

SOMMAIRE

Introduction.....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LITTERATURE	
I-RAPPELS	2
I.1 - Notions de bases sur l'accouchement.....	3
I.1.1 - Quelques définitions.....	3
I.1.2 Rappels physiologiques de l'accouchement normal	4
I.1.3 .Suites de couches.....	11
I.2- L'Objectif Du Millénaire pour le développement concernant la santé de la mère	13
I.2.1. Les Causes des décès maternels.....	13
I.2.2. Interventions.....	15
I.2.3 Coût-efficacité.....	16
I.2.4 Bénéfices de l'intervention.....	17
I.3 .Les moyens de la prise en charge gratuite de l'accouchement à Madagascar	
I.3.1 Les moyens politiques.....	17
I.3.2 Les moyens financiers	18
I.3.3 Les moyens matériels	19
I.3.4 Les moyens personnels et organisation sanitaire	20
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS	
II.-1. Méthodologie	23
II.1.1 Cadre de l'étude.....	23
II.1.2.Matériels et méthodes.....	25
II.-2. Les résultats.....	27
II.2.1 Résultats du dépouillement.....	27
II.2.2 Résultats de l'enquête auprès des bénéficiaires de KIA	41
TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	
III.1. Indicateurs de la santé maternelle des CSB2 Publics	49
III.1.1 Taux d'utilisation des CPN	49
III.1.2 Taux de couverture d'accouchement	49

III.1.3. Taux de CPN par rapport aux périodes et aux accouchements assistés.....	49
III.1.4 L'utilisation des KIA.....	51
III.2 L'appréciation par les bénéficiaires de la gratuité de l'accouchement par la dotat en KIA	53
SUGGESTIONS.....	56
CONCLUSION.....	60
REFERENCES	
ANNEXES	

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1 : Score de BISHOP

Tableau 2 : Score d'APGAR

Tableau 3 : Population de Mahajanga I de 2005 à 2009

Tableau 4 : Les grossesses attendues de 2005 à 2009, par CSB public

Tableau 5 : Utilisation de la maternité au niveau de chaque CSB public

Tableau 6 : Nombre de KIA sortis par rapport au nombre d'accouchements réalisés par CSB public

Tableau 7 : Déperdition des femmes enceintes des CPN à l'accouchement au CSB2 de Tsararano

Tableau 8: Déperdition des femmes enceintes des CPN à l'accouchement au CSB2 de Tanambao Sotema

Tableau 9: Déperdition des femmes enceintes des CPN à l'accouchement au CSB2 de Mahavoky Sud

Tableau 10 : Déperdition des femmes enceintes des CPN à l'accouchement au CSB1 de Mahabibo

Tableau 11 : Déperdition des femmes enceintes des CPN à l'accouchement au CSB2 d'Antanimasaja

Tableau 12 : Déperdition des femmes enceintes des CPN à l'accouchement au CSB2 d'Amborovy

Tableau 13 : Taux d'utilisation des KIA par rapport à la quantité livrée

Tableau 14 : Effectif selon des femmes enquêtées selon leur activité

Tableau 15 : Répartition des femmes enquêtées selon l'âge et la parité

Tableau 16 : Appréciations du KIA par les femmes enquêtées

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : Circuit de distribution des Kits
- Figure 2 : Taux d'utilisation des CPN par CSB de 2005 à 2009, axe Route d'Amborovy
- Figure 3 : Taux d'utilisation des CPN par CSB de 2005 à 2009, axe RN :
- Figure 4 : Taux d'utilisation des CPN1 par CSB de 2005 à 2009 dans les CSB2 Publics de Mahajanga I
- Figure 5 : Taux de couverture en accouchements par CSB de 2005 à 2009, axe RN4
- Figure 6 : Taux de couverture en accouchements par CSB de 2005 à 2009, axe route d'Amborovy
- Figure 7 : Taux de couverture en accouchements de 2005 à 2009, dans les CSB2 publics de Mahajanga I
- Figure 8 : Répartition des femmes enquêtées selon l'âge
- Figure 9 : Répartition selon la situation matrimoniale
- Figure 10 : Sources d'informations
- Figure 11 : Réponses des femmes sur leur connaissance du contenu du KIA
- Figure 12 : Attente des femmes vis-à-vis de leur prise en charge dans les maternités

LISTE DES ABREVIATIONS

UNICEF	: United Nations Children's Fund
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
KIA	: Kit individuel d'accouchement
SA	: Semaines d'aménorrhée
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
DSRP	: Direction de Santé Régionale de la Population
SSME	: Semaine de Santé de la Mère et de l'Enfant
PEC	: Prise en charge
CSB	: Centre de Santé de Base
SE/CNLS	: Secrétaire Exécutif du Conseil national de la Lutte contre le Sida
SMSR	: Service de la Maternité sans Risque
DSME	: Direction de Santé de la Mère et de l'Enfant
CPN	: Consultation prénatale
SDSP	: Service de District pour la Santé de la Population
AC	: Agent communautaire
IEC	: Information Education Communication
SSD	: Service de Santé de District
PHAGDIS	: Pharmacie des Gros de District
CHRR	: Centre Hospitalier de Référence Régional
CHD	: Centre Hospitalier de District
OC	: Opération Césarienne

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'accouchement est un des événements majeurs dans la vie des femmes et de leur famille. Bien qu'il ne soit pas une maladie mais un processus physiologique normal, il présente certains risques pour la mère et l'enfant qu'elle porte. Chaque accouchement est un voyage vers une destination inconnue dont trop de femmes ne reviennent jamais par de certaines complications majeures, surtout dans les pays en voie de développement.

D'après l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et l'OMS, près de 15 % des femmes enceintes dans tous les groupes de population, soit 20 millions de femmes par an, sont victimes de complications potentiellement mortelles au moment de l'accouchement. [1]. La prévention de la morbidité et de la mortalité maternelle est une question qui relève de la justice sociale et des droits fondamentaux des femmes. Réduire la mortalité maternelle et néonatale pendant et après le travail et l'accouchement, fait partie des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans le monde. Il est basé sur la donation de soins de haute qualité et dans de bonnes conditions d'hygiène [2], et de fournitures nécessaires à une prise en charge efficace et à temps utile, avec une assistance des personnels qualifiés lors de l'accouchement compliqué ou non. Madagascar a adhéré à l'atteinte de cet objectif depuis quelques années. La feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle a été mise en œuvre pour renforcer le programme de la survie de la mère et d'améliorer les indicateurs sanitaires [3]. Conscient de la situation préoccupante concernant la mortalité maternelle, dont la réduction est très lente (à 469 pour cent mille naissances vivantes), et le taux d'accouchement institutionnel (21%) [4], le Ministère de la Santé a priorisé toutes les interventions pour une amélioration significative de ces taux. En même temps, des approches innovatrices ont été initiées au niveau des formations sanitaires publiques pour mobiliser les femmes ainsi que leur entourage à conscientiser les femmes enceintes à venir au niveau des formations sanitaires pour accoucher et ce pour pouvoir

bénéficiaire de la gratuité par la dotation en kit individuel d'accouchement (KIA) dans les CSB. C'est afin d'évaluer cette gratuité que nous avons réalisé notre étude intitulée : **Evaluation de l'utilisation des Kits Individuels d'accouchement des les CSB publiques de Mahajanga I.**

Pour pouvoir analyser cette gratuité, nous avons évalué la période de 2005 à 2009, ainsi on pourra faire des comparaisons entre les années sans KIA et les années avec KIA.

Pour notre recherche nous avons adopté un plan qui débute par les rappels, cette première partie est suivie de la méthodologie et des résultats en deuxième partie. La troisième partie est consacrée aux commentaires et discussions, et avant de conclure, nous émettrons quelques suggestions en rapport à nos observations sur cette gratuité des accouchements.

PREMIERE PARTIE :
REVUE DE LITTERATURE

I. Rappels

I.1 Notions de bases sur l'accouchement

I.1.1 Quelques définitions

- **Accouchement normal ou eutocique.** [5], [6].

Un accouchement normal est la naissance d'un nouveau-né à score d' Apgar satisfaisant par voie basse, à partir d'une grossesse de 32 semaines d' aménorrhées, après un travail de durée raisonnable inférieure aux 24 heures, sans aucun thérapeutique utilisé et sans manœuvres obstétricales pratiquées (par ventouse ou forceps ou par intervention césarienne).Donc, à déroulement parfaitement naturel.

- **Accouchement dystocique.** [6]

Un accouchement dystocique (deys : difficulté ;tokos : accouchement) est celui qui entraîne des difficultés ou une impossibilité d' accoucher par voie naturelle .

La dystocie peut être :

- >dynamique (anomalie des contractions utérines et/ou anomalie de dilatation du col) ,
- >mécanique (anomalie du bassin en taille et en forme),
- >fonctionnelle (hypocinésie ou hypercinésie).

- **Accouchement dirigé** [6]

L'accouchement dirigé est celui qui ne se déroule pas de façon naturelle, nécessitant de thérapeutiques.

On dirige l'accouchement surtout en cas de grossesse dépassant le terme (>40SA). Il consiste à faire une rupture artificielle des membranes avant tout début de travail , associée à une administration de substances ocytociques dans le but d' avoir des contractions utérines efficaces non traumatisantes.

-Accouchement en fonction du terme. [7]

Un accouchement signifie une expulsion d'un fœtus comme viable : soit 22SA et/ou pesant 500grammes selon l'OMS.

L'accouchement est dit prématuré s'il survient avant 37SA, à terme si entre 38 et 40SA, et post-terme au-delà de 41SA.

-Accouchement en fonction de son déroulement [8]

L'accouchement peut aussi être défini en fonction de son mode de survenue. Spontané si le déclenchement s'effectue de lui-même, provoqué s'il bénéficie d'une intervention médicale.

Il est dit naturel s'il se déroule selon sa physiologie, sans aucune thérapeutique.

I.1.2 Rappels physiologiques de l'accouchement normal : [9], [10], [11], [12], [13]

L'accouchement normal est l'accouchement d'un fœtus en présentation du sommet, le plus eutocique.

En général, l'accouchement est défini par la succession de 3 périodes bien spécifiques :

- La 1^{ère} période correspond au travail c'est-à-dire la dilatation, puis l'effacement du col sous l'effet des contractions utérines;
- La 2^{ème} période correspond à l'expulsion du fœtus ;
- La 3^{ème} période correspond à l'expulsion du placenta ou la délivrance.

Chacune de ces trois phases a sa propre durée. En accouchement eutocique, le mobile ou le fœtus ne trouve presque pas d'obstacle.

I.1.2.1. Mécanisme général

Le fœtus va progresser dans la filière pelvienne sous l'effet des contractions utérines .Il va franchir trois obstacles :

- le col utérin, qui doit s'effacer puis se dilater,
- le bassin osseux , qui constitue l' obstacle le plus sérieux , le passage de trois rétrécissements :
 - passage du détroit supérieur : c'est l'engagement,
 - passage du détroit moyen : c' est la descente et la rotation pelvienne ,
 - passage du détroit inférieur : c'est le dégagement.
- le périnée qui est franchi lors de l'expulsion fœtale.

I.1.2.1. a. Le travail

Le travail est défini par l'association :

→ De contractions utérines : moteur de son processus. Cliniquement , elles sont involontaires globales (intéressant la totalité de l'utérus) , douloureuses , rythmées , s' accentuant au cours de la progression du travail .En fréquence , elles paraissent espacées de 5 à10 minutes au début , de quelques 2 à 3 minutes avant la naissance . En durée , elles passent de moins de 30 secondes à près d' une minute .En intensité , les douleurs du début étant très supportables , sans thérapeutiques et celles de la fin très tenaces .

Objectivement, la contraction peut être reconnue par la main posée à plat sur le ventre .Un durcissement caractéristique se produit .

→ De modification du col utérin :

Cliniquement, la modification du col est révélée par le toucher vaginal .Les caractéristiques initiaux du col utérin changent comme :

- son ouverture devient perméable à une pulpe de doigt,

- sa consistance devient ramollie sous l'influence des hormones oestro-progestatives,
- sa position , avant postérieurs , devient centrée juste avant le début du travail,
- sa longueur, avant conservée, atteint quelques 3 cm au début du travail.

Puis, le col subit deux transformations majeures : l'effacement et la dilatation.

-L'effacement

On assiste à un raccourcissement progressif du col. A la fin , l' orifice interne et l' orifice externe sont confondus , il ne parait pas avoir de longueur .Le col est perçu au toucher vaginal très mince .

-La dilatation

L' orifice externe du col , punctiforme à la fin de l' effacement , va s' agrandir progressivement jusqu' à 10 cm de diamètre environ .On dit alors que la dilatation est complète .Ce qui permet la sortie du fœtus. C'est au moment de la modification du col que surviennent des pertes glaireuses plus ou moins sanglantes : c' est la perte du bouchon muqueux

Grâce aux contractions et à la poussée du mobile fœtal , qui en dépend , le col , en dilatant , découvre une certaine partie des membranes que remplit le liquide amniotique , formant la poche des eaux . Cette poche des eaux peut se rompre spontanément soit prématurément (avant tout début de travail) , soit précocement (pendant le travail mais avant la dilatation complète) ou enfin intempestivement (aux environs de la dilatation complète) .

Dès que la poche des eaux se rompt, le liquide amniotique sort en débâcle par l' orifice cervical et pourrait prendre une des couleurs suivantes : claire, méconial ou teinté.

Le pronostic vital du fœtus dépendra du type de couleur du liquide amniotique.

La vitesse de dilatation n' est constante .Dans la pratique , on a l' habitude de consigner sur le partogramme (diagramme obstétrical : temps en abscisses et

dilatation en ordonnées) , la dilatation rencontrée au toucher vaginal à un instant t quelconque .On peut y reconnaître plusieurs phases successives :

→ Pendant la phase de latence , le diamètre de l' orifice cervical ne dépasse pas normalement 3 cm ; la dilatation paraît progresser très lentement , pendant en moyenne 7 heures chez les primipares et 5 heures chez les multipares .

→ puis survient la phase active , au cours de laquelle la vitesse de dilatation augmente rapidement .Elle atteint rapidement une valeur maximale , à peu près constante . C'est la phase de plus grande pente .Elle ne devrait pas durer plus de 8 heures.

Vers 10 cm , la dilatation est complète .On entre dans la période d' expulsion.

I.1.2.1. a.1.Surveillance du travail

>Le partogramme [15], [16]

Le partogramme est un élément essentiel à la surveillance du travail. Tous les CSB l'utilisent .Il est destiné aussi à la conduite du travail, sert à noter toutes les observations faites sur la femme, qui est en travail, mais aussi sur le fœtus.

Le partogramme est une sorte de graphique sur lequel sont enregistrés :

- la progression du travail : la dilatation du col vérifiée par le toucher vaginal, la descente de la tête du fœtus estimée à partir de la palpation abdominale de la tête, et les contractions utérines (fréquences toutes les dix minutes, durée).
- l'état de la mère : pouls, température, tension artérielle, médicaments administrés

.l'état du fœtus : rythme cardiaque fœtal, couleur et quantité du liquide amniotique.

Le partogramme est un instrument qui permet aussi de dépister précocement, au cours du travail, toute autre anomalie possible.

En travail normal, la phase de latence est celle de la dilatation de 0 à 2 cm et la phase active est celle de la dilatation de 3 à 10 cm.

>Le score de Bishop [9]

Le score de Bishop est un moyen idéal permettant de prédire la facilité du travail. On additionne la position et la consistance cotées de 0 à 2 ; la longueur, l'ouverture du col ainsi que la hauteur de la tête cotées de 0 à 3. Le col est favorable si le score est de ≥ 7 .

Tableau 1 : Score de Bishop

score	0	1	2	3
Dilatation	fermé	1 à 2 cm	3 à 4 cm	≥5 cm
Effacement (longueur)	3 cm	2 cm	1 cm	0 cm
Consistance	ferme	souple	molle	–
Position	postérieure	intermédiaire	centrée	–
Présentation	mobile	appliquée	fixée	engagée

Source : Revue de Praticien 2000

I.1.2.1. b. La période d'expulsion

La période d'expulsion commence lorsque :

- la dilation est complète ;
- la poche des eaux est rompue ;
- la tête fœtale est suffisamment descendue dans l'excavation pelvienne après engagement ;
- la femme ressent un besoin de pousser.

Au moment de l'expulsion :

- la femme doit se mettre en position gynécologique sur le lit d'accouchement
- la vessie doit être déjà vide ;
- le périnée est protégé avec des champs stériles , pour ne pas être déchiré fatalement ;
- dès qu' une contraction survient , on demande à la femme de pousser énergiquement après avoir inspiré profondément .La tête fœtale va descendre et sortir en effectuant une rotation pour placer ses épaules en position antéro-postérieure ;
- on dégage l'épaule antérieure par abaissement de la tête ;
- puis, on dégage l'épaule postérieure en soulevant légèrement la tête, le corps et les membres suivent sans problème.

Les aides à l'expulsion pourraient être utilisées lors de cette phase (épisiotomie, une incision chirurgicale du côté latérale gauche du périnée d'habitude) si les forces de poussée sont insuffisantes. L'épisiotomie est quasi-systématique chez les primipares. Il est important d'accompagner de la main l'expulsion du bébé afin d'obtenir un accouchement contrôlé, ni trop lent, ni trop rapide, ce qui permet d'éviter entre autre une déchirure du périnée.

Lorsque le fœtus est expulsé, on pratique la section du cordon ombilical après un double clampage.

Après cet acte, il faut évaluer le score d'Apgar pour le nouveau-né dans le but d'apprécier son état en fonction duquel sauraient les conduites à tenir à entreprendre ; faire un examen anthropométrique (prendre la taille en cm, le poids en grammes, le périmètre thoracique en cm, le périmètre crânien en cm) et dépister tout moindre malformation.

Tableau2 : Score d'Apgar

TOTAL DES SCORES D'APGAR	APPRECIATION DE L'ETAT DU NOUVEAU-NE	CONDUITES À TENIR
8 à 10	Etat normal (nouveau-né vigoureux)	OK
4 à 8	Etat médiocre (nouveau-né asphyxié)	Aspiration +ventilation aérienne supérieure+oxygène
0 à 4	Etat critique (nouveau-né en état de mort apparente)	Massage cardiaque+aspiration+ventilation aérienne supérieure+oxygène+produits de réanimation

Source : Revue de Praticien 2000

I.1.2.1. c.La délivrance

C' est le décollement , puis l' expulsion du placenta et des membranes .Elle se déroule 15 à 30 minutes après la période de rémission clinique , c' est-à-dire à la période pendant laquelle la femme est soulagée et détendue après expulsion du fœtus .

- La phase de décollement est marquée par la réapparition des contractions utérines ;
- L' expulsion du placenta et des membranes se produit grâce à quelques efforts de poussées .

I.1.3 .Suites de couches

I.1.3. a.Surveillance de l'accouchée et du nouveau-né

Habituellement, la mère et le bébé doivent rester trois jours dans la maternité du centre ; J1 correspond au lendemain de l'accouchement.

>Pour la mère, les éléments de surveillance du post-partum sont très utiles pour éviter la survenue des complications du post-partum : la thrombophlébite, les métrorragies en dehors de l'hémorragie de la délivrance, les infections puerpérales type endométrite, la psychose puerpérale.

Les éléments de surveillance sont plusieurs comme :

- Prise des paramètres habituels : tension artérielle température, poids (recherche des oedèmes éventuels), pouls.
- anémie ou ictère
- Montée laiteuse
- Pathologies mammaires (crevasses, abcès du sein, engorgement mammaire, lymphangite aigue)
- Modifications utérines (régression utérine en 10 à 12 jours)
- Cicatrisation de l'épisiotomie si on l'a faite

- Caractères des saignements (lochies) : couleur, quantité, odeur
- Fonctions sphinctériennes (incontinence urinaire ou anale, constipation)

>Pour le nouveau-né :

- prendre la température chaque jour afin de prévenir une hypothermie ou une hyperthermie éventuelle
- pratiquer les soins ombilicaux tous les deux jours dans de bonnes conditions d'hygiène pour éviter les infections du nouveau-né
- appliquer un antiseptique oculaire tous les jours
- vérifier l'apparition d'ictère physiologique (48 heures après la naissance) ou un ictère pathologique survenant tôt, avant 21 heures après naissance ou qui persiste au-delà de 7 jours.

I.1.3. b.Consultation postnatale et planning familial

On conseille la mère de faire un Planning familial et une consultation postnatale à peu après un mois et demi de l'accouchement.

La consultation postnatale consiste à faire l'examen suivant :

- prendre les paramètres habituels (tension artérielle, poids, température)
- état des conjonctives (normales ou présence d'anémie ou d'ictère)
- état des seins (marquer s'il y a de mamelons ombiliqués, abcès ou crevasse ou engorgement mammaire)
- involution utérine à vérifier par le toucher vaginal et retour de couches

Pour le Planning familial, la mère a plusieurs choix aux types de contraceptifs, mais seulement la sage-femme ou le médecin sait ce qui lui convient.

I.2.L'Objectif Du Millénaire pour le développement concernant la santé de la mère

Deux des huit objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) fixés par les membres de l'ONU en 2000 ciblent la santé des mères et des enfants, ce qui atteste des grandes inégalités en termes de santé de la mère et de l'enfant tant au sein des pays qu'entre eux. En 2001, les conditions maternelles et périnatales étaient le plus grand facteur de la charge de morbidité. Environ 600 000 femmes meurent des suites de la grossesse ou de l'accouchement, presque toujours dans les pays en voie de développement [17]. Les taux de mortalité des mères et des nouveau-nés sont considérés comme des indicateurs sensibles du système de soins global et peuvent être utilisés pour suivre les gains de santé généraux. Toutefois, ces décès représentent aussi les défis les plus sérieux pour atteindre les OMD, en particulier en Asie du Sud et en Afrique sub-saharienne. [18]

Les experts s'accordent à reconnaître que presque tous les décès maternels peuvent être prévenus avec des soins adéquats prénatals et postnatals ainsi qu'une aide qualifiée à l'accouchement et la disponibilité de soins d'urgence pour les complications sérieuses. Les interventions cliniques requises pour éviter une large partie de la charge de morbidité maternelle requièrent un système de santé qui fonctionne relativement bien.

Cette fiche de données se focalise sur les causes et la gestion des conditions qui adviennent lors de la grossesse et de l'accouchement et entraînent la mort de la mère.

I.2.1. Les Causes des décès maternels :

Les conditions maternelles incluent des événements qui adviennent à partir de la conception jusqu'à 42 jours après l'accouchement. Durant cette période, la santé des femmes peut être compromise par les conditions qui se présentent spécifiquement durant la grossesse et appelées *causes obstétriques directes* ou celles qui sont aggravées par la grossesse, ou qui la menacent, et appelées *causes obstétriques indirectes* [19]. Les causes directes représentent 80 % de tous les décès, les causes indirectes représentant le reste. Parmi les causes directes, l'hémorragie est la plus commune. Les causes indirectes incluent les maladies telles que le VIH/sida et le paludisme.

Bien que la grossesse et la naissance soient des processus naturels, le maintien d'un équilibre entre la prise en charge de naissances sans complications et l'aptitude à gérer des complications représente un défi pour les systèmes de santé et une source de tensions dans les programmes de maternité sans danger. Aux évaluations des caractéristiques des conditions maternelles doit s'ajouter une attention portée aux caractéristiques suivantes de la santé maternelle :

- De nombreuses pratiques de prévention liées à la grossesse et la naissance peuvent être néfastes lorsqu'elles sont appliquées par des personnes non qualifiées
 - Les vies d'au moins deux personnes sont en jeu si des complications surviennent
 - Les conditions se présentent d'un point de vue clinique non pas en tant qu'entités uniques mais en tant que complexes
 - La mort survient souvent au moment de la naissance. Environ deux tiers des décès maternels surviennent entre le début du travail ou de l'avortement et 48 heures après la naissance ou l'avortement
 - La présentation clinique initiale de certaines conditions peut être soudaine, avec une évolution rapide pour arriver à un stade où la vie est menacée
- Les conditions maternelles sont souvent imprévisibles. Presque tous les décès maternels sont évitables avec des soins compétents mais les interventions doivent répondre à une gamme diverse de difficultés. Les facteurs de risque pouvant entraîner des problèmes de santé graves pour la mère, voire la mort, peuvent être sociaux, économiques ou culturels et ils peuvent être liés au système de santé ou à l'état de santé de la mère. Pour réduire les facteurs de risque, les améliorations apportées aux systèmes de santé doivent être complétées par une attention portée aux divers facteurs sociaux, économiques et culturels ainsi qu'aux droits de la reproduction. Presque tous les décès maternels ont lieu dans le monde en voie de développement. Cette différence de mortalité maternelle entre les mondes développés et en voie de développement est souvent citée comme étant un écart tragique.

I.2.2. Interventions

En matière de santé maternelle, trois voies principales peuvent éviter des conséquences désastreuses : la prévention des grossesses, la prévention des complications et la prévention du décès résultant de complications durant la grossesse et la naissance. Les interventions les plus efficaces et prometteuses sont soulignées ci-dessous :

A) Interventions basées sur la population

A.1 - Grossesses planifiées

Les femmes sont confrontées à un plus grand risque de mort ou d'invalidité suite à une grossesse selon la fréquence des grossesses (nombre et espacement), l'âge de la mère et le désir d'enfant. Les femmes peuvent mieux planifier leurs grossesses si elles ont accès à des programmes d'information, d'éducation et de communication de la planification familiale.

A.2 - Amélioration de la nutrition

De nombreuses femmes dans les pays en voie de développement souffrent de problèmes durant la grossesse à cause d'un manque de nutriments vitaux – en particulier le fer, l'iode, les acides foliques et la vitamine A.

B) Interventions personnelles

Les interventions dirigées directement vers les personnes doivent inclure un continuum de soins pour la mère et l'enfant en termes de temps (avant et après la naissance), de lieu (lier les services au foyer et ceux de santé avec une chaîne de référence auprès des spécialistes efficace) et de personnel qualifié (le prestataire de soins). Les soins peuvent être fournis au foyer, au niveau primaire (clinique ou centre de santé) et au niveau secondaire (hôpital de district).

B.1- Soins à domicile

La préparation à la naissance inclut la sélection du lieu et de la personne aidant la naissance, ainsi que la sélection d'un moyen de transport rapide vers un centre de soins ou un hôpital.

B.2- Soins de niveau primaire

Les soins de niveau primaire sont largement reconnus comme jouant un rôle crucial de point d'entrée aux services maternels et aux soins avant et après la grossesse.

Les centres de santé offrant des soins de niveau primaire devraient fournir des soins prénatals, d'accouchement (y compris la prise en charge des complications de l'avortement) et le post-partum (y compris la planification familiale et les conseils après l'avortement) ainsi que les soins aux nouveau-nés.

La prise en charge des complications intervient :

> *Soins prénatals de routine.*

Les éléments essentiels de soins prénatals de routine incluent : le dépistage et le traitement de la syphilis, l'immunisation avec les toxoïdes du tétanos, la prévention et le traitement de l'anémie et la prévention et le traitement du paludisme avec des prophylaxies et des moustiquaires de lit.

> *Soins à l'accouchement.*

Les risques de résultats négatifs pour la mère et le bébé sont les plus élevés durant l'accouchement. Pour réduire ces risques, les experts ont recommandé que les services de prestation de soins soient fournis par des professionnels ayant des qualifications obstétriques, que la naissance ait lieu à la maison ou dans un centre de santé. L'une des principales stratégies pour la réduction de la charge de morbidité maternelle consiste à utiliser davantage de prestataires qualifiés pour la vaste majorité des accouchements normaux et la prise en charge de complications légères au niveau primaire,

> *Soins post-partum.*

Les services de soins primaires continuent de négliger la période post-partum malgré des problèmes importants durant cette période.

B.3- Soins secondaires

Les soins en hôpital, en général au niveau du district, doivent être liés étroitement aux soins primaires par le biais d'une chaîne de référence rapide et efficace auprès d'un spécialiste.

I.2.3 Coût-efficacité

L'analyse du rapport coût-efficacité se focalise sur les soins prénatals, l'accouchement et les soins intrapartum et les soins obstétriques d'urgence. Par rapport à un service maternel de routine donné, les regroupements d'interventions les plus rentables améliorent la qualité des soins prénatals.

I.2.4 Bénéfices de l'intervention

La réduction de la mortalité maternelle fournit des bénéfices à tous les foyers d'un point de vue économique, en permettant aux femmes de rester productives plus longtemps et en évitant les coûts associés à une crise sanitaire. Ainsi, la prévention de la mortalité peut soutenir des efforts plus larges pour réduire la pauvreté.

Toutefois, les gains en termes de santé maternelle dépendent de systèmes de santé qui fonctionnent bien et d'un environnement de politiques de gestion créant des conditions favorables pour atteindre une couverture de base des soins prénatals et d'accouchement pour 50 % des femmes. Pourtant, le financement pour les services de soins prénatals et d'accouchement est inadéquat. L'extension de l'accès à des services aux groupes les plus pauvres doit être assurée.

I.3 .Les moyens de la prise en charge gratuite de l'accouchement à Madagascar

I.3.1 Les moyens politiques

Madagascar s'est engagé à réduire son taux de mortalité maternelle depuis 2002. La politique de développement de Madagascar, en matière de santé, est résolument orientée vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire en 2015, objectifs inscrits antérieurement dans d'abord dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, DSRP 2003-2006, puis améliorés par un nouveau plan quinquennal de développement, lancé en novembre 2006.

Ultérieurement, la crise sociopolitique qu'a connue le pays en 2001/2002 a eu un sérieux impact sur la situation économique et sociale du pays, entraînant une chute des indicateurs sociaux.

En matière de santé maternelle, en moyenne 8 femmes meurent encore chaque jour à Madagascar de complications liées à la grossesse et à l'accouchement [20], [21]. Il a été mis en œuvre de la Feuille de Route pour la Maternité sans Risque, un document de planification et de mise en œuvre des stratégies et des projets prioritaires du secteur santé à Madagascar, avec notamment la définition de standards nationaux de soins obstétricaux et néonataux dans son engagement 5.

Dans cet engagement 5, il y a des stratégies pour atteindre des objectifs. Quelques unes de ces stratégies sont d'augmenter la demande en matière de soins prénataux et obstétricaux chez les femmes enceintes et d'améliorer la prise en charge des grossesses à risque ou non et des accouchements difficiles. Quant aux objectifs, l'un des majeurs est d'augmenter la demande en consultations prénatales, obstétricales et périnatales et en service de prévention.

En vue de réaliser ce déficit, le Ministère de la Santé a institutionnalisé la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME) se tenant bi-annuellement et visant à mettre en place officiellement, dans chaque région et district, la dotation en kit individuel d'accouchement de toutes les formations sanitaires publiques à part la PEV, etc.

I.3.2 Les moyens financiers

A Madagascar, il ne semble pas que les crédits puissent suffire ou régler les dépenses locales, requises pour assurer de façon régulière la PEC gratuite de l'accouchement, ni que les services de maternité des formations sanitaires publiques puissent mobiliser les AC compétents pour permettre de réaliser la SSME.

L'économie du pays a commencé à se détériorer progressivement à partir du milieu des années 70. La grave récession économique des années 80 a durement touché le pays ; les problèmes de l'insuffisance des finances publiques se sont amplifiés. L'Etat n'était plus en mesure de financer convenablement le système de santé ce qui a abouti à un affaiblissement des institutions ainsi qu'à une insuffisance des infrastructures, des équipements et des personnels. A tout cela s'ajoutaient les problèmes d'accessibilité aux soins, d'équité et de qualité des soins. Avec la faillite du système de santé publique, l'Etat avait demandé de l'aide à l'extérieur, un solide partenariat fructueux et élargi aux principaux bailleurs de fonds.

Ainsi de 2005 à 2008 la part du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat est passée de 6% à 8.1%. [22]

I.3.3 Les moyens matériels

Le Ministère de la Santé a mis en œuvre la dotation officielle en Kit Individuel d'Accouchement (KIA) à toutes les formations sanitaires publiques, dans les Régions et districts sanitaires par le circuit SALAMA. Le KIA est destiné aux femmes

accouchant dans les CSB publics .L' objectif est d'assurer l'augmentation de la fréquentation des centres mais surtout d'augmenter le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié qui contribue à la prise en charge selon les normes et donc réduit les risques de décès maternels par des décisions pris à temps en cas de complications par la référence au niveau supérieur.

– **Objectifs spécifiques de la dotation de ces kits**

- offrir des services de qualité par la prévention des infections y compris les infections par le VIH/SIDA au cours de l'accouchement ;
- inciter les femmes enceintes à venir accoucher au niveau des centres de santé

– **Contenu du kit :**

- gants stériles
- compresses stériles
- un flacon d'alcool à 90 degré C
- une lame de bistouri lame de rasoir
- un morceau de savon
- une alèse en plastique
- un clamp ombilical ou un fil pour nouer le cordon ombilical

– **Utilisation du kit :**

Les kits sont fournis au Ministère de la Santé par le Unité de Gestion de Projet du Crédit Santé, le secrétariat exécutif SE/CNLS et aussi par Marie Stoppes International ; puis livrés aux CSB selon leur besoin et l'état de répartition effectuée par le Service de la Maternité Sans Risques (SMSR) de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME). Ensuite, ils sont donnés gratuitement aux femmes enceintes qui vont accoucher dans ces CSB au moment même de leur accouchement à la place de l'achat des produits consommables.

– **Mesures d’accompagnement :**

Des cartes d’invitation ont été confectionnées et sont destinées avant et durant les CPN à toutes les femmes vues aux CSB et au cours des stratégies avancées, mobiles et fixes des SSME pour :

- les informations de la disponibilité des kits d’accouchement gratuits au niveau de ces centres
- les sensibiliser à venir accoucher au niveau de ces centres.

Au début, chaque formation sanitaire fait le rapportage au niveau de SDSP du nombre total de cartes d’invitation distribuées au cours des CPN et lors de la SSME pour quantifier le nombre de kit dont il a besoin. Plus tard, les kits sont été directement livrés aux CSB même sans tenir compte du nombre de cartes distribuées.

I.3.4 Les moyens personnels et organisation sanitaire

– **Le rôle de formation sanitaire**

Toute formation sanitaire doit appliquer les normes établies définies par le Ministère de la Santé.

- **Les stratégies adoptées**

- ✓ **stratégies conventionnelles**

Des stratégies ont été élaborées pour amener bien le programme

-**Stratégie fixe** : par laquelle les femmes habitant dans un rayon de moins de 5km, qui font leur CPN dans les centres sont à inviter à y accoucher toujours ;

-**Stratégie avancée** : celles habitant dans un rayon de 5 à 10km sont sensibilisées par les Agents Communautaires (AC) ;

-**Stratégie mobile** : pour les autres habitants à plus de 10km de la formation sanitaire publique, une équipe mobile va les desservir.

.stratégie de campagne par mobilisation de masse

C'est la stratégie par laquelle on peut obtenir un taux d'accouchement élevé dans un bref délai au niveau des centres. Elle consiste à informer la population par les médias (radios et télévisions).

Un paquet essentiel de communication a été utilisé : l'IEC et des outils de gestion destinés pour :

- les bénéficiaires (cartes maternelles, cartes d'invitation pour encourager les visites aux services, le magazine de santé)
- les AS (les registres, les manuels, les outils de gestion)
- et les formateurs (Guide de référence)

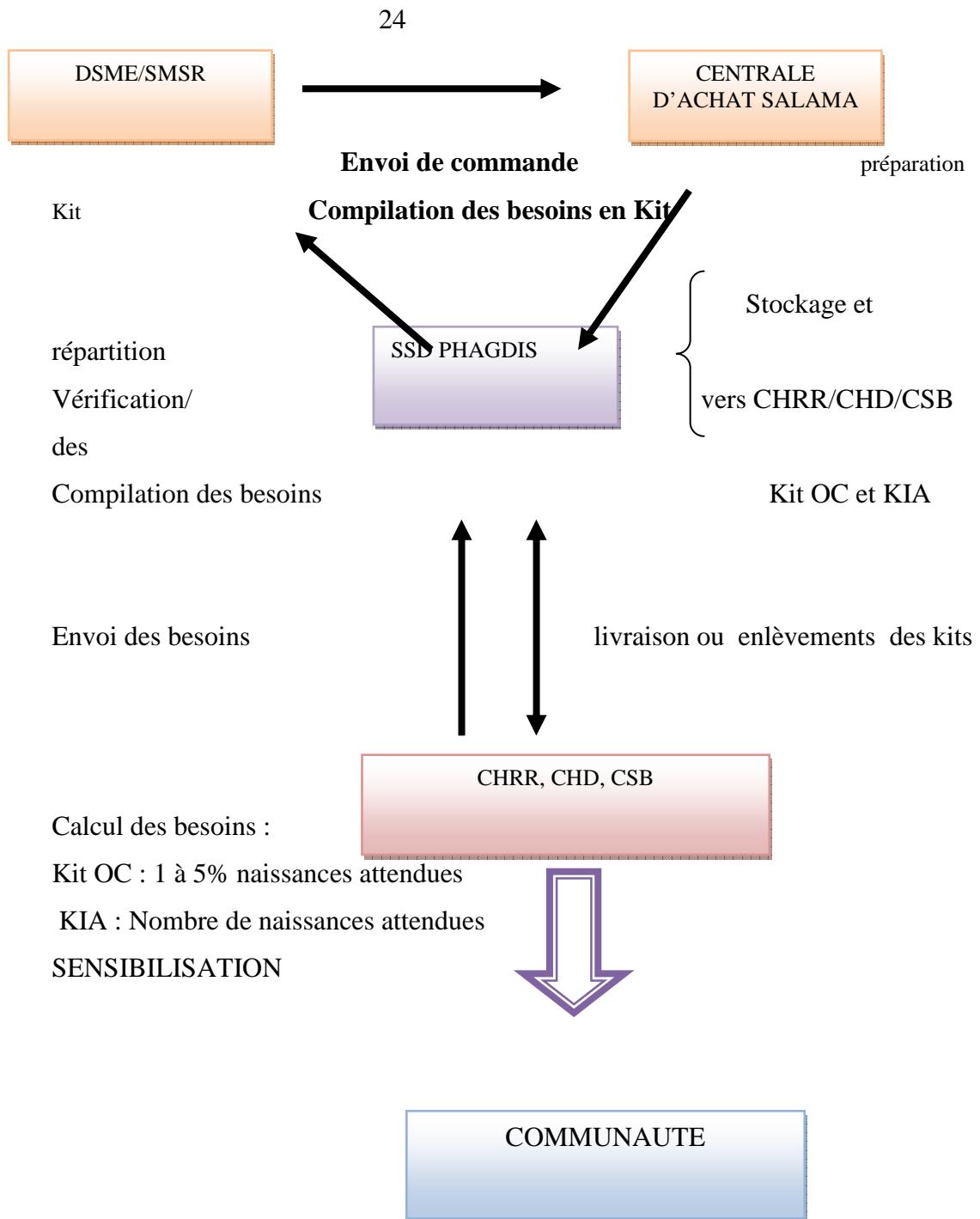


Figure 1 : Circuit de distribution des Kits

DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE ET RESULTATS

II. Méthodologie et résultats

II.1 Méthodologie

II.1.1 Cadre de l'étude

-Situation géographique

Mahajanga I est une grande ville située dans la côte Nord-Ouest de Madagascar. Elle est le chef lieu de la région Boeny.

Limitée au Sud par la Baie de Bombetoka, au Nord et à l'Est par le District de Mahajanga II, elle dispose d'une superficie de 55 km² qui se divise en 7 arrondissements et en 26 quartiers.

– Infrastructures sanitaires

Mahajanga ville possède 6 CSB publics offrant des activités de maternité et pratiquant la gratuité de KIA :

- CSB I Mahabibo
- CSB II Antanimasaja
- CSB II Mahavoky Sud
- CSB II Amborovy
- CSB II Tanambao Sotema
- CSB II Tsararano

-Données démographiques de Mahajanga I (tableau ci-dessous)

Tableau 3 : Population de Mahajanga I de 2005 à 2009

CSB2 PUBLICS	NB fokont any	POPULATION TOTALE				
		2005	2006	2007	2008	2009
MAHABIBO	12	59 379	61 042	62 751	64 508	66 314
MAHAVOKY	4	23 173	23 821	24 488	25 174	25 879
AMBOROVY	1	5 792	5 955	6 121	6 293	6 469
TSARARANO	4	24 621	25 310	26 019	26 747	27 496
TANAMBAO SOTEMA	3	23 632	24 294	24 974	25 673	26 392
ANTANIMASAJA	2	8 228	8 458	8 695	8 939	9 189
TOTAL	26	144 825	148 880	153 048	157 334	161 739

Source : SSD Mahajanga I

II.1.2. Matériels et Méthodes

Une étude descriptive à la fois rétrospective et prospective a été faite. L'étude rétrospective concerne la recherche des indicateurs en rapport avec la gratuité de la prise en charge des accouchements et comparés à des années pendant lesquelles l'accouchement est payant. Il a été étudié les nombres d'accouchements, de CPN, et de KIA dans ces centres et une étude prospective présentant les résultats d'une enquête faite sur cent cinquante bénéficiaires de kit individuel d'accouchement en 2009.

L'interview individuelle a été réalisée en juin et juillet 2010 ; le dépouillement des dossiers des CSB II a été effectué de janvier 2011 à mars 2011.

II.1.2. a. Variables de l'étude

Notre étude se base sur

- Age
- Gestité
- Parité
- Femmes ayant fait des CPN et accouché aux CSB publiques
- Situation matrimoniale
- Profession
- Nombre d'enfants à charge

II.1.2. b. Critères d'inclusion

Nous avons inclus, dans cette étude, toutes les femmes ayant fréquenté les 6 CSB publics, c'est-à-dire aux séances de CPN ou lors de leur accouchement.

Les données ont été collectées à partir des archives du SDSF de Mahajanga I, le traitement a été effectué sur EXCEL et la saisie sur WORD. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et des figures.

II.2. Les résultats

II.2.1. Résultats du dépouillement

Tableau 4 : Les grossesses attendues de 2005 à 2009, par Centre de santé

CSB2 PUBLICS	2005	2006	2007	2008	2009
MAHABIBO	2 672	2 747	2 824	2 903	2 984
MAHAVOKY	1 043	1 072	1 102	1 133	1 165
AMBOROVY	261	268	275	283	291
TSARARANO	1 108	1 139	1 171	1 204	1 237
TANAMBAO SOTEMA	1 063	1 093	1 124	1 155	1 188
ANTANIMASAJA	370	381	391	402	414
TOTAL	6 517	6 700	6 887	7 080	7 278

Source : SSD Mahajanga I

Tableau 5 : Utilisation de la maternité au niveau de chaque CSB

	Année	Maha- bibo	Antani- masaja	Tanam- bao S.	Tsara- rano	Ambo- rovy	Maha- voky
Accouchement	2005	724	–	387	207	112	326
	2006	569	213	419	381	148	326
	2007	597	153	425	436	221	342
	2008	672	158	488	469	278	411
	2009	792	150	516	479	286	447
CPN total	2005	1576	452	1023	972	752	3737
	2006	1749	736	1821	1754	787	3982
	2007	2067	605	1821	1799	1028	4290
	2008	2204	492	2250	2098	1221	3850
	2009	2017	620	2576	1974	301	4120

Source : RAM 2005-2009

Tableau 6 : Nombre de KIA sortis par rapport au nombre d'accouchement réalisés par CSB2

CSB2	2008 (juin à décembre 2008)			2009		
	NB Accouchement	Nb KIA sortis	taux de couverture en KIA	NB Accouchement	Nb KIA sortis	taux de couverture en KIA
Mahabibo	254	207	81%	792	759	96%
Antanimasaja	45	19	42%	150	150	100%
Tanambao Sotema	345	305	88%	516	501	97%
Amborovy	178	143	80%	286	286	100%
Mahavoky	276	252	91%	447	464	104%
Tsararano	267	251	94%	479	468	98%
TOTAL	1365	1177	86%	2670	2628	98%

Source : SSD Mahajanga I

- Les indicateurs sanitaires des maternités des CSB2 Publics de Mahajanga I de 2005-2009

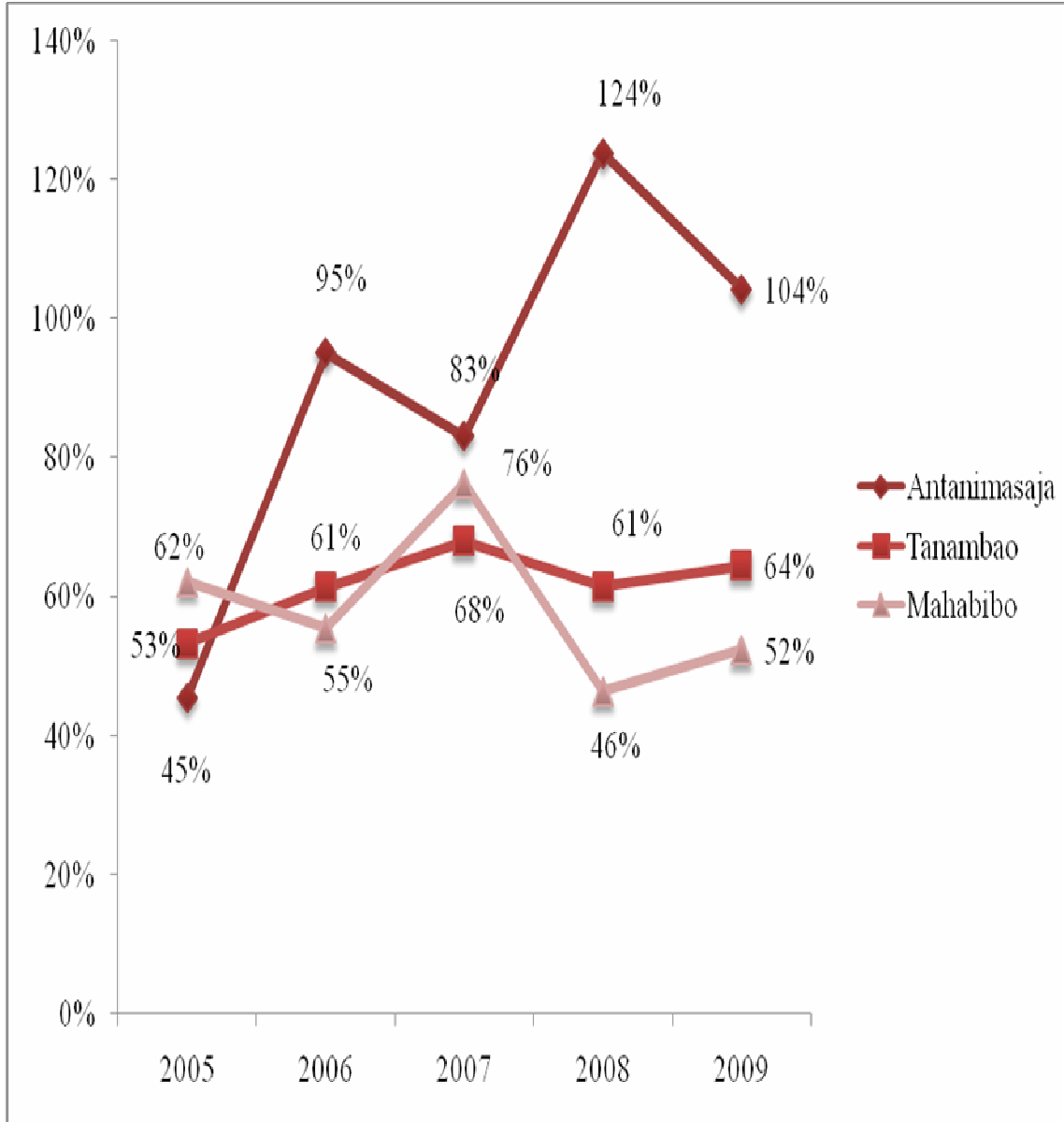


Figure 2 : Taux d'utilisation des CPN par CSB de 2005 à 2009, axe RN4

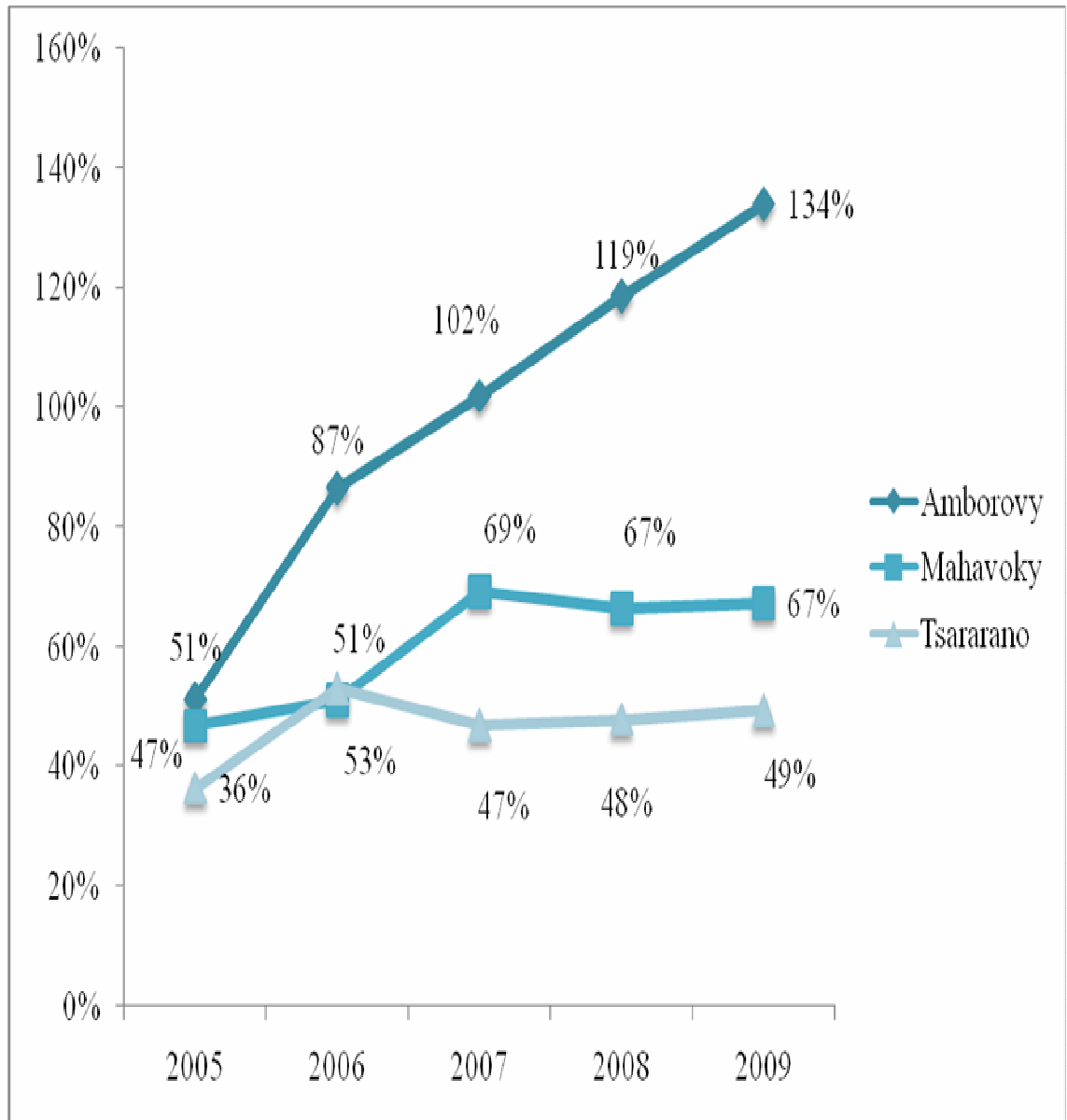


Figure 3: Taux d'utilisation des CPN par CSB de 2005 à 2009, axe Route d'Amborovy



Figure 4: Taux d'utilisation des CPN1 par CSB de 2005 à 2009 dans les CSB2 Publics de Mahajanga I

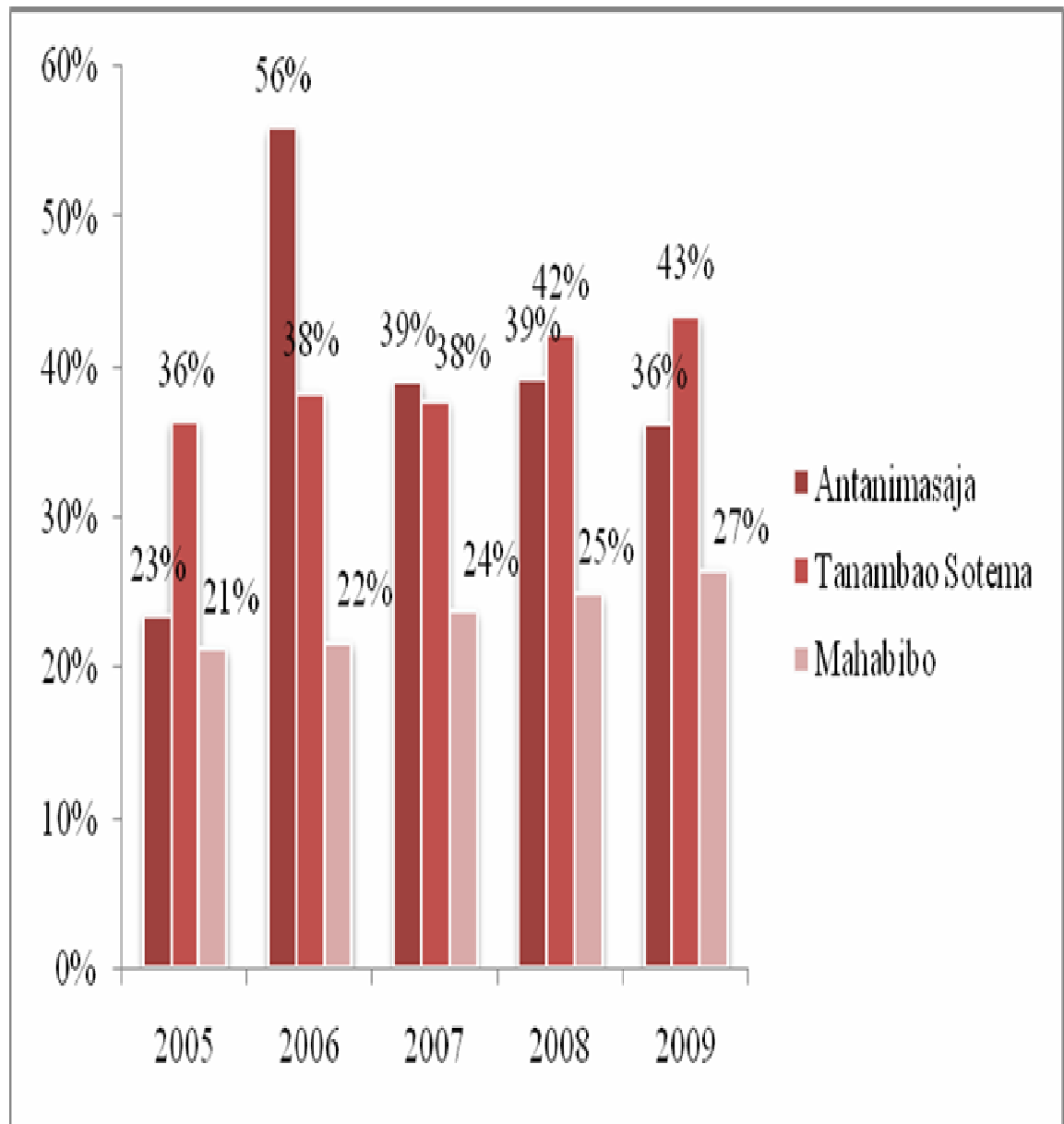


Figure 5 : Taux de couverture en accouchements par CSB de 2005 à 2009, axe RN4

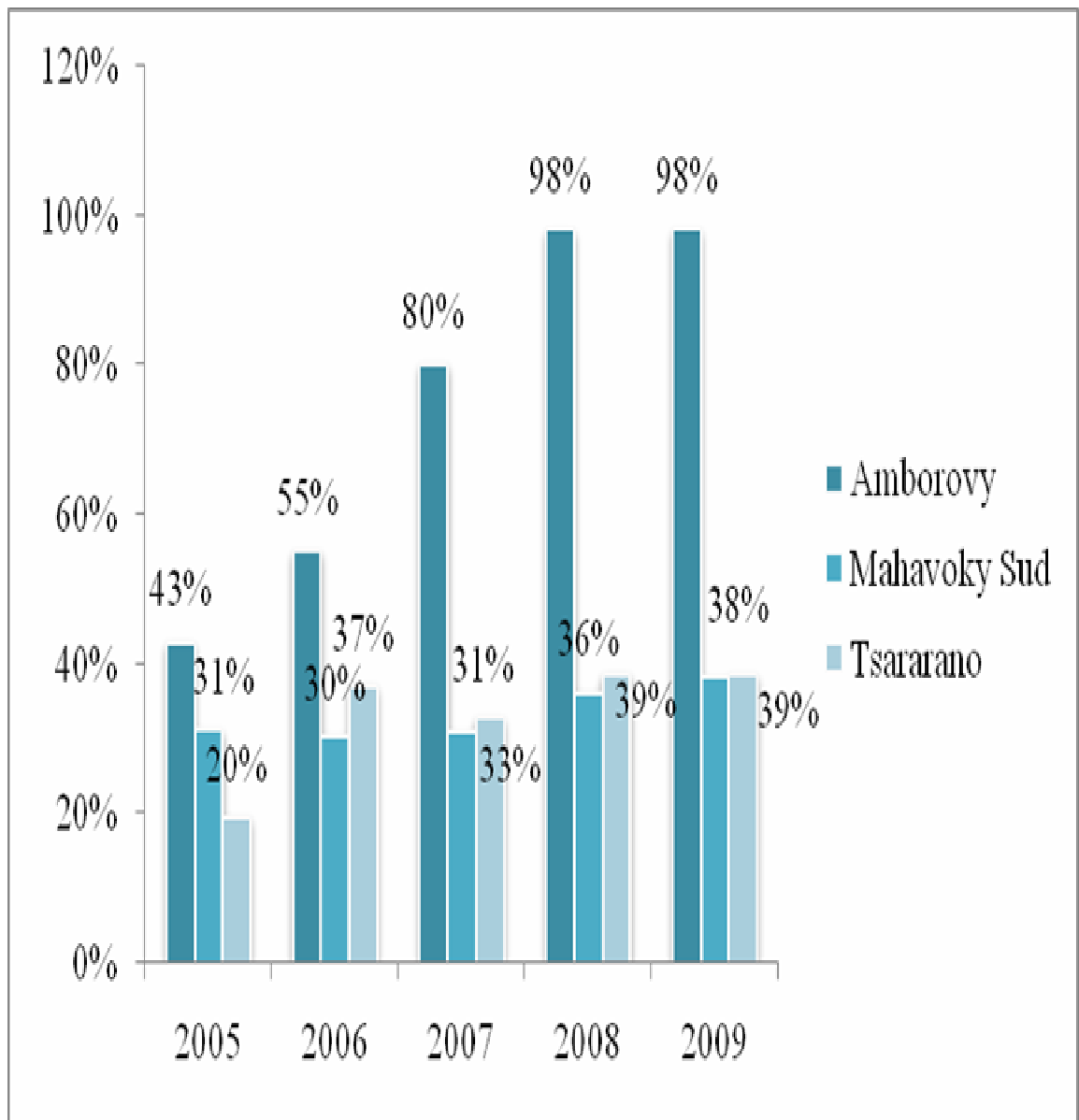


Figure 6 : Taux de couverture en accouchements par CSB de 2005 à 2009, axe route d'Amborovy

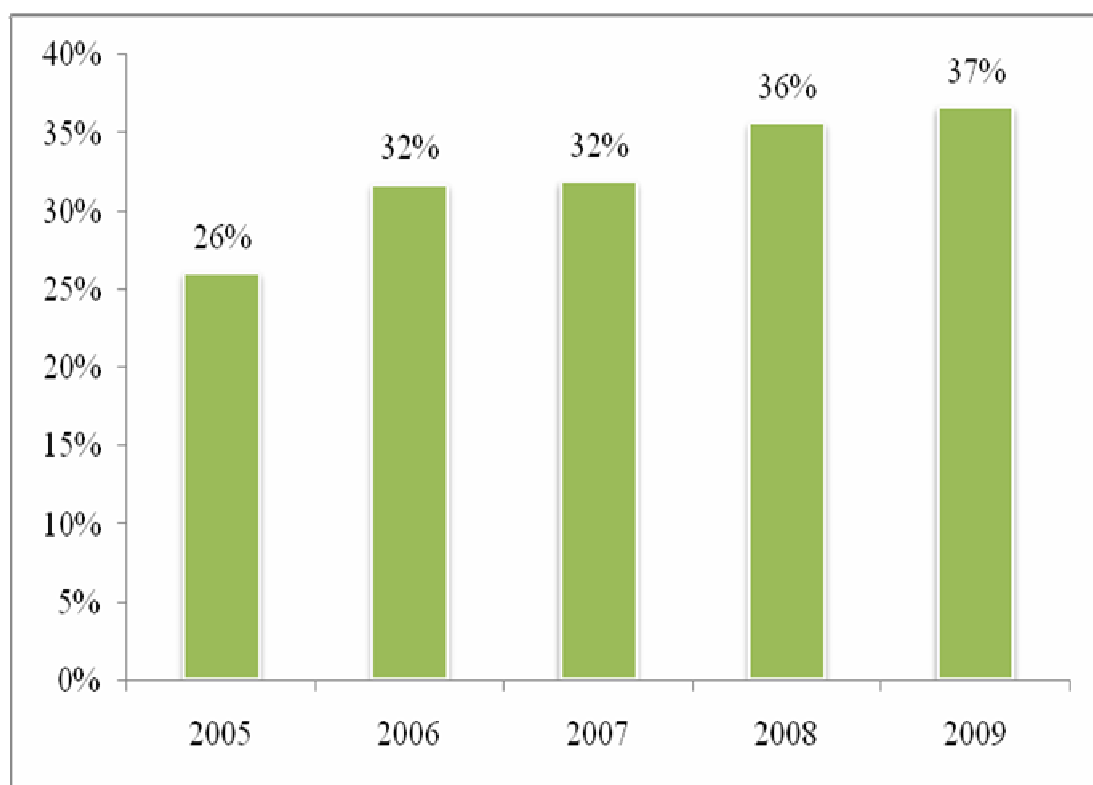


Figure 7 : Taux de couverture en accouchements de 2005 à 2009, dans les CSB2 publics de Mahajanga I

Tableau 7 : Déperdition des femmes enceintes des CPN à l'accouchement au CSB2 de Tsararano

ANNEE	Nombre		Nb Accouchement	taux de déperdition entre :		
	CPN 1	CPN 3		CPN1 ET CPN3	CPN1 et Accouchement	CPN3 et accouchement
2005	404	302	217	25%	46%	28%
2006	606	453	424	25%	30%	6%
2007	550	335	385	39%	30%	-15%
2008	578	399	467	31%	19%	-17%
2009	612	463	479	24%	22%	-3%

Tableau 8: Déperdition des femmes enceintes des CPN à l'accouchement au CSB2 de Tanambao Sotema

ANNEE	Nombre		Nb Accouchement	taux de déperdition entre :		
	CPN 1	CPN 3		CPN1 ET CPN3	CPN1 et Accouchement	CPN3 et accouchement
2005	566	338	387	40%	32%	-14%
2006	671	458	419	32%	38%	9%
2007	764	472	425	38%	44%	10%
2008	710	323	488	55%	31%	-51%
2009	766	417	516	46%	33%	-24%

Tableau 9: Déperdition des femmes enceintes des CPN à l'accouchement au CSB2 de Mahavoky

ANNEE	Nombre			taux de déperdition entre :		
	CPN 1	CPN 3	Nb Accouchement	CPN1 ET CPN3	CPN1 et Accouchement	CPN3 et accouchement
2005	489	412	326	16%	33%	21%
2006	548	484	326	12%	41%	33%
2007	764	472	342	38%	55%	28%
2008	754	553	411	27%	45%	26%
2009	784	589	447	25%	43%	24%

Tableau 10 : Déperdition des femmes enceintes des CPN à l'accouchement au CSB2 de Mahabibo

ANNEE	Nombre			taux de déperdition entre :		
	CPN 1	CPN 3	Nb Accouchement	CPN1 ET CPN3	CPN1 et Accouchement	CPN3 et accouchement
2005	1661	1041	569	37%	66%	45%
2006	1522	1371	597	10%	61%	56%
2007	2155	1549	672	28%	69%	57%
2008	1348	1099	724	18%	46%	34%
2009	1562	1248	792	20%	49%	37%

Tableau 11 : Déperdition des femmes enceintes des CPN à l'accouchement au CSB2 d'Antanimasaja

ANNEE	Nombre			taux de déperdition entre :		
	CPN 1	CPN 3	Nb Accouchement	CPN1 ET CPN3	CPN1 et Accouchement	CPN3 et accouchement
2005	168	125	87	26%	48%	30%
2006	362	289	213	20%	41%	26%
2007	325	148	153	54%	53%	-3%
2008	498	189	158	62%	68%	16%
2009	431	248	150	42%	65%	40%

Tableau 12 : Déperdition des femmes enceintes des CPN à l'accouchement au CSB2 d'Amorovy

ANNEE	Nombre			taux de déperdition entre :		
	CPN 1	CPN 3	Nb Accouchement	CPN1 ET CPN3	CPN1 et Accouchement	CPN3 et accouchement
2005	134	122	112	9%	16%	8%
2006	232	194	148	16%	36%	24%
2007	281	190	221	32%	21%	-16%
2008	336	294	278	13%	17%	5%
2009	390	315	286	19%	27%	9%

Tableau 13 : Taux d'utilisation des KIA par rapport à la quantité livrée

CSB2	Nombre de KIA		STOCK pour Démunies (2010)	Taux d'utilisation 2008-2009
	Reçus	utilisés de 2008 à 2009		
Mahabibo	1000	966	34	97%
Antanimasaja	200	169	31	85%
Tanambao Sotema	850	806	44	95%
Amborovy	450	429	21	95%
Mahavoky	750	716	34	95%
Tsararano	750	719	31	96%
TOTAL	4000	3805	195	95%

II.2.2 Résultats de l'enquête auprès des bénéficiaires de KIA

- Caractéristiques des femmes enquêtées

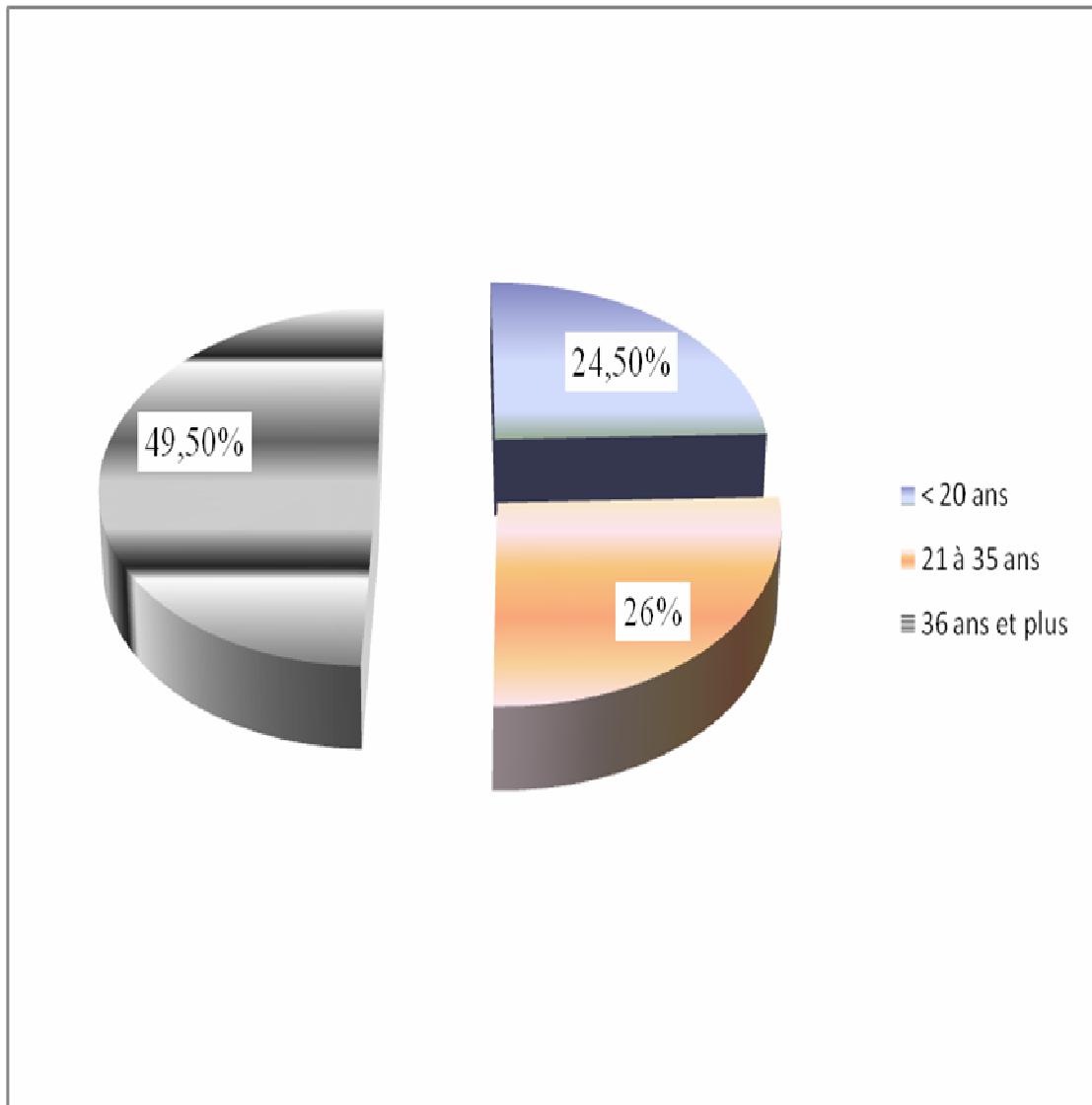


Figure 8 : Répartition des femmes enquêtées selon l'âge

Tableau 14: Effectif des femmes enquêtées selon leurs activités

Profession	Nombre	%
Collégienne	10	6,67%
Ménagère	73	48,67%
Commerçante	9	6,00%
journalier	43	28,67%
Femme artisan	8	5,33%
autres	7	4,67%
Total	150	100,00%

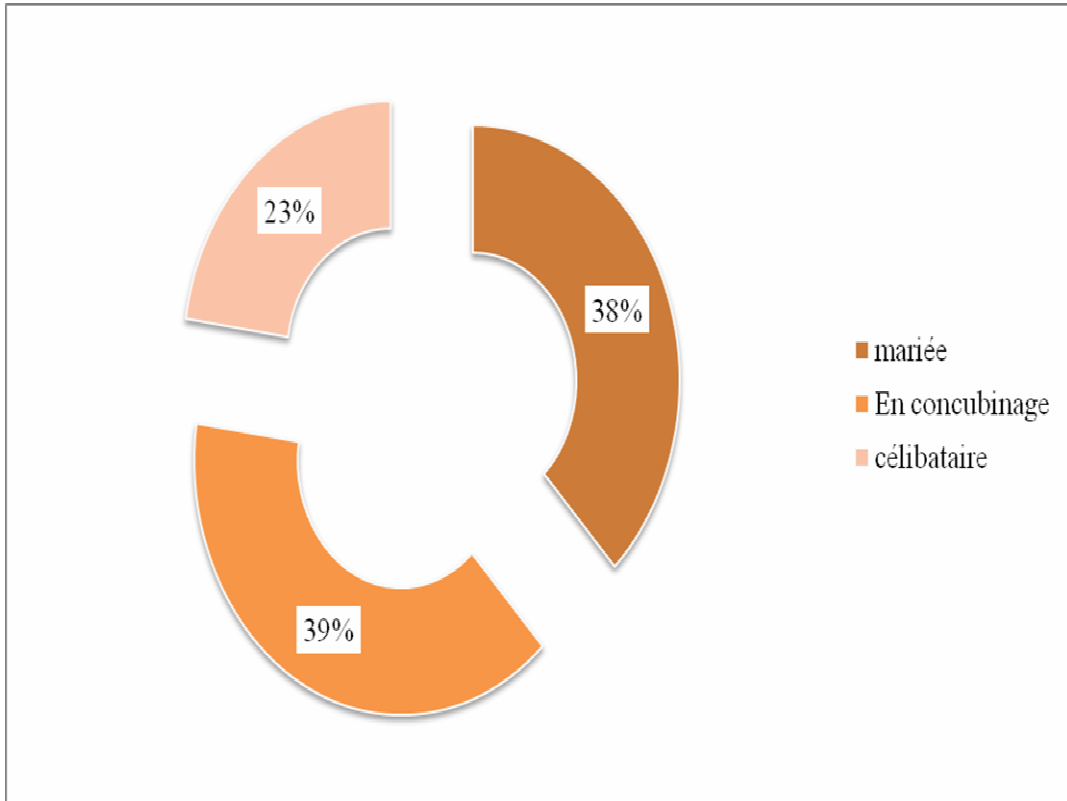


Figure 9 : Répartition selon la situation matrimoniale

Tableau 15 : Répartition des femmes enquêtées selon l'âge et la parité

Tranches d'âge	effectif total	Primipare	%	Multipare	%
< 20 ans	37	15	41%	22	59%
21 à 35 ans	39	5	13%	34	87%
36 ans et plus	74	1	1%	73	99%
TOTAL	150	21	14%	129	86%

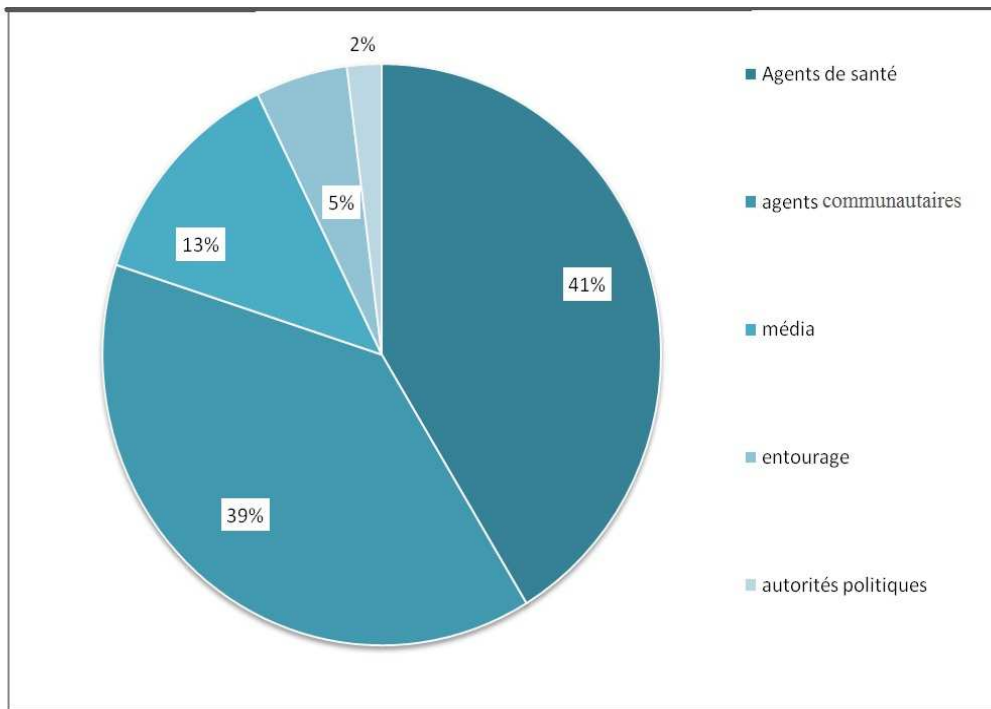


Figure 10 : Sources d'informations

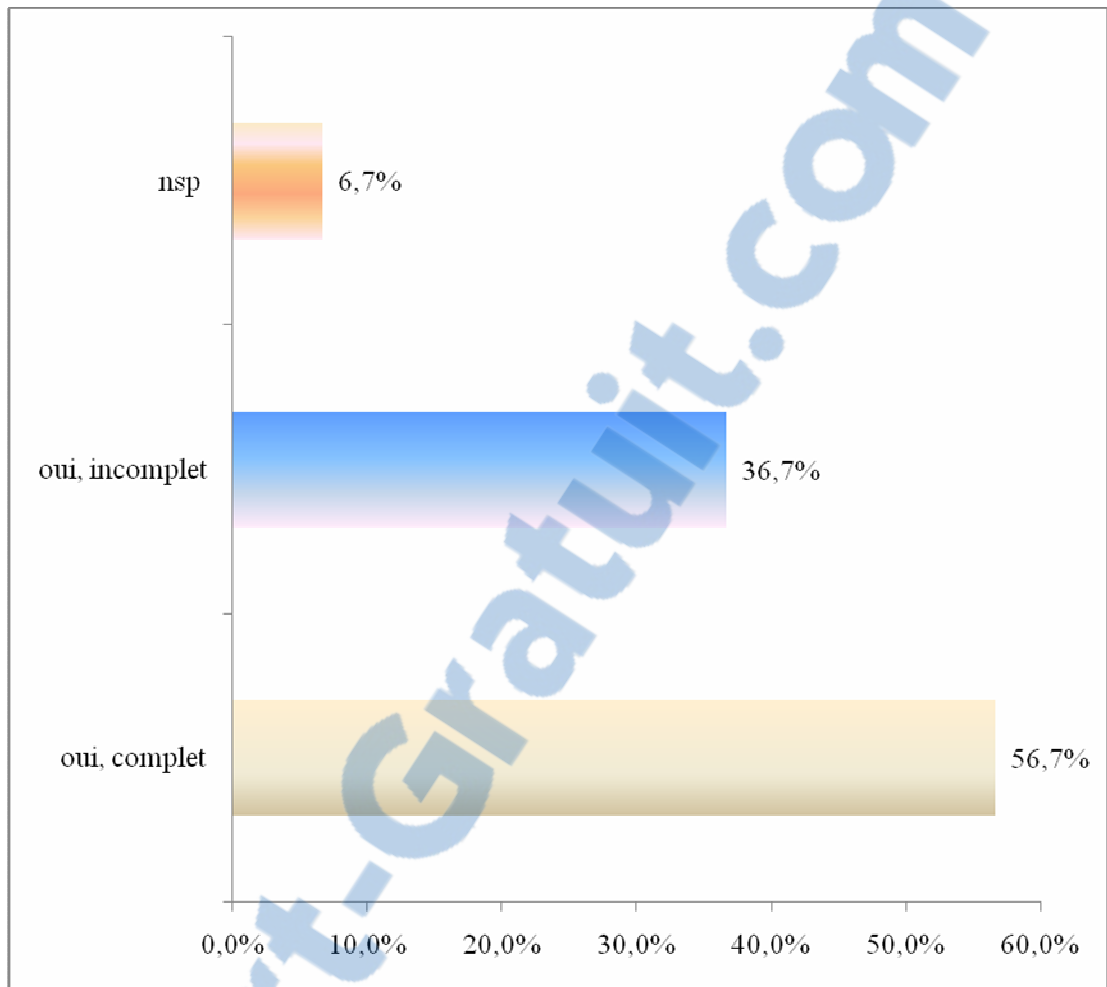


Figure 11 : Réponses des femmes sur leur connaissance du contenu du KIA

- **complet** si la femme a cité tout le contenu (7 articles)
- **Incomplet** s'il manque jusqu'à 2 articles
- **NSP** : ne peut rien citer

Tableau 16 : Appréciations du KIA par les femmes enquêtées

réponses des femmes enquêtées	effectif	%
incite à fréquenter les CSB	27	18%
diminue les dépenses	15	10%
apprécie entièrement l'initiative	37	25%
apprécie mais à compléter par trousseau	56	37%
indifférence	10	7%
pas de réponse	5	3%
TOTAL	150	100%

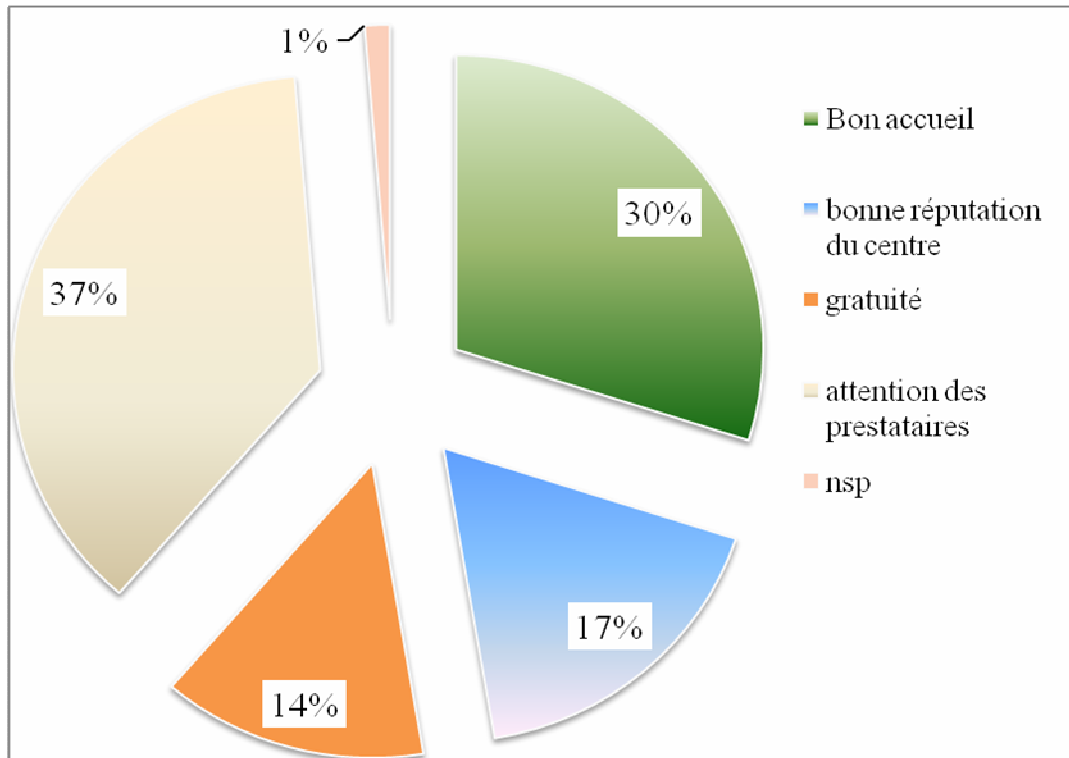


Figure 12: Attente des femmes vis-à-vis de leur prise en charge dans les maternités

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES
ET DISCUSSIONS

III. Commentaires et discussions

III.1. Indicateurs de la santé maternelle des CSB2 Publics

III.1.1 Taux d'utilisation des CPN

De 2005 à 2009, le taux d'utilisation des CPN n'a pas cessé d'augmenter. C'est au CSB2 d'Amborovy que l'augmentation est la plus significative car il a presque triplé son taux, passant de 51 à 134 % ; ce centre a comme spécificité d'être implanté à la frontière entre le district de Mahajanga I et de Mahajanga II. Dans ce dernier district, aucun centre n'est implanté pour les habitants, ainsi la population fréquente Amborovy. La même situation est vue au CSB2 Antanimasaja qui est le point de débarquement des pirogues des habitants de la commune de Baonamary à Mahajanga II qui sont utilisateurs de ce centre. Si dans ces 2 CSB, on note une amélioration de cet indicateur. Au CSB2 Tanambao, il a diminué de 10%, passant de 62 à 52% et à Tsararano, il est resté stationnaire autour de 50%. Quoiqu'il en soit pour l'ensemble des CSB2 le gain est de 10%.

Selon FNUAP, [23] en 2008, le taux de couverture en CPN de CSB publiques dans la région de Vakinakaratra (Antsirabe I, Antsirabe II et Betafo) était de 98,77% ; 91,25% dans la région de Fianarantsoa II (Alakamisy Ambomaha et Sahambava) et 97,64% dans la région de Toliara II (Miary, Andranovory, Mangily). Celui de Mahajanga I, qui était en moyenne de 34,33% ; donc au-dessous de ceux de ces régions.

III.1.2 Taux de couverture d'accouchement

Cet indicateur est essentiel pour juger de l'efficacité de la gratuité de l'accouchement. Ce qui est frappant est qu'entre 2007 et 2008, on note une augmentation de 4% pour l'ensemble des CSB2 ; entre 2006 à 2007, le taux est stationnaire à 32% après une amélioration entre 2005 et 2006. Et entre 2008 et 2009, le gain a chuté de 1%. En tout cas comme avec les CPN, Amborovy a connu l'ascension la plus significative de 43% à 98% entre 2005 et 2009 et un gain de 8% entre 2007 et 2008 pour épouser la tendance stationnaire du district. Entre 2007 et 2008, les gains étaient de 8% pour Tsararano, 6% pour Tanambao, 5% pour Mahavoky, 2% pour Mahabibo alors qu'à Antanimasaja, entre 2006 et 2007, on note une chute de 17%, une évolution stationnaire entre 2007 et 2008, suivie d'une diminution de 3% de 2008 à 2009.

Bref, le taux de couverture en accouchement de Mahajanga I, dans les CSB publiques ; est de 31%, en 2008. Ce qui est, selon FNUAP, [23] au-dessus de celui de la région de Vakinakaratra (Antsirabe I, Antsirabe II et Betafo) :26,35% et de la région de Toliara II (Miary, Andranovory ,Mangily):21,27%. Par contre, la région de Haute Matriatra (Alakamisy Ambomaha et Sahambava) a trouvé un taux élevé à 47,26%.

III.1.3. Taux de CPN par rapport aux périodes et aux accouchements assistés

Entre la 1^{ère} CPN et la 3^{ème} CPN, quelque soit les centres, on observe une déperdition annuelle des femmes enceintes par ordre croissant : autour de 15% à Amborovy, 20% à Mahabibo, 25% à Tsararano et Mahavoky, 40% à Tanambao, 50% à Antanimasaja. Entre le CPN1 et l'accouchement la déperdition est encore plus flagrante, car on note par ordre croissant : 25% à Amborovy et Tsararano, 43% à Mahavoky, 49% à Mahabibo et 65% à Antanimasaja. Enfin entre la 3^{ème} CPN et l'accouchement, Tsararano et Tanambao ont un taux négatif qui signifie que des femmes enceintes ont accouché dans ces centres soit qu'elles n'ont pas effectué leur CPN ou elles n'ont pas fait une 3^{ème} CPN. Ailleurs, le taux moyen est positif avec par ordre croissant : 10% à Amborovy, 25% à Mahavoky, à 30% Antanimasaja et 40% à Mahabibo. Quelque soit la période d'étude de la déperdition, on peut conclure que le CSB2 d'Amborovy qui fidélise le plus ses clientes.

Quoiqu'il en soit, les déperditions peuvent être interprétées de différentes manières telles que les femmes sont vues au 3^{ème} trimestre de la grossesse, donc ne bénéficient que de 2 CPN avant accouchement ; ou après 2 CPN, elles se sentent rassurées sur leur grossesse et jugent inutile de revenir ou bien elles ne sont pas satisfaites de leur prise en charge.

On peut conclure qu'il existe une réelle inadéquation entre les taux de CPN et d'accouchements assistés.

En consultant la littérature, la situation dans les CSB2 publics de Mahajanga I est semblable à celle des pays en développement. Les chiffres publiés par le FNUAP pour tout Madagascar sur le taux d'accouchement au niveau des Formations Sanitaires sont de 28,63% en 2010, 32,7% en 2009. [24]. Selon l'UNICEF, le taux de CPN 1 est de 86% de 2005 à 2009, et le taux de CPN 3 à 49% durant la même période. [25] Par rapport aux pays étrangers :

- Selon l'UNICEF, durant cette même période : à Zimbabwe, le taux de CPN 1 est de 93%, quant aux CPN 3 c'est 59%. [26] ;
- en Afrique du Sud, le taux de CPN1 est de 92 % et celui de CPN 3 est 56%. [27]
- En Nigeria, étant le deuxième pays le plus élevé du taux de mortalité maternelle mondiale, a un taux de consultation prénatale de 60%, l'accouchement qualifié de 30%, et très pauvre accès des femmes enceintes à l'urgence des soins obstétriques.4. [28]
- En Mauritanie, Monique et Bernard BARRERE, [29] lors de l'Enquête Démographique et de Santé, ont trouvé que parmi les naissances d'enfants derniers-nés au cours des cinq dernières années, près des deux-tiers (65 %) ont bénéficié d'une consultation prénatale, dispensée par du personnel formé; à l'opposé, plus d'un tiers des naissances (35 %) n'ont fait l'objet d'aucun suivi prénatal. Ce sont les sages-femmes qui, dans 32 % des cas, ont effectué ces soins prénataux. Une faible proportion de naissances d'enfants derniers-nés, soit 16 %, ont fait l'objet de 4 visites prénatales ou plus, comme le recommande l'OMS. On note que 40 % des naissances n'ont été précédées que de 2 à 3 visites et que dans 7 % des cas, la mère n'a effectué qu'une seule visite; enfin, pour plus d'un tiers des naissances (35 %), la mère n'a effectué aucune visite prénatale.

Ainsi, beaucoup de femmes enceintes manquent leurs séances de CPN, en général, en Afrique, qui pourraient accoucher hors des formations sanitaires, même si on essaie de trouver des moyens pour sauver sa santé qui est en danger depuis.

Pour le confirmer, en 2006, environ 61% des accouchements dans les pays en développement ont eu lieu en présence d'un accoucheur qualifié [1]. Cela signifie que 50 millions d'accouchements ont eu lieu à domicile, en l'absence de soignants qualifiés. A Maroc, il existe une faible couverture en soins prénatals et accouchements assistés en milieu rural, respectivement 50,6 % et 48,5 % en 2007[30].En Mali, le taux

de couverture des consultations prénatales est de 76% et le taux d'accouchements assistés 55% en 2006. [31]

Selon l'UNICEF, la couverture va de 34% en Afrique orientale [27] alors qu'elle est de 93% en Amérique du Sud. [32] .La variation de la couverture des soins prénatals se trouve également au Pérou : 87% des femmes enceintes ont eu au moins quatre visites prénatals [33] alors qu'elles n'ont été que 12% en Éthiopie [34].

III.1.4 L'utilisation des KIA

Nous avons vu que les CPN comme l'accouchement ont augmenté de manière significative entre 2007 et 2008, et a connu une progression stationnaire en 2009. Ce qui est patent est que la majorité des femmes ayant accouché dans les CSB2 ont reçu leur KIA (86% en 2008 et 98% en 2009). Antanimasaja et Amborovy ont couvert à 100% leurs parturientes en 2009 contre 96% à 98% dans 3 CSB2 ; c'est à Mahavoky que le taux dépasse les 100%, ce qui signifie que des KIA ont été dotés pour des accouchements qui se sont déroulés en dehors du CSB.

Rappelons que la mise œuvre de la gratuité n'est pas l'apanage de Madagascar, il est recommandé par l'OMS dans le cadre de l'atteinte des OMD dont la qualité de soins et l'augmentation des accouchements assistés par des personnels qualifiés .Ainsi en Haïti, une Evaluation de l'OMS en 2007, [35] a montré que 76% des femmes vivant dans le Département du Sud de ce pays choisissaient d'accoucher à domicile plutôt que dans un établissement de santé. Pour expliquer ce choix malheureux, le manque d'argent était la première raison évoquée. Or, il conduit à un risque accru de décès pour la mère et l'enfant. Selon leurs déclarations, environ 65% des femmes ont dit trouver l'accouchement dans un établissement de santé trop cher. Supprimer les coûts pour ces femmes apparaît dès lors comme le moyen le plus évident d'accroître l'utilisation des services. Une campagne de plaidoyer pour la promotion du projet a constitué une part importante du projet lui-même. L'OMS et ses partenaires se sont employés activement à ce qu'une politique de prise en charge gratuite de l'accouchement soit soutenue au niveau politique dans le pays. Ils ont également cherché à accroître l'utilisation des services par la promotion des avantages de l'accouchement à l'hôpital et par une sensibilisation renforcée du public sur la gratuité des services dans certains hôpitaux. Depuis sa mise en place, le nombre de consultations prénatals a été multiplié par six. Selon LABADY LEDON [35], à Aquin de Haïti, on a observé trois fois plus de consultations prénatals. Les accouchements dans des établissements de santé ont

augmenté de 62% par rapport à l'année précédente dans plus d'un tiers des institutions participantes.

Ailleurs, selon la publication de GRUENAIIS et LADANG dans la revue intitulée « investir stratégiquement dans la santé maternelle, vers des sociétés et des économies plus saines » [36], malgré que certains pays ont fait des efforts pour réduire ou éliminer les frais de prestation des services de santé, les soins professionnels restent financièrement inaccessibles à un trop grand nombre de femmes. Dans des enquêtes réalisées en Afrique occidentale, plus de la moitié des répondantes ont indiqué pour des raisons de coût, elles ne cherchaient pas à bénéficier de soins médicaux. Au Burkina Faso, Cameroun, Guinée et Niger, cette proportion atteint 60 % des femmes enceintes. Ces coûts sont directs et indirects : les coûts facturés pour utiliser les équipements, les services et les médicaments sont déjà élevés, mais combinés aux frais de transport jusqu'aux centres de soins et les pertes de revenus potentielles pendant les absences au travail, ils deviennent prohibitifs en plus des coûts ordinaires, bien que des systèmes de santé communautaires ou nationaux fassent payer des frais d'inscription. Par exemple, au Ghana, le programme d'assurance maladie national est parvenu à couvrir plus de la moitié de la population pendant ses quatre premières années d'existence.

Mais cette couverture est beaucoup plus sporadique dans les groupes sociaux les plus défavorisés en partie à cause des frais d'inscription. En Égypte, seulement 50 % des femmes des zones rurales accouchent dans des centres de soins, par rapport aux femmes vivant en zone urbaine.

Enfin cette publication a donné des exemples de subventions et de soins gratuits en Afrique :

- Burundi : Soins prénatals gratuits aux femmes enceintes
- Zambie : Frais de prestation exonérés dans les districts ruraux
- Burkina Faso (2006) : Subvention d'État de 80 % pour tous les accouchements
- Kenya (2007) : Accouchements gratuits
- Liberia (2007) : Gratuité des soins principaux
- Soudan (2008) : Césariennes gratuites et soins gratuits
- Maroc : Transport gratuit jusqu'à la maternité dans les zones rurale.
- Le gouvernement népalais donne des récompenses aux auxiliaires de santé formées qui font des accouchements et offre la gratuité des accouchements

dans les centres de santé des régions les plus pauvres du pays. L'amélioration des accès aux soins maternels pour les femmes les plus défavorisées a contribué à réduire le taux de mortalité de 343 en 2000 à 240 en 2008 au Népal.

III.2 L'appréciation par les bénéficiaires de la gratuité de l'accouchement par la dotation en KIA

Dans notre enquête, près de la moitié des femmes enquêtées ont plus de 36 ans et près de 25% ont moins de 20 ans. Si on se réfère sur leur activité, les CSB2 publics sont fréquentés par des femmes aux revenus instables et mêmes précaires. Généralement, elles vivent en couple qu'elles soient mariées légitimement ou en concubinage. Ce sont surtout les multipares qui accouchent dans les centres donc, des femmes ayant des enfants à charge. Ces femmes ont été informées sur le KIA au cours des CPN par les agents de santé (41%) ou par des sensibilisations par les agents communautaires (39%) qui travaillent avec les CSB publics. 13% ont connu l'existence des KIA par les médias seules 2% évoquent les interventions des autorités politiques. Quant à leur connaissance sur le contenu des KIA, près de 60% peuvent citer les 7 articles, Quelques 37% oublient 1 ou 2 articles et 6.7% sont incapables de nommer les articles. Dans leur majorité, les femmes enquêtées ont une opinion positive de la dotation des KIA dont 17% seulement disent que les KIA incitent à accoucher dans le CSB, 37% désirent avoir en plus des KIA des trousseaux pour leurs bébés, 27% apprécient l'initiative contre 7% qui sont indifférentes à la mesure prise et 3% ont préféré ne pas répondre. 67% de ces femmes attendent des prestataires des formations sanitaires à plus d'attention et un accueil chaleureux plutôt que la gratuité qui ne représente que 14% et 17% souhaite que le centre aie une bonne réputation. Ces réponses ont un rapport à un besoin de soins plus humanisés que gratuits.

SOPHIE WITTER et Al. [37] ont rapporté des expériences des pays tels le Ghana, le Burundi, l'Afrique du sud et le Niger qui ont tous appliqué les services maternels gratuits, et ont rendu compte de l'augmentation pertinente dans le nombre de femmes enceintes qui se servent des services prénataux et de l'accouchement gratuit. Cependant, des évaluations ultérieures de tels programmes ont produit fréquemment un

mécontentement des clients à cause de la mauvaise qualité de service rendu, d'une grande mesure, due au manque de planning et de mauvais support financier des programmes. Ainsi, les résultats des interviews des informateurs-clés de l'accouchement gratuit et de la politique de la césarienne au Sénégal, ont démontré le mécontentement de l'application de principe au Sénégal. Le résultat de l'interview ne doit pas décourager les gouvernements africains d'appliquer l'accouchement gratuit pour des femmes enceintes.

H. SAM TIENDREBEOGO et Al. [38] ont fait une étude sur les rencontres usagers/prestataires à Ouagadougou et ont rapporté que les femmes préfèrent accoucher à domicile parce qu'elles ont des difficultés financières, il y a également l'inaccessibilité géographique, la crainte d'être « grondées » à l'accouchement du fait de ne pas avoir suivi les CPN, et l'insatisfaction de la prise en charge médicale des accouchements antérieurs. Selon ces femmes, les soignants:

- Sont peu disponibles
- Donnent des explications insuffisantes sur le parcours de la parturiente
- Ne donnent pas suffisamment de surveillance en salle d'accouchement
- Donnent des reproches sur leur manque d'hygiène
- Ont fait montrer de défaillance dans la prise en charge justifiant des accouchements à domicile ultérieurs
- Font preuve de rudesse dans leurs comportements.

SUGGESTIONS

Les KIA ont contribué à inciter des femmes enceintes issues des milieux plus ou moins défavorisés à utiliser les CPN et à accoucher dans les CSB2 publics de Mahajanga I. Cependant, ces dernières souhaitent plus de compréhension de la part des agents de santé, aussi nos suggestions s'adressent surtout aux responsables de la santé à tous les niveaux :

- A considérer la situation de chaque Région, mettre en oeuvre les objectifs en fixant les cibles prioritaires du programme, la prise en charge des soins obstétricaux au niveau des formations sanitaires publiques basée sur l'équité .Ainsi, il faut identifier les femmes selon la précarité et donc établir une collaboration avec le Ministère de la Population ;
- Développer les mécanismes de suivi du progrès en matière d'OMD ;
- Améliorer la disponibilité des KIA, car aucune dotation n'a été aperçue depuis 2008, en mobilisant les ressources auprès des partenaires et le Ministère des finances ;
- Offrir des services de qualité en renforçant la capacité des agents de santé ;
- Vulgariser l'humanisation des soins des CPN à l'accouchement et faire des suivis réguliers des agents de santé ;
- Sensibiliser la population sur l'importance des accouchements assistés par les personnels qualifiés ;
- Adhérer pleinement la communauté à l'idéal de la réduction de la mortalité maternelle. Aussi, impliquer les autorités locales à développer le partenariat communautaire, à mobiliser les ressources locales afin d'aider les femmes démunies à bénéficier les soins dans un CSB et plaider pour l'accès financier des femmes enceintes par des microfinances.

CONCLUSION

CONCLUSION

Par les deux types d'étude qu'on a effectué, on peut évaluer les progrès accomplis et on pourrait ainsi mesurer le reste d'effort à faire pour atteindre l'OMD de 2015.

D'après les données disponibles, on peut dire qu'en 2005 à 2009, le taux de couverture en accouchement des CSB II de Mahajanga I est de 26 à 32%, à peine augmenté malgré la gratuité du KIA, et le taux d'utilisation des CPN n'a pas cessé d'augmenter. Cependant, il y a un taux de déperdition des femmes enceintes en troisième CPN surtout, dans chaque CSB II. Entre la 1^{ère} CPN et la 3^{ème} CPN, quelque soit les centres, on observe une déperdition annuelle des femmes enceintes ; par ordre croissant : 15% à Amborovy, 20% à Mahabibo, 25% à Tsararano et Mahavoky, 40% à Tanambao, 50% à Antanimasaja. Entre le CPN1 et l'accouchement, la déperdition est encore plus flagrante, on note par ordre croissant : 25% à Amborovy et Tsararano, 43% à Mahavoky, 49% à Mahabibo et 65% à Antanimasaja. Enfin entre la 3^{ème} CPN et l'accouchement, les CSB II Tsararano et Tanambao ont surtout un taux négatif, ce qui signifie que des femmes enceintes n'ont pas fait du tout une 3^{ème} CPN. Néanmoins, le taux de couverture en KIA a atteint une valeur significative. Par ordre de mérite, les CSB II Antanimasaja, Amborovy et Mahavoky ont tous plus de 100% suivi de CSB II Tsararano 98%, du CSB II Tanambao 97% et du CSB I Mahabibo 96%. Ce phénomène s'explique surtout par la manque de revenu fixe de la plupart des femmes de plus de 36 ans, mariées ou vivant en concubinage, multipares en majorité, et qui ont une opinion archi-positive sur cette dotation gratuite de KIA. La contribution des agents de santé et des agents communautaires, qui occupent près de 80% de source d'information, à la prestation de KIA, a rendu le taux de couverture en KIA élevé aussi.

En général, Madagascar a un taux de couverture en accouchement qui passe de 32,7% en 2009 à 28,63% en 2010, au niveau de toutes les Formations Sanitaires, ce qui est encore loin de l'objectif inscrit dans la feuille de route pour la Maternité sans risque de 50% en 2015. Beaucoup d'efforts restent à fournir dans l'amélioration des taux de couverture que ce soit en accouchement qu'en CPN, effort solide et durable venant de toutes les femmes enceintes malgaches, des responsables médico-sanitaires à tous les niveaux et des autorités politiques de chaque District et Région. Ensemble, il faut réaliser une impulsion nouvelle à la prise en charge gratuite de l'accouchement.

REFERENCES

REFERENCES

1. **ONU**. Objectif (5) : Améliorer la santé maternelle. Rapport de la Réunion de haut niveau des ONU sur OMD 2015.2008; 2 : 1 à 2
2. **OMS**. Pour des accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène. Guide à l'usage de l'Animateur.2007 ; 10 :4
3. **PNUD**. Technologies de l'Information et de la Communication - Développement Humain .Rapport national sur le Développement humain à Madagascar. 2006 ; 93 :50
4. **UNICEF**. Progrès réalisés en vue des objectifs du WFFC et des ODM. Rapport national sur la mise en œuvre à Madagascar du plan d'action pour un monde digne des enfants plus de 5 ans. 2007 ; 25 :17
5. **ENCARTA**. Accouchement normal.2007; 3:1 à3.Consulté le 16 Juin 2010
6. **WIKIPEDIA**. Accouchement. <http://fr.wikipedia.org/wiki/accouchement> Consulté le 16 Juin 2010
7. **BENCHIMOL**. Accouchement normal.
[http:// www. docteur -benchimol.com/accouchement normal .html](http://www.docteur-benchimol.com/accouchement_normal.html). Consulté le 16 Juin 2010
8. **VULGARIS MEDICAL**. Accouchement prématuré.
[http://www.vulgaris.medical.com/encyclopedie/accouchement premature/69.html](http://www.vulgaris.medical.com/encyclopedie/accouchement_premature/69.html)
Consulté le 16 Juin 2010
9. **HALLUIN G, MAGNIN G**. Accouchement normal en présentation du sommet .La Revue de Praticien .2000 ; 8 :1579 à 1585.
10. **LANSAC J, MARROT H, FRANCOIS J, BODY G, FERROTIN F**
.Mécanisme général de l'accouchement. Heath and Fitness. Pratique de l'accouchement.2006 ; 525(4) :25 à 85.
11. **CHEREAU E, LEFEVRE J**. Accouchement. Internat mémoire Gynécologie Obstétrique. Edition VERNAROBOES- GREGO. 2003 ; 250 (2) :52 à 57.
12. **SCHAAL J.P, THMULLER HENRI D, UZAN M, MALLER R**.
Accouchement normal. Mécanique et Techniques obstétricales.2006 ; 922 (3) : 211 à 331.
13. **GOUNELLE de POTANEL H, LORANX N, SUREAU M**. Déroulement de l'accouchement normal .Collection Les soins infirmiers.2003 ; 235 : 84 à100.

14. **HUBERT F, GUITTARD P.** L'accouchement normal et la délivrance. L'essentiel médical de poche.2000 ; 1087 (2) :323 à 325.
15. **SAINT-LEGER S.** Le partogramme : principes et méthodes. Développement et santé. 2000; 10(56): 1 à 5
16. **LANSAC J, CARBONE B, PIERRE F.** The partogram: a well-known tool useful for assessing quality of obstetric care. Journal de Gynécologie et de Biologie de la Reproduction. 2007 ; 6(36) :1 à 5.
17. **MEASURE COMMUNICATION** .Réduire les risques associés à la grossesse et l'accouchement. Rapport de politique général .2008 ; 4:1 à 2.
<http://www.measurecommunication.org> .Consulté le 16 Février 2011
18. **ELISABETH I, RAMSON, YINGER N.V.** Pour une maternité sans risque, comment éliminer les obstacles aux soins ? Journal de Santé maternelle.2006 ; 39:6
19. **MAYI-TSONGA S, OKSANA L, DIALLO T, METOGHO M, NDOMBI I, MENDOMI G, MOUNANGA M, MEYE JF.** Etude sur les décès maternels au centre hospitalier de Libreville. Médecine d'Afrique Noire. 2010; 431 (57):428
20. **PNUD.** La semaine de la mère et de l'enfant arrive à un moment critique pour les mères et enfants les plus vulnérables. Rapport de la SSME. 2010 ; 1 :1
21. **RAHARISOA M.** Madagascar : Santé maternelle–Huit décès par jour à l'accouchement. Express de Madagascar du 24 Février2011. 1 :1
<http://www.expressmadagascar.com>.Consulté le 6 Mars 2011
22. **IBHANYI.** Budget du Ministère de la Santé, du Planning familial et de la Protection sociale (2005-2008). Rapport d'inventaire Madagascar. 2008; 21:8
23. **RAVAOMANANA E, RAMANANDRAIBE L.** Evaluation de l'utilisation des Kits pour les activités de MSR. Rapport final du FNUAP-Madagascar. 2008 ; 108 :42 à 47
24. **UNICEF.** Madagascar Statistics.13:8.
http://www.unicef.org/infobycountry/madagascar_statistics.html .Consulté le 21 Janvier 2011
25. **UNICEF.** Zimbabwe Statistics.13:8.
http://www.unicef.org/infobycountry/Zimbabwe_statistics.html .Consulté le 21 Janvier 2011

26. **UNICEF**. South Africa Statistics.13:8.
http://www.unicef.org/infobycountry/southafrica_statistics.html .Consulté le 21Janvier 2011
27. **BALIQUE H** .La Santé dans les PED : Etats des lieux. Aide Odontologique international. 2009 ;49 :13
28. **OKONOFUA F**. Prévention de la mortalité maternelle en Afrique - Besoin pour se concentrer sur accès et qualité de soin. African Journal of Reproductive Health. 2008 ; 24(12) :13
29. **BARRERE M, BARRERE B**. Santé de la mère et de l'enfant. Enquête démographique et de la santé en Mauritanie.2008 ; 233 : 103 à 106.
30. **DIRECTION DE LA POPULATION en Maroc**. Maternité sans risques. Programme de la protection de la santé de la mère. 2008 ; 4 :1.
31. **UNITE ECONOMIQUE MALIENNE**. Analyse de la situation économique et sociale du Mali. 2006 ; 20 :17.www.who.int/note_mali.pdf .Consulté le 10 Janvier 2011
32. . **UNICEF**.South America statistics.13:8.
http://www.unicef.org/infobycountry/southamerica_statistics.html.Consulté le 21Janvier 2011
33. **UNICEF**. Perou statistics.13:8.
http://www.unicef.org/infobycountry/perou_statistics.html. Consulté le 21Janvier 2011
34. **UNICEF**. Ethiopia statistics.13:8.
http://www.unicef.org/infobycountry/ethiopia_statistics.html. Consulté le 21Janvier 2011
35. **LAMARRE A, LOUISSAINT S, GRIL C, LABADY L**. Pour une grossesse à moindre risque chez les femmes et les nourrissons. Soins obstétriques gratuits en Haïti. Journal OMS. 2010; 8 :3
36. **GRUENAI S M-E, LADANG M-P**. Investir stratégiquement dans la santé maternelle, vers des sociétés et des économies saines. Africa Progress Panel. 2010 ; 14 :6
37. **WITTER S, AMADOU HASSAN S**. Est-ce que la gratuité de l'accouchement et la politique de césarienne au Sénégal peuvent compenser les

contraintes du système du tiers payant en santé de reproduction ? Les priorités de l'économie de la santé en Afrique.2009 ; 2 :1 à 2

38. **TIENDREBEOGO S, OUATTARA F, ZONGO S.** Les rencontres des usagers/prestataires (Ouagadougou, Maroua) .Unité de Recherche

ANNEXES

FICHE D' ENQUETE

Evaluation de l'utilisation des KIA pour les activités de MSR Enquête auprès des bénéficiaires

I. Etat civil

I.1-Nom :

I.2-Age :

I.3-Situation matrimoniale :

Mariée légale =1 Concubinage = 2 Célibataire = 3

I.4-Nombre d'enfant(s) à charge :

I.5-Age du dernier enfant :

I.6-Principale activité économique du ménage :

II. Renseignements spécifiques

II.1-CPN effectués :

CPN1= 1 CPN2 = 2 CPN3= 3

II.2.1-Nombre de gestité (grossesses depuis la puberté) :

II.2.1-Nombre de parité :

II.3-Lieu du dernier accouchement :

CSB = 1 A domicile = 2 Par une personne qualifiée = 3

Par une matrone = 4

II.4-Connaissance sur la gratuité du KIA 1.oui 2.non

II.5-Source d'information :

Agents communautaires = 1

Média = 2

Entourage = 3

Autorités politiques = 4

II.6-Connaissance sur le contenu du KIA :

Nsp = 1 oui, complet = 2 oui, incomplet = 3

II.7-Appréciation sur KIA :

Indifférence = 1

Pas de réponse = 2

Incite à fréquenter le CSB = 3

Diminue les dépenses = 4 Apprécie entièrement l'initiative = 5

Suffisant = 1 A ajouter par un trousseau pour bébé = 2

II.8-Attente des femmes vis-à-vis de leur prise en charge dans la maternité :

Ne sait pas = 1

Gratuité = 2

Bon accueil = 3

Attention des prestataires = 4

Bonne réputation du Centre = 5

VELORANO

Eto anatrehan'ireto Mpampianatra ahy, teto amin' ny toem-pianarana ambony momba ny fitsaboana sy ireo niara- nianatra tamiko, eto anolohan'ny sarin' i HIPPOCRATE,

Dia manome toky sy minia aho, amin'ny anaran'i Zanahary, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo ampanatotosana ny raharaham-pitsaboana.

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

Raha tafiditra an-tranon'olona aho, dia tsy ahita izay zava-miseho ao ny masoko, ho tanako ho ahy samy irery ireo tsiambara-telo aboraka amiko ,ary ny asako tsy ho avela atao fitaovana hanantontosana ny zavatra mamofady na hanarona famintan-keloka

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

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorotoronina aza.Tsy ahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona na dia vozonana aza.

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

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

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

AUTORISATION D'IMPRESSION DE THESE

Intitulé de la thèse : EVALUATION DE L'UTILISATION DES KITS INDIVIDUEL
D'ACCOUCHEMENT DANS LES CSB Publiques de Mahajanga I

Nom et Prénoms du candidat(e) : RAJAGNALISA Miary

Avis du Directeur ou Rapporteur de la thèse après la lecture du 1^{er} tirage de la thèse

	Nom et Prénoms	Date	Signature	Observations
Directeur	D ^r RAVAOMANRIVO POME NAIVEZOE	22-6-2011	cn	vu et accorde
Rapporteur	D ^r RAVAOMANRIVO POME NAIVE ZOE	22-6-2011	cn	vu et accorde

Avis du Président du Jury

Acceptée Refusée

Date : 03 06 2011

Signature et cachet

Pr. RALISON Andrianaivo

Autorisation du Doyen de la Faculté de Médecine

Acceptée Refusée

Date

Signature et cachet

de la Faculté de Médecine



R. VOLAMANANA R. LISY

Autorisation à reproduire obligatoirement à la dernière page de la thèse après signature.

Nom et Prénom : RAJAONALISOA Miary	
Intitulé de la thèse : Evaluation de l'utilisation des Kits Individuels d'Accouchement dans les CSB publics de Mahajanga I.	
Thèse de Doctorat en Médecine Générale Mahajanga, 2011	N°1179
Format	: 21×29,7
Nombre de pages	: 97
Nombre de références bibliographiques	: 38
Nombre de pages bibliographiques	: 4
Nombre de figures	: 12
Nombre de tableaux	: 16
RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Santé Publique	
Mots –clés : prise en charge - accouchement gratuit - kit individuel en accouchement	
RESUME	
<p>Des femmes peuvent mourir de complications potentielles au cours et après de leur accouchement. On vise ainsi la réduction de la mortalité maternelle, stratégie inscrite dans les OMD 2015, dans le monde entier. A Madagascar, le Ministère de Santé a institutionnalisé la SSME et a mis en œuvre la dotation gratuite en KIA pour réaliser la Maternité sans risque, dans chaque Formation sanitaire public de chaque Région. D'après les études qu'on a faites aux CSB publics de Mahajanga I, le taux de couverture en accouchement (2005 -2009) est à peine augmenté, de 26 à 32 %, malgré la majorité des femmes enceintes qui ont reçu leur KIA (86% en 2008 et 98% en 2009).Le taux de couverture en CPN n'a cessé de rehausser malgré la perte de vue de quelques femmes enceintes surtout en 3^{ème} CPN. Entre le CPN1 et l'accouchement, la déperdition est flagrante : on note par ordre croissant : 25% à Amborovy et Tsararano, 43% à Mahavoky, 49% à Mahabibo et 65% à Antanimasaja. Et entre la 3^{ème} CPN et l'accouchement, les CSB II Tsararano et Tanambao ont surtout un taux négatif (-17% et -51% en 2008). Il y existe une réelle inadéquation entre le taux de couverture en CPN et en accouchements assistés.</p> <p>Quant aux femmes bénéficiaires du KIA, 49,50% sur 150 ont plus de 36 ans, 77% sont mariés légalement et/ou non, 48,67% n'ont pas de revenus stables, 86% sont multipares donc à beaucoup de charge, 25% ont une opinion archi-positive de la dotation gratuite en KIA contre 7% indifférentes et 37% désirent avoir en plus du KIA de trousseau pour leur bébé.</p> <p>Beaucoup d'efforts sont encore à réaliser pour combler les failles.</p>	
MEMBRES DE JURRY	
Président	: Professeur RALISON Andrianaivo
Juges	: Professeur RANDAOHARISON Pierana Gabriel : Professeur RAHARIMANANA Rondro Nirina
Directeur et Rapporteur de cette thèse	: Docteur RAVAOMANARIVO Anne Marie Zoé.
Adresse de l'auteur : lot 88 parcelle 350 Tsaramandroso Ambony Mahajanga. TELEPHONE :0340333445	

**MERCI DE VOTRE AIMABLE
LECTURE !
DEFENSE DE COPIER !!!!!!!**

Rapport-Gratuit.com

