge en général en consultation de PF *(âge, statut matrimonial, éducation, …)* ?

En général, pour quelles raisons les femmes viennent consulter ? Viennent-elles spontanément ? *Ou sont-elles adressées par un autre professionnel ? Ou bien sont-elles incitées par leur entourage ? Par qui ? Leur mère, leurs amies, leur mari ?*

Qu'est-ce que vous leur présentez comme méthodes contraceptives ? Est-ce que vous leur en conseillez une en particulier en fonction de la situation ? Pouvez-vous m'expliquer laquelle pour chaque situation et pourquoi ?

Conseillez-vous une méthode contraceptive systématiquement *ou que dans certaines conditions par exemple en fonction de l'âge, du statut matrimonial … ?*

Est-ce que vous leur donnez d'autres conseils ? Pouvez-vous me donner des exemples de conseils que vous pouvez donner ?
J'ai entendu que beaucoup de femmes ont peur des effets secondaires de la contraception, qu'en pensez-vous ? Avez-vous entendu des rumeurs sur l'une ou l'autre méthode ? Quelles étaient ces rumeurs ? Est-ce que vous les rassurez sur ce sujet ?

Les femmes doivent-elles payer la consultation ? Les contraceptifs ?

La prise en charge des jeunes filles

Plus particulièrement concernant les adolescentes : les jeunes filles célibataires viennent-elles en consultation de PF ? A quelle fréquence ? Quelles sont les demandes de ces jeunes patientes ?
Pouvez-vous me décrire ce que vous faites quand vous recevez une jeune fille célibataire ?
Comment sont perçus les rapports sexuels chez les jeunes filles célibataires ici ? Et vous qu'en pensez-vous ? D'après vous, est-ce une bonne ou une mauvaise chose que les adolescentes prennent une contraception ?
Est-ce que vous leur conseillez une méthode contraceptive ? Systématiquement ou que dans certaines conditions ? Quelles méthodes particulièrement ? Pourquoi ?
Est-ce que vous leur donnez d'autres conseils ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

La prise en charge des femmes en post partum

Concernant les accouchements, est-ce que vous en réalisez vous-même ? Faites-vous une visite post partum ? Est-ce que, durant cette visite, vous aborder la question de la contraception ?
Pouvez-vous me décrire en quoi consiste une consultation de PF pour une femme en post partum ? D'après vous, est-ce que ces femmes nécessitent une prise en charge particulière ?
Est-ce que vous leur conseillez une méthode contraceptive ? Une en particulier ? Pouvez-vous m'expliquer pourquoi ?
Est-ce que vous leur donnez d'autres conseils ? Pouvez-vous me donner des exemples ?
Concernant les femmes qui accouchent à domicile, est-ce que vous les voyez en consultation de PF après leur accouchement ? A quelle fréquence ?
Viennent-elles spontanément *ou sont-elles adressées par leur sage-femme/matrone par exemple ?*
Pouvez-vous m'expliquer ce qu'elles viennent chercher auprès de vous ?
Par rapport aux femmes qui ont accouché ici, la consultation de PF est-elle similaire ? D'après vous, est-ce que ces femmes nécessitent une prise en charge particulière ?
Est-ce que vous leur conseillez une méthode contraceptive ? Une en particulier ? Pouvez-vous m'expliquer pourquoi ?
Est-ce que vous leur donnez d'autres conseils ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

2. Agents communautaires

Description de la personne

Pourriez-vous vous présenter : Quel âge avez-vous ? D'où venez-vous ?

Quel est votre niveau de scolarité ? Avez-vous suivi une formation professionnelle ? Si oui laquelle ? Où ?

Avez-vous des expériences professionnelles ? Si oui lesquelles ? Où ? Combien de temps ? En quoi consistait ce travail ?

Description de l'activité

Depuis combien de temps êtes-vous AC ? Comment êtes-vous devenu AC ?

Avez-vous choisi de l'être ? Qu'est-ce qui vous motive ?

Pouvez-vous me décrire votre rôle ?

Travaillez-vous avec d'autres personnes ? Quel est le rôle de chacun ?

Nous allons maintenant aborder les questions relatives au PF

Les différentes méthodes contraceptives

Avez-vous reçu une ou des formations préalables au PF ? En quoi consistaient-elles ? Par qui ont-elles été dispensées ? Connaissez-vous des méthodes contraceptives ?

Quelles méthodes contraceptives sont les plus efficaces/fiables selon vous ?

Proposez-vous des méthodes contraceptives ? Pouvez-vous m'expliquer lesquelles ?

Quelles sont les méthodes le plus souvent utilisées ? Pourquoi ? Par qui ?

Avez-vous vos propres stocks ici ? Si oui comment êtes-vous approvisionnés ? Etes-vous souvent/jamais en rupture de stocks ?

L'organisation du PF

Est-ce que vous réalisez souvent des consultations de PF ?

Quelles catégories de personnes prenez-vous en charge en général en consultation en PF *(âge, statut matrimonial, éducation, …)* ?

En général, pour quelles raisons les femmes viennent consulter ? Viennent-elles spontanément ? *Ou sont-elles adressées par un autre professionnel ? Ou bien sont-elles incitées par leur entourage ? Par qui ? Leur mère, leurs amies, leur mari ?*

Qu'est-ce que vous leur présentez comme méthodes contraceptives ? Est-ce que vous leur en conseillez une en particulier en fonction de la situation ? Pouvez-vous m'expliquer laquelle pour chaque situation et pourquoi ?

Conseillez-vous une méthode contraceptive systématiquement *ou que dans certaines conditions par exemple en fonction de l'âge, du statut matrimonial … ?*

Est-ce que vous leur donnez d'autres conseils ? Pouvez-vous me donner des exemples de conseils que vous pouvez donner ?

J'ai entendu que beaucoup de femmes ont peur des effets secondaires de la contraception, qu'en pensez-vous ? Avez-vous entendu des rumeurs sur l'une ou l'autre méthode ? Quelles étaient ces rumeurs ? Est-ce que vous les rassurez sur ce sujet ?
Les femmes doivent-elles payer la consultation ? Les contraceptifs ?

La prise en charge des jeunes filles

Plus particulièrement concernant les adolescentes : les jeunes filles célibataires viennent-elles en consultation de PF ? A quelle fréquence ? Quelles sont les demandes de ces jeunes patientes ?
Pouvez-vous me décrire ce que vous faites quand vous recevez une jeune fille célibataire ?
Comment sont perçus les rapports sexuels chez les jeunes filles célibataires ici ? Vous qu'en pensez-vous ? D'après vous, est-ce une bonne ou une mauvaise chose que les adolescentes prennent une contraception ?
Est-ce que vous leur conseillez une méthode contraceptive ? Systématiquement ou que dans certaines conditions ? Quelles méthodes particulièrement ? Pourquoi ?
Est-ce que vous leur donnez d'autres conseils ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

La prise en charge des femmes en post partum

Concernant les accouchements, est-ce que vous en réalisez vous-même ? Faites-vous une visite post partum ? Est-ce que, durant cette visite, vous aborder la question de la contraception ?
Pouvez-vous me décrire en quoi consiste une consultation de PF pour une femme en post partum ? D'après vous, est-ce que ces femmes nécessitent une prise en charge particulière ?
Est-ce que vous leur conseillez une méthode contraceptive ? Une en particulier ? Pouvez-vous m'expliquer pourquoi ?
Est-ce que vous leur donnez d'autres conseils ? Pouvez-vous me donner des exemples ?
Concernant les femmes qui accouchent à domicile, est-ce que vous les voyez en consultation après leur accouchement ? A quelle fréquence ?
Viennent-elles spontanément *ou sont-elles adressées par leur sage-femme/matrone par exemple ?*
Pouvez-vous m'expliquer ce qu'elles viennent chercher auprès de vous ?
Par rapport aux femmes qui ont accouché avec vous, la consultation de PF est-elle similaire ? D'après vous, est-ce que ces femmes nécessitent une prise en charge particulière ?
Est-ce que vous leur conseillez une méthode contraceptive ? Une en particulier ? Pouvez-vous m'expliquer pourquoi ?
Est-ce que vous leur donnez d'autres conseils ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

Annexe 5 : Autorisation éthique EDRaS

REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana-Tanindrazana-Fandrosoana

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

COMITE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE BIOMEDICALE

N° 089 - MSANP/CERBM

AUTORISATION

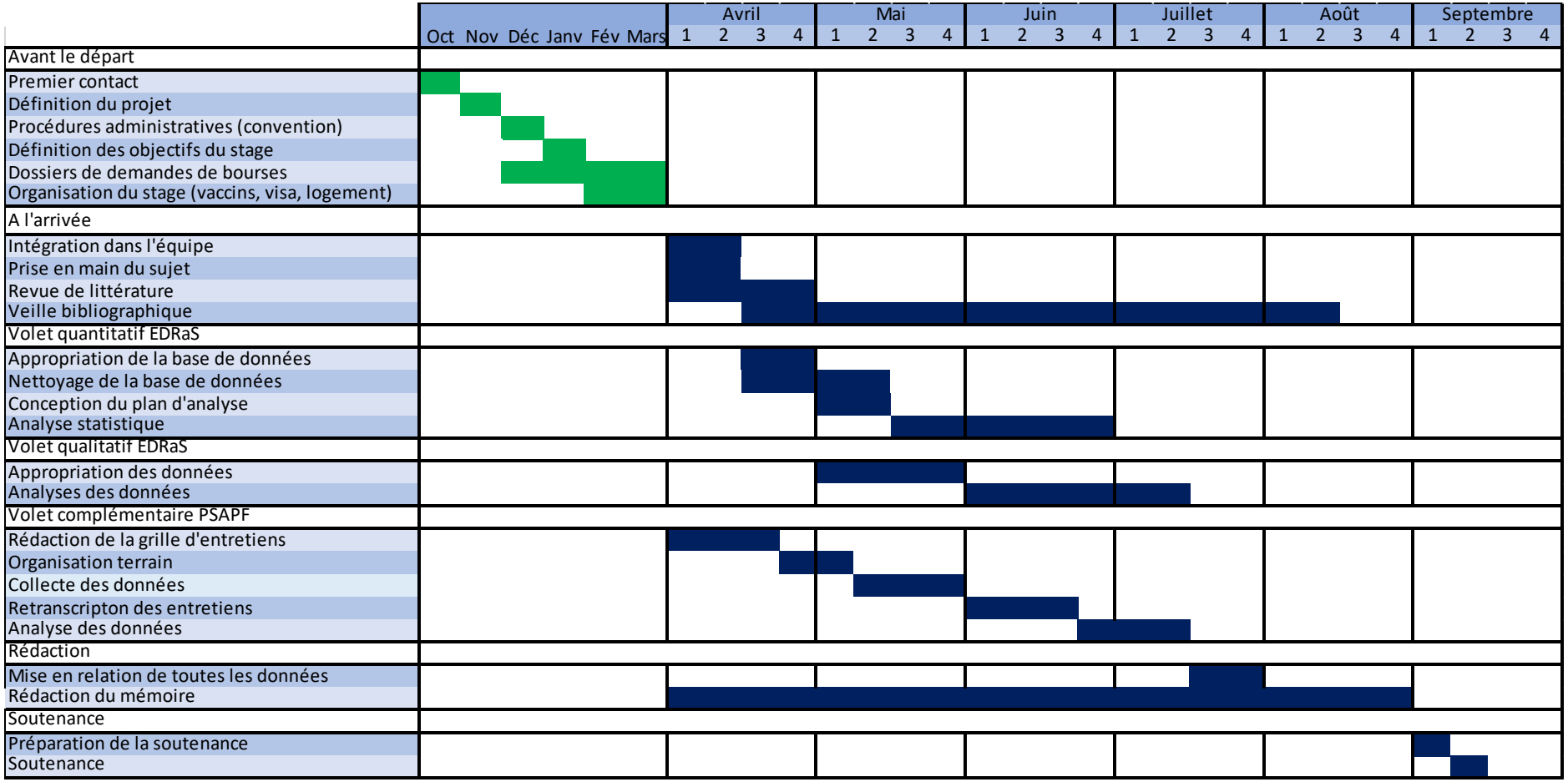
Après consultation et avis favorable du Comité d'Ethique de la Recherche Biomédicale auprès du Ministère de la Santé, Dr Feno RAKOTOARIMANANA, Institut Pasteur de Madagascar est autorisé à effectuer la recherche intitulée : « **Etude des Déterminants du Recours aux Soins des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans à Madagascar. Etude dans trois zones appuyées par USAID** », financé par USAID.

Antananarivo, le 19 SEP. 2017

P. LE MINISTRE
DE LA SANTE PUBLIQUE
PAR DELEGATION
LE SECRETAIRE GENERAL

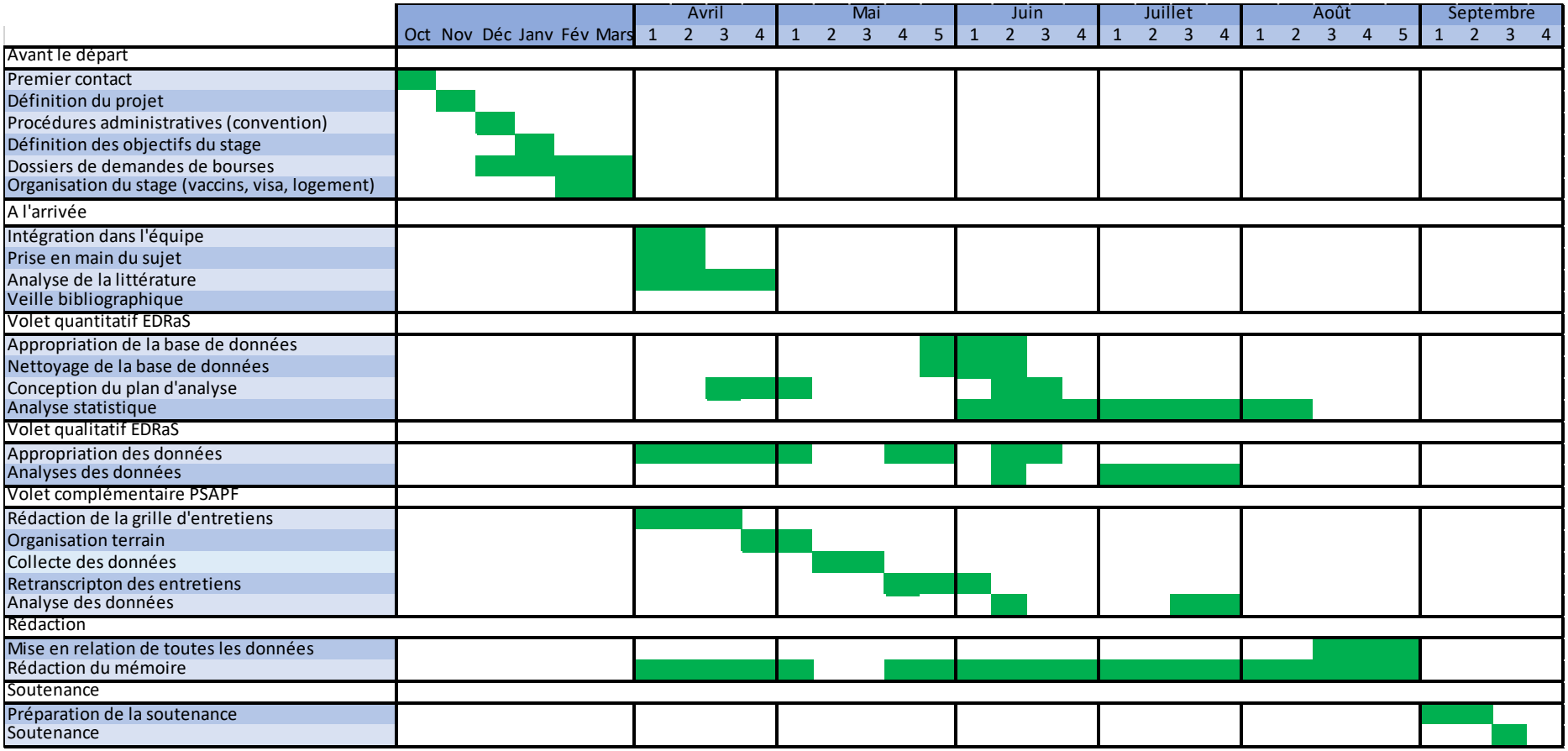
Dr. Jean RATSIMBAZAFY
Docteur en Santé Publique et épidémiologie

Annexe 6 : Chronogramme des activités



* PSAPFA : Professionnels de Santé Acteurs du PF

Figure 15 : Chronogramme d'activités prévisionnel



* PSAPF : Professionnels de Santé Acteurs du PF

Figure 16 : Chronogramme d'activités effectif

Annexe 7 : Résultats complémentaires volet quantitatif EDRaS

Tableau 28 : Analyse multivariée analysant les déterminants de l'utilisation passée de méthodes contraceptives chez les femmes enceintes (n=512) de 3 régions de Madagascar, projet EDRaS, 2018

Variables		OR ajusté	IC 95%	p
Age (en années)				<0,001
	< 18 (n= 73)	1		
	[18-24] (n= 200)	3,70	1,62-9,10	
	[25-34] (n= 178)	6,31	2,41-17,50	
	>/= 35 (n= 61)	11,56	3,66-39,75	
Religion				0,03
	Sans religion (n= 112)	1		
	Chrétien catholique (n=144)	1,77	0,92-3,42	
	Chrétien protestant (n=131)	1,19	0,63-2,25	
	Autres chrétiens (n=63)	1,28	0,58-2,81	
	Autres (n=62)	3,65	1,54-9,03	
Avis sur le PF				<0,001
	Pas utile (n= 50)	1		
	Utile (n= 462)	15,42	5,82-47,10	
Occupation non				0,02
Antécédents de grossesses				
	Non (n= 47)	1		
	Oui (n= 34)	18,91	4,80-91,73	
Avis communauté				0,01
	Inutile (n=7)	1		
	Utile (n=74)	0,05	0,00-0,71	
Occupation oui				
Antécédents de grossesses				0,02
	Non (n= 92)	1		
	Oui (n= 339)	3,36	1,67-6,90	
Avis communauté				0,01
	Inutile (n=39)	1		
	Utile (n=392)	1,59	0,60-4,17	
Nb personnes ménage <4				
Intervalle naissance idéal				<0,001
	< 3 ans (n=34)	1		
	3 ans (n=69)	2,78	0,97-8,44	
	> 3 ans (n=90)	7,29	2,55-22,41	
Nb personnes ménage [4-5]				
Intervalle naissance idéal				<0,001
	< 3 ans (n=22)	1		
	3 ans (n=57)	1,85	0,56-6,09	
	> 3 ans (n=72)	1,45	0,45-4,57	
Nb personnes ménage >5				
Intervalle naissance idéal				<0,001
	< 3 ans (n=32)	1		
	3 ans (n=49)	0,20	0,06-0,68	
	> 3 ans (n=87)	0,47	0,15-1,42	

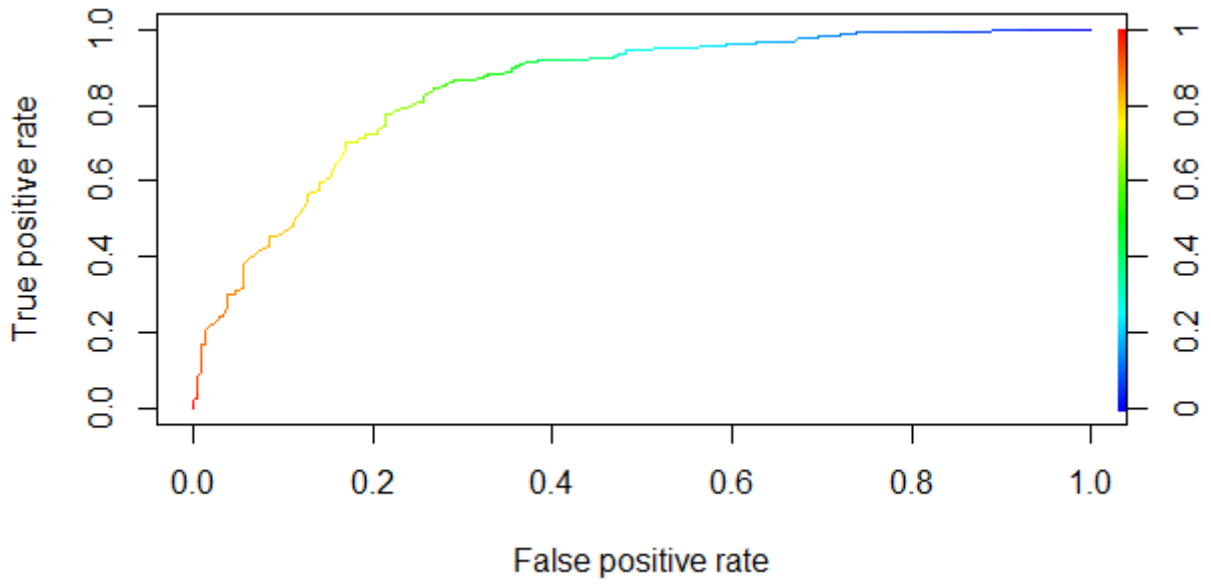
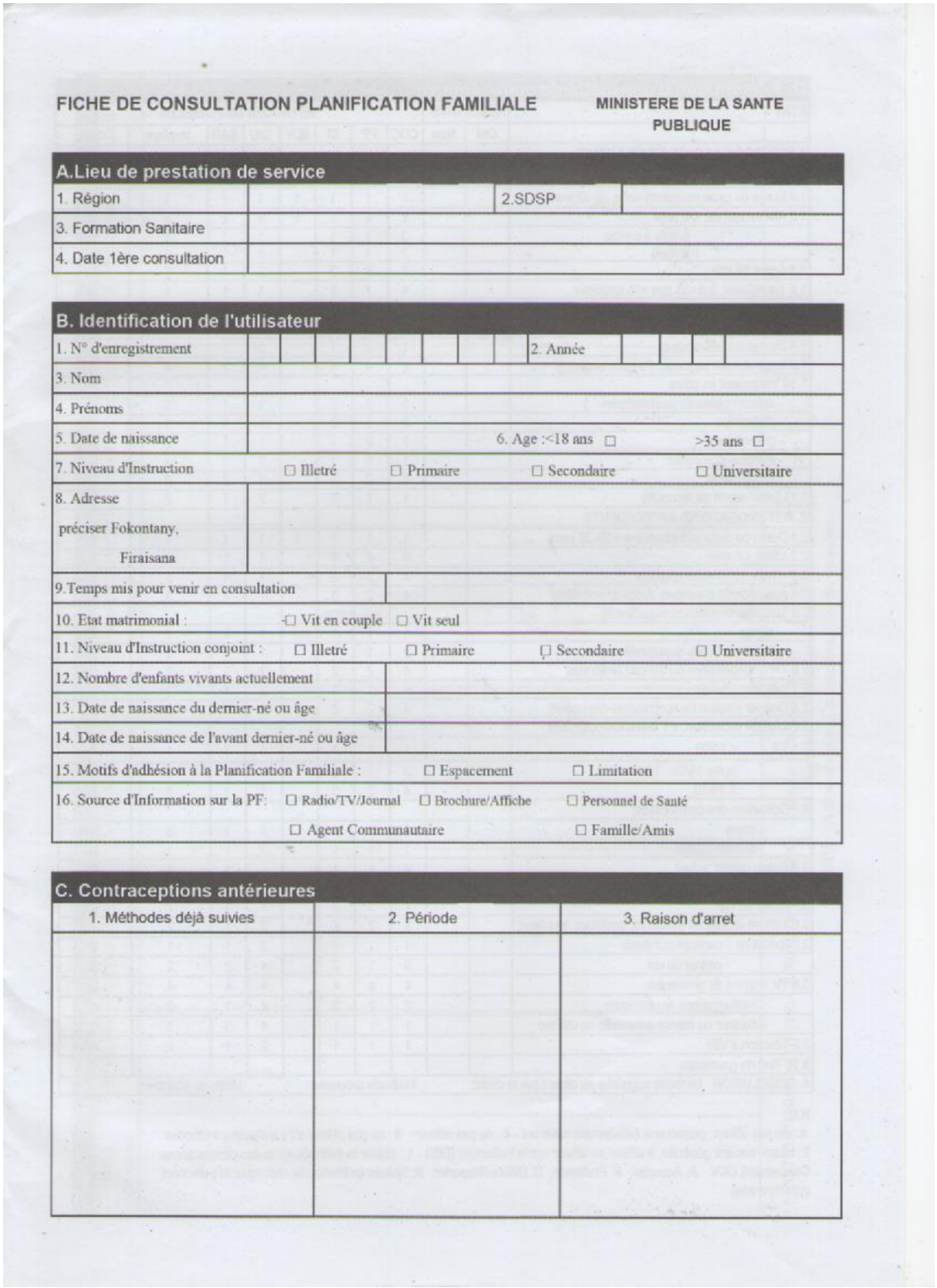


Figure 17 : Courbe ROC présentant l'adéquation du modèle de régression logistique multivarié avec l'échantillon complet (n=512)

L'aire sous la courbe (AUC) de la courbe ROC de ce modèle montre que ce modèle a une discrimination excellente (AUC = 0,85).

Annexe 8 : Fiche de consultation de planification familiale



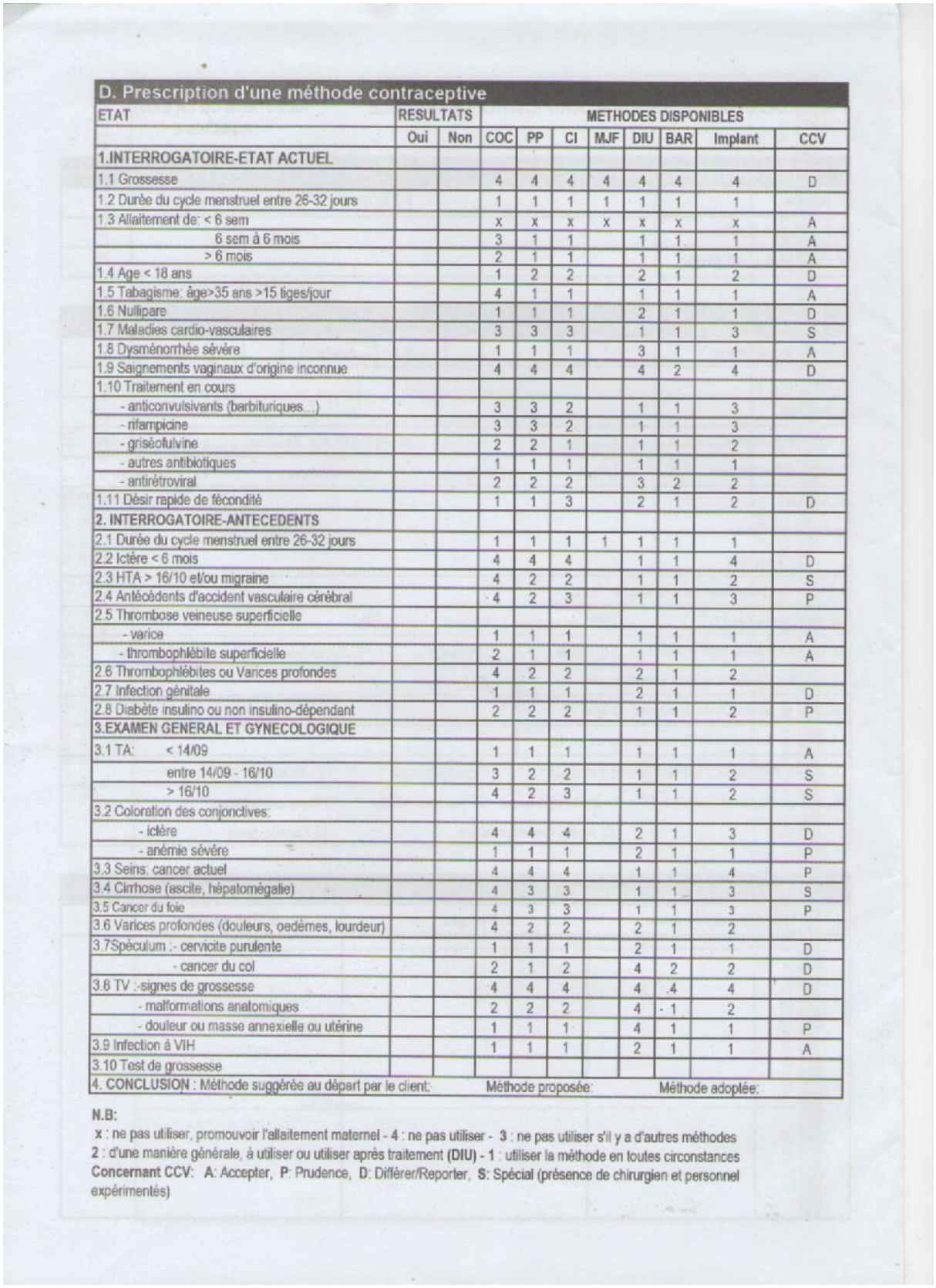
FICHE DE CONSULTATION PLANIFICATION FAMILIALE — MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

A.Lieu de prestation de service			
1. Région		2.SDSP	
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 ☐			>35 ans ☐	
7. Niveau d'Instruction	☐ Illetré			☐ Primaire			☐ Secondaire				☐ Universitaire		
8. Adresse préciser Fokontany, Firaisana													
9.Temps mis pour venir en consultation													
10. Etat matrimonial :	☐ Vit en couple		☐ Vit seul										
11. Niveau d'Instruction conjoint :	☐ Illetré			☐ Primaire			☐ Secondaire				☐ Universitaire		
12. Nombre d'enfants vivants actuellement													
13. Date de naissance du dernier-né ou âge													
14. Date de naissance de l'avant dernier-né ou âge													
15. Motifs d'adhésion à la Planification Familiale :	☐ Espacement			☐ Limitation									
16. Source d'Information sur la PF:	☐ Radio/TV/Journal			☐ Brochure/Affiche			☐ Personnel de Santé						
	☐ Agent Communautaire			☐ Famille/Amis									

C. Contraceptions antérieures		
1. Méthodes déjà suivies	2. Période	3. Raison d'arret

Figure 18 : Fiche de consultation de planification familiale et de suivi (page 1)



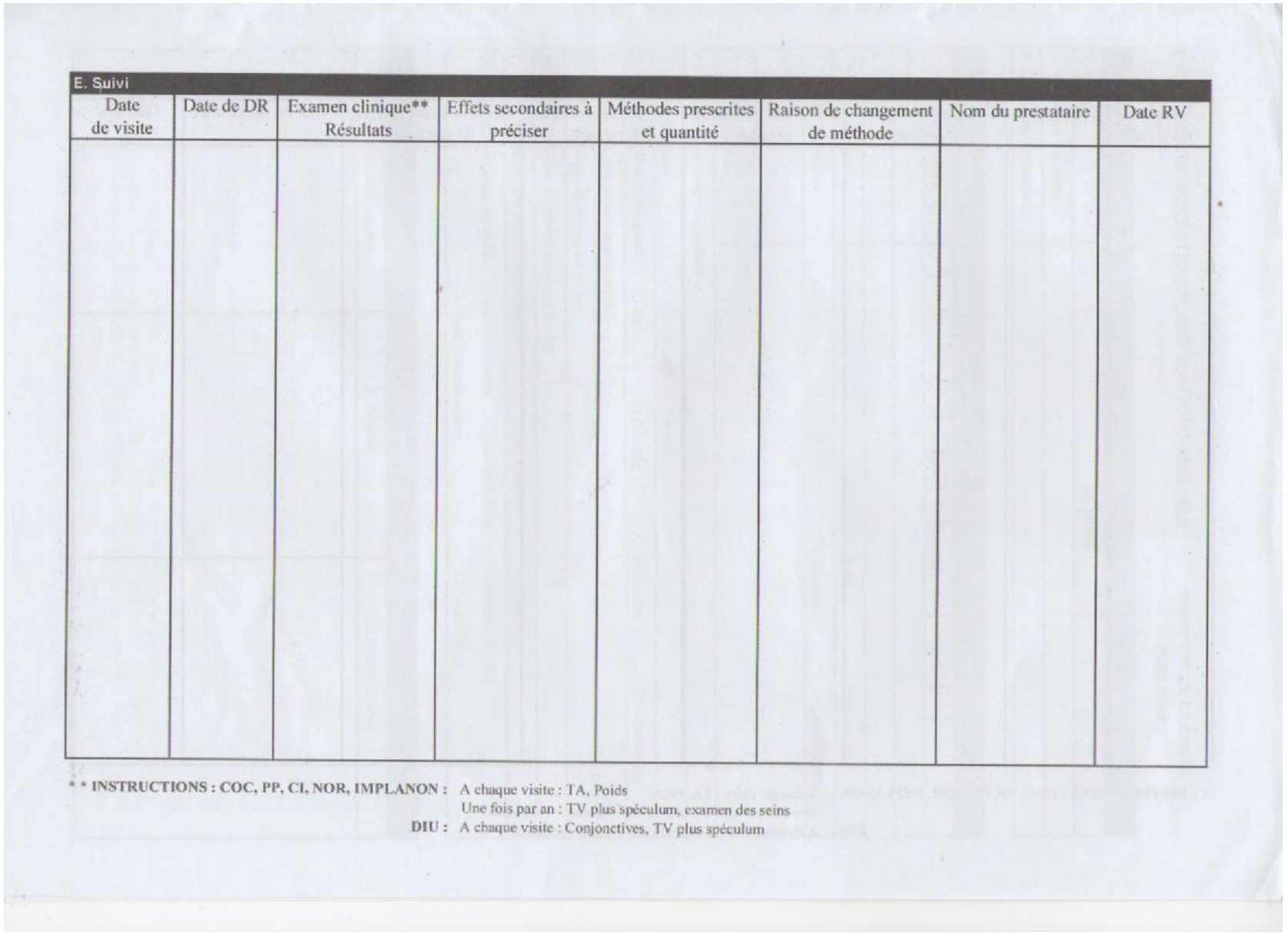
D. Prescription d'une méthode contraceptive

ETAT	RESULTATS		METHODES DISPONIBLES							
	Oui	Non	COC	PP	CI	MJF	DIU	BAR	Implant	CCV
1.INTERROGATOIRE-ETAT ACTUEL										
1.1 Grossesse			4	4	4	4	4	4	4	D
1.2 Durée du cycle menstruel entre 26-32 jours			1	1	1	1	1	1	1	
1.3 Allaitement de: < 6 sem			x	x	x	x	x	x	x	A
6 sem à 6 mois			3	1	1		1	1	1	A
> 6 mois			2	1	1		1	1	1	A
1.4 Age < 18 ans			1	2	2		2	1	2	D
1.5 Tabagisme: âge>35 ans >15 tiges/jour			4	1	1		1	1	1	A
1.6 Nullipare			1	1	1		2	1	1	D
1.7 Maladies cardio-vasculaires			3	3	3		1	1	3	S
1.8 Dysménorrhée sévère			1	1	1		3	1	1	A
1.9 Saignements vaginaux d'origine inconnue			4	4	4		4	2	4	D
1.10 Traitement en cours										
- anticonvulsivants (barbituriques...)			3	3	2		1	1	3	
- rifampicine			3	3	2		1	1	3	
- griséofulvine			2	2	1		1	1	2	
- autres antibiotiques			1	1	1		1	1	1	
- antirétroviral			2	2	2		3	2	2	
1.11 Désir rapide de fécondité			1	1	3		2	1	2	D
2. INTERROGATOIRE-ANTECEDENTS										
2.1 Durée du cycle menstruel entre 26-32 jours			1	1	1	1	1	1	1	
2.2 Ictère < 6 mois			4	4	4		1	1	4	D
2.3 HTA > 16/10 et/ou migraine			4	2	2		1	1	2	S
2.4 Antécédents d'accident vasculaire cérébral			4	2	3		1	1	3	P
2.5 Thrombose veineuse superficielle										
- varice			1	1	1		1	1	1	A
- thrombophlébite superficielle			2	1	1		1	1	1	A
2.6 Thrombophlébites ou Varices profondes			4	2	2		2	1	2	
2.7 Infection génitale			1	1	1		2	1	1	D
2.8 Diabète insulino ou non insulino-dépendant			2	2	2		1	1	2	P
3.EXAMEN GENERAL ET GYNECOLOGIQUE										
3.1 TA: < 14/09			1	1	1		1	1	1	A
entre 14/09 - 16/10			3	2	2		1	1	2	S
> 16/10			4	2	3		1	1	2	S
3.2 Coloration des conjonctives:										
- ictère			4	4	4		2	1	3	D
- anémie sévère			1	1	1		2	1	1	P
3.3 Seins: cancer actuel			4	4	4		1	1	4	P
3.4 Cirrhose (ascite, hépatomégalie)			4	3	3		1	1	3	S
3.5 Cancer du foie			4	3	3		1	1	3	P
3.6 Varices profondes (douleurs, oedèmes, lourdeur)			4	2	2		2	1	2	
3.7Spéculum :- cervicite purulente			1	1	1		2	1	1	D
- cancer du col			2	1	2		4	2	2	D
3.8 TV :-signes de grossesse			4	4	4		4	4	4	D
- malformations anatomiques			2	2	2		4	1	2	
- douleur ou masse annexielle ou utérine			1	1	1		4	1	1	P
3.9 Infection à VIH			1	1	1		2	1	1	A
3.10 Test de grossesse										
4. CONCLUSION : Méthode suggérée au départ par le client:			Méthode proposée:				Méthode adoptée:			

N.B:

x : ne pas utiliser, promouvoir l'allaitement maternel - **4** : ne pas utiliser - **3** : ne pas utiliser s'il y a d'autres méthodes **2** : d'une manière générale, à utiliser ou utiliser après traitement **(DIU)** - **1** : utiliser la méthode en toutes circonstances **Concernant CCV**: **A**: Accepter, **P**: Prudence, **D**: Différer/Reporter, **S**: Spécial (présence de chirurgien et personnel expérimentés)

Figure 19 : Fiche de consultation de planification familiale et de suivi (page 2)



E. Suivi

Date de visite	Date de DR	Examen clinique** Résultats	Effets secondaires à préciser	Méthodes prescrites et quantité	Raison de changement de méthode	Nom du prestataire	Date RV

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

Figure 20 : Fiche de consultation de planification familiale et de suivi (page 3)

E. Suivi

Date de visite	Date de DR	Examen clinique** Résultats	Effets secondaires à préciser	Méthodes prescrites et quantité	Raison de changement de méthode	Nom du prestataire	Date RV

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

Figure 21 : Fiche de consultation de planification familiale et de suivi (page 4)

Annexe 9 : Quelques photos



Figure 22 : Baie de Sakalava, côte Nord Est de Madagascar



Figure 23 : Mangatsiotra, Fokontany du district de Manakara, côte Est de Madagascar



Figure 24 : Mangatsiotra, Fokontany du district de Manakara, côte Est de Madagascar



Figure 25 : Hautes terres centrales, Antananarivo, Madagascar



Figure 26 : Hautes terres centrales, Antananarivo, Madagascar



Figure 27 : Hautes terres centrales, Antananarivo, Madagascar



Figure 28 : Belo-sur-Mer, côte Ouest de Madagascar



Figure 29 : Allée des Baobabs, Morondava, côte Ouest de Madagascar



Figure 30 : Mangroves de Nosy Be, Nord de Madagascar

RESUME

Contexte : Le recours au planning familial (PF) prévient les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, or Madagascar a une prévalence contraceptive de seulement 33% ce qui se répercute par des complications : fistules, grossesses précoces et avortements. Les objectifs de cette étude sont de décrire les connaissances, les pratiques et les facteurs influençant l'utilisation de méthodes contraceptives (MC) chez les femmes malgaches en milieu rural.
Méthodes : Les données collectées proviennent d'un projet de l'Institut Pasteur de Madagascar. Deux enquêtes transversales, quantitative et qualitative, ont été menées. La collecte s'est faite à partir de questionnaires standardisés administrés en face à face auprès de femmes enceintes de 3 districts de Madagascar entre 2017 et 2018. Les données ont été décrites puis une régression logistique multivariée a été réalisée pour identifier les déterminants de l'utilisation passée de MC. Ces résultats ont été discutés à l'aide des données qualitatives.
Résultats : 512 femmes enceintes ont été incluses dans l'étude. 90% des femmes connaissaient des MC. 58,20% en avait déjà utilisé, majoritairement l'injection à 79%. Les principaux déterminants de l'utilisation passée de MC étaient : l'âge (ORa=3,04, IC=[1,25-7,85] pour les femmes de 18-24ans par rapport aux femmes de moins de 18ans) avec des ORa croissants avec l'augmentation de l'âge ; les antécédents de grossesses (ORa=3,56, IC=[1,71-7,62]) ; et le soutien du conjoint (ORa=9,17, IC=[2,34-38,65]).
Conclusion : Les discours de sensibilisation à propos du PF devrait être centrés sur les jeunes filles et leurs parents ainsi que sur les conjoints. Des formations seraient nécessaires pour démocratiser les MC et faire comprendre qu'une utilisation précoce est sans danger et essentielle pour prévenir notamment les grossesses non désirées. **« *La santé de la mère et de l'enfant dépend du planning familial.* »** 9_AC

ABSTRACT

Background: The use of family planning (FP) prevents the risk associated with pregnancy and childbirth, but Madagascar has a contraceptive prevalence of only 33% which is reflected by complications: fistulas, early pregnancies and abortions. The objectives of this study are to describe the knowledge, practices and factors influencing the use of contraceptive methods (CM) by Malagasy women in rural areas.
Methods: The data collected comes from a project of the Pasteur Institute of Madagascar. Two cross-sectional surveys, quantitative and qualitative, were conducted. The collection was conducted via standardized questionnaires administered face to face with pregnant women in 3 districts of Madagascar between 2017 and 2018. Data were described then a multivariate logistic regression was performed to identify the determinants of past use of CM. These results were discussed using qualitative data.
Results: 512 pregnant women were included in the study. 90% of women knew some MC. 58.20% had already used it, mainly the injection to 79%. The main determinants of past use of CM were: age (ORa = 3.04, CI = [1.25-7.85] for women aged 18-24 versus women under 18) with increasing ORa with increasing age; history of pregnancy (ORa = 3.56, CI = [1.71-7.62]); and spousal support (ORa = 9.17, CI = [2.34-38.65]).
Conclusion: Outreach speeches about FP should focus on girls and their parents as well as spouses. Training would be needed to democratize CM and to make it clear that early use is safe and essential to prevent unwanted pregnancies. "**The health of mother and child depends on family planning.**" 9_AC

Mots-clés: contraception, planning familial, Madagascar, connaissances, pratiques, facteurs, quantitatif, qualitatif

Discipline : Pharmacie, spécialisation Santé Publique Internationale
En collaboration avec l'Institut Pasteur de Madagascar, Unité d'Epidémiologie et de Recherche Clinique