

SOMMAIRE

	PAGES
INTRODUCTION.....	01

PREMIERE PARTIE : **GENERALITES SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES** **MODERNES ET LE MONITORAGE**

1. LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES.....	02
1.1. Méthodes permanentes.....	02
1.2. Méthodes contraceptives à long terme.....	02
1.3. Méthodes temporaires.....	03
2. LE MONITORAGE OU MONITORING.....	10
2.1. Définition du monitoring.....	10
2.2. Le concept de couverture.....	10
2.3. L'analyse de la couverture.....	10
2.4. Microplanification des actions correctrices.....	17
2.5. Ordinogrammes.....	18

DEUXIEME PARTIE : **MONITORAGE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU CSB2** **D'AMBOHIPO**

1. CADRE D'ETUDE.....	20
1.1. Le CSB2 d'Ambohipo.....	20
1.2. Le secteur sanitaire.....	25
2. METHODOLOGIE.....	28
2.1. Type d'étude.....	28
2.2. Période d'étude.....	28
2.3. Population cible.....	28

2.4.	Echantillonnage et taille de l'échantillon.....	28
2.5.	Approche méthodologique.....	28
2.6.	Recueil des données.....	30
2.7.	Saisie et traitement.....	30
2.8.	Limite et éthique.....	30
2.9.	Paramètres d'étude.....	30
3.	RESULTATS.....	32
3.1.	Nombre d'utilisatrices.....	32
3.2.	Répartition des utilisatrices.....	32
3.3.	Déterminants et indicateurs.....	37
3.4.	Type d'utilisatrices.....	41
3.5.	Effets secondaires.....	42

TROISIEME PARTIE : **COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS**

1.	COMMENTAIRES.....	43
1.1.	Femmes inscrites au programme PF.....	43
1.2.	Répartition des utilisatrices.....	43
2.	SUGGESTIONS.....	48
2.1.	Renforcement des activités d'Information et d'Education (IEC/PF).....	48
2.2.	Formation recyclage du personnel.....	50
2.3.	Implantation d'un centre PF à Mandroseza.....	50
	CONCLUSION.....	51
	BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES TABLEAUX

	PAGES
Tableau I : Suivi de la prise de contraceptifs oraux.....	6
Tableau II : Informations-clés sur le Pilplan®.....	7
Tableau III : Stratégies correctrices dans les vaccinations infantiles.....	16
Tableau IV : Situation du personnel en 2009.....	24
Tableau V : Répartition de la population selon le fokontany.....	25
Tableau VI : Indicateurs pour le monitoring de l'année 2009.....	29
Tableau VII : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon la tranche d'âge.....	32
Tableau VIII : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon la situation matrimoniale.....	33
Tableau IX : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon le nombre d'enfants.....	33
Tableau X : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon le niveau d'instruction.....	34
Tableau XI : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon la profession.....	35
Tableau XII : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon la distance par rapport au CSB2.....	36
Tableau XIII : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon la méthode utilisée.....	36
Tableau XIV : Indicateur de disponibilité des produits contraceptifs et matériel de DIU en 2009.....	37
Tableau XV : Répartition des femmes en âge de procréer selon la distance séparant leur domicile du CSB2 d'Ambohipo.....	38
Tableau XVI : Pourcentage de la population cible ayant reçu au CSB2 d'Ambohipo au moins un rendez-vous d'utilisation.....	38
Tableau XVII : Pourcentage de la population cible ayant honoré tous les rendez-vous d'utilisation de méthode contraceptive qu'on leur a donné	

	(utilisatrices régulières).....	39
Tableau XVIII :	Taux de couverture effective de planification familiale au CSB2 d'Ambohipo en 2009.....	39
Tableau XIX :	Répartition des utilisatrices selon leur type.....	41
Tableau XX :	Répartition des utilisatrices de méthodes contraceptives selon qu'elles ont déclaré ou pas des effets secondaires.....	42
Tableau XXI :	Effets secondaires objets de consultation des utilisatrices des méthodes contraceptives.....	42

LISTE DES FIGURES

PAGES

Figure 1 :	Diagramme de couverture de SEREDOU Monitoring de juin 1988 à mai 1989.....	12
Figure 2 :	Diagramme de couverture de SINKO Monitoring de juin 1988 à mai 1989.....	13
Figure 3 :	Ordinogramme : cas d'aménorrhée sous contraceptif injectable.....	19
Figure 4 :	Le CSB2 d'Ambohipo.....	20
Figure 5 :	Plan schématique du CSB2 d'Ambohipo.....	21
Figure 6 :	Organigramme du CSB2 d'Ambohipo.....	23
Figure 7 :	Le secteur sanitaire du CSB2 d'Ambohipo.....	26
Figure 8 :	Représentation graphique de la répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon le niveau d'instruction.....	34
Figure 9 :	Diagramme de couverture PF au CSB2 d'Ambohipo en 2009.....	40
Figure 10 :	Diagramme de représentation des types d'utilisatrices des méthodes contraceptives en 2009 au CSB2 d'Ambohipo.....	41
Figure 11 :	Les étapes du changement de comportement.....	49

LISTE DES ABREVIATIONS

COC	: Contraceptifs Oraux Combinés
CPN	: Consultation Prénatale
CSB2	: Centre de Santé de Base niveau 2
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
IEC	: Information, Education et Communication
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
HTA	: Hypertension Artérielle
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Bien que la grossesse et l'accouchement fassent naturellement partie d'une vie saine, ils comportent des risques de maladies pouvant être mortelles. Les grossesses non désirées ont aussi des conséquences négatives notamment dans la vie socio-économique des couples.

Les données sont fragmentaires et les variations régionales sont grandes, mais selon les estimations, les programmes de planning familial pourraient permettre de prévenir entre 20 et 40% de tous les décès d'enfants en empêchant l'accouchement chez les adolescentes et les femmes plus âgées et en permettant d'aménager des intervalles de trois à cinq ans entre les grossesses (1, 2).

Le planning familial peut réduire les grossesses non désirées et aider les couples à avoir une famille de la taille désirée. L'accès à un moyen de contraception efficace est essentiel. Dans les pays où la demande de la contraception est largement satisfaite, tels que le Brésil, la Colombie et le Viêt-Nam, les taux de fécondité sont plus faibles, tout comme ceux de la mortalité maternelle. En revanche, en Afrique subsaharienne, la proportion des femmes dont les demandes sont insatisfaites dépasse parfois celle des femmes qui utilisent des moyens contraceptifs modernes.

Lorsque les femmes ont des grossesses non désirées, nombre d'entre elles cherchent à avorter, peu importe que cela soit légal ou socialement acceptable. Dans les pays où l'avortement est illégal, il comporte beaucoup plus de risques. Chaque année, les avortements non médicalisés causent quelques 80.000 décès, ce qui représente environ 13% de la charge de morbidité chez les femmes en âge de procréer.

Les activités de monitorage menées sur la planification familiale pourraient améliorer les résultats de l'utilisation des méthodes contraceptives et une étude sur le monitoring apporterait des éléments d'amélioration des résultats du programme.

« Monitorage de la planification familiale » est une étude qui part de l'hypothèse que le monitoring identifierait les principaux problèmes des activités de planning familial données. Le principal objectif de l'étude est d'apporter des éléments nécessaires à l'amélioration de la couverture contraceptive.

Le plan de l'étude comporte, outre l'introduction et la conclusion, trois parties principales qui sont les généralités sur les méthodes contraceptives modernes et le monitorage, le monitorage de la planification familiale au CSB2 d'Ambohipo, les commentaires et suggestions.

PREMIERE PARTIE :
GENERALITES SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES
ET LE MONITORAGE

GENERALITES SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES ET LE MONITORAGE

1. LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

L'adoption d'un moyen contraceptif moderne peut être permanente, à long terme ou temporaire.

1.1. Méthodes permanentes (3)

Les méthodes permanentes font appel à la stérilisation de la femme ou de l'homme. Il s'agit de la méthode anticonceptionnelle la plus courante et la plus efficace.

1.1.1. *Chez l'homme (3, 4)*

Chez l'homme, la vasectomie supprime la présence des spermatozoïdes dans le sperme. Le canal déférent de chaque côté est obstrué ou sectionné de façon à arrêter la libération des spermatozoïdes. La stérilisation de quelques 40 à 50 millions d'hommes à l'échelle mondiale représente 8% de toutes les pratiques contraceptives.

1.1.2. *Chez la femme (5)*

Chez la femme, on utilise la stérilisation tubaire : elle consiste à interrompre la capacité reproductive de la femme par la pratique de l'occlusion des conduites par lesquelles passent les ovules jusqu'à l'utérus et à empêcher la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovule au niveau de la trompe. La stérilisation de 187 millions de femmes de par le monde représente 34% de toutes les pratiques contraceptives (5).

1.2. Méthodes contraceptives à long terme (6)

Les Dispositifs Intra-Utérins (DIU) constituent la deuxième méthode la plus courante de contraception. La méthode est utilisée par 150 millions de femmes dans le monde entier. Les DIU sont installés dans l'utérus et empêchent la grossesse jusqu'à leur retrait. Si le DIU est correctement installé, l'efficacité d'utilisation est de 99%.

1.3. Méthodes temporaires

1.3.1. *Les contraceptifs oraux (7-9)*

i) Contraceptifs Oraux Combinés (COC)

Exemple : Le pilplan®

Le pilplan est à base d'œstrogène et de progestatif. Il est présenté en boîte de 28 comprimés sous blister :

- 21 comprimés blancs (oestro-progestatif)
- 7 comprimés bruns (75mg de fumarate de fer par comprimé)

- Indications

Les indications sont :

- femme désirant une méthode contraceptive efficace,
- dysménorrhée,
- cycle irrégulier,
- antécédent de kyste ovarien ou de grossesse extra-utérine,
- contraception d'urgence,
- prévention de l'anémie, de l'ostéoporose et des cancers de l'endomètre et de l'ovaire.

- Contre indications absolues

- grossesse,
- antécédents cardio-vasculaires : HTA, coronaropathie, angine de poitrine,
- antécédents cérébro-vasculaires,
- antécédents thromboemboliques : thrombo-phlébites,
- affections hépatiques sévères ou récentes : cirrhose, hépatite, ictere,
- saignements génitaux anormaux non diagnostiqués,
- nodules mammaires,
- tumeurs malignes de l'hypophyse, seins, utérus,
- tabagisme et âgée de plus de 35 ans.

- Contre indications relatives
 - migraine chronique,
 - diabète,
 - allaitement d'un bébé de moins de 6 mois,
 - varice,
 - obésité.

- Effets secondaires

Les effets secondaires possibles sont :

- nausée,
- vertige, céphalées,
- prise de poids ne dépassant pas 2 kg en 1 an,
- irritabilité,
- spotting,
- aménorrhée,
- acné.

L'efficacité d'utilisation est de 100% si les directives sont bien respectées.

- Suivi

Tableau I : Suivi de la prise de contraceptifs oraux (9).

<i>Rythme de suivi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>1 mois après la première plaquette</i> • <i>Ensuite tous les 3 mois</i>
<i>Examen à faire</i>	<p><i>A chaque consultation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>tension artérielle</i> • <i>poids</i>
	<p><i>Par an :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>toucher vaginal</i> • <i>examen au spéculum</i> • <i>examen des seins</i>
<i>Signes d'alerte</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>douleur abdominale violente,</i> • <i>douleur thoracique violente ou difficulté respiratoire,</i> • <i>forts maux de tête avec pulsations ou seulement d'un côté de la tête,</i> • <i>vertige,</i> • <i>problème de vision (vision trouble, double vision ou cécité),</i> • <i>problème d'élocution,</i> • <i>douleur importante ou tuméfaction au niveau du mollet ou de la cuisse.</i>

- Précaution d'emploi

✓ Interrompre la prise de Pilplan® 1 mois avant en cas de :

- intervention chirurgicale,
- immobilisation prolongée.

✓ Si vomissements ou diarrhées prolongés :

Continuer les prises comme d'habitude, utiliser un condom ou éviter toute relation sexuelle pendant 7 jours consécutifs après guérison.

- Interactions médicamenteuses

La prise d'autres médicaments peut diminuer l'efficacité de Pilplan® :

- Rifampicine
- Ampicilline
- Tétracycline
- Phénobarbital
- Insuline

- Informations-clés

Tableau II : Informations-clés sur le Pilplan® (9).

-
- ✓ Méthode sûre
 - ✓ Efficacité : 97%
 - ✓ Coût abordable (prix subventionné)
 - ✓ Réversible et pratique
 - ✓ Stabilise le cycle menstruel
 - ✓ Peut être utilisé par les femmes qui allaitent un enfant de plus de 6 mois
 - ✓ Effets secondaires transitoires
 - ✓ Ne doit pas être utilisé par une femme tabagique de plus de 35 ans
 - ✓ Nécessite une prise orale journalière, à heure fixe
 - ✓ En cas d'oubli de plus de 12h, une méthode d'appoint (préservatif) est recommandée
 - ✓ Ne protège pas contre les IST/SIDA
-

ii) Les pilules progestatives

Exemple : l'Ovrette® (avec 0,03 mg de levonorgestrel).

- Indications

- femmes ayant des contre-indications aux COC,
- femmes allaitantes inférieures à 6 mois,
- nullipares.

- Contre indications absolues

- grossesse,

- ictère,
- cirrhose,
- cancer du foie,
- métrorragie d'origine inconnue.
- Contre indications relatives
 - adolescente (<18 ans),
 - épilepsie sous barbiturique,
 - tuberculose, lèpre sous rifampicine,
 - maladies cardio-vasculaires.
- Effets secondaires

Ils sont les mêmes que ceux des COC.
- L'efficacité d'utilisation est de 100% si les directives d'utilisation sont bien respectées.

1.3.2. *Les contraceptifs injectables (10-12)*

Il s'agit d'un produit progestatif à effet prolongé que l'on injecte par voie intramusculaire. Exemple : Confiance® (acétate de médroxyprogesterone).

- Indications
 - femmes en âge de procréer,
 - femmes qui allaitent,
 - femmes présentant des contre indications à l'oestrogène,
 - les femmes qui fument.
- Contre indications
 - allergie à la médroxyprogesterone,
 - grossesse,
 - hémorragies génitales non diagnostiquées,
 - affections hépatiques sévères ou récentes,
 - cancer du sein,
 - hypertension artérielle sévère.
- Effets secondaires
 - trouble du cycle menstruel : aménorrhée, spotting, métrorragies, cycles irréguliers,

- prise de poids ne dépassant pas 2 kg par an.

Autres exemples :

- l'enantate de noréthistérone (Noristéra®)
- l'acétate de médroxyprogesterone (Dépo-provera®)
- Efficacité théorique : 100%

1.3.3. *Les méthodes barrières (13)*

i) Le préservatif masculin ou condom

Le préservatif masculin empêche le contact des spermatozoïdes avec la filière génitale femelle. Le condom assure également une protection contre les maladies sexuellement transmissibles et le Sida.

ii) Le diaphragme

Le diaphragme est constitué d'une cupule en latex souple avec un rebord semi-liquide. Il s'insère avant chaque rapport sexuel au fond du vagin pour empêcher le passage des spermatozoïdes dans le canal cervical.

iii) Les spermicides

Ce sont des produits chimiques qui inactivent irréversiblement ou détruisent les spermatozoïdes au niveau du vagin, avant qu'ils puissent atteindre les voies génitales hautes. Ils se présentent sous différentes formes :

- crème,
- gel,
- ovule,
- comprimé vaginal.

- Avantages

- conviennent aux rapports sexuels occasionnels,
- haute efficacité si combinés à d'autres méthodes barrières.

2. LE MONITORAGE OU MONITORING

2.1. Définition du monitoring (14)

Le monitoring est un outil de gestion au niveau local pour augmenter la couverture de service, grâce à une surveillance périodique du bon déroulement des activités par le personnel qui en est responsable. Il s'assure que le programme progresse conformément aux objectifs fixés.

Le monitoring aide ainsi à identifier les vrais problèmes au fur et à mesure qu'ils se posent et à choisir les actions correctives à mettre en œuvre au niveau local.

2.2. Le concept de couverture (14)

La couverture se définit comme le pourcentage de la population cible qui bénéficie effectivement et correctement de l'intervention considérée. Le terme de « population cible » désigne ici le groupe qui relève d'une activité spécifique.

2.3. L'analyse de la couverture (14)

Afin de permettre au personnel de santé de déterminer les obstacles à la couverture des interventions, une analyse plus fine des facteurs limitant est menée. Dans la littérature, un ou plusieurs de ces facteurs sont souvent considérés comme « couverture » sans une véritable systématisation. Au fil de l'expérience, un cadre conceptuel a été élaboré, intégrant ces différents facteurs appelés « déterminants de la couverture ».

Cinq déterminants ont été retenus. Ils s'adressent à une population cible constituée par le groupe qui doit bénéficier d'une intervention pendant la période sur laquelle porte le monitoring. Il s'agit de :

- **La disponibilité** des ressources nécessaires au fonctionnement du service évalué par le pourcentage de temps pendant lequel les ressources nécessaires au fonctionnement de l'activité étaient disponibles.
- **L'accessibilité** géographique du service, évaluée par le pourcentage de la population cible vivant suffisamment près pour y avoir accès facilement.

- **L'utilisation** du service par la population cible, c'est-à-dire l'existence d'un contact réel entre la population cible et le service, mesuré par le pourcentage de la population cible ayant utilisé au moins une fois le service.
- **La couverture adéquate** de la population cible reflète le suivi correct des services offerts. Elle est mesurée par le pourcentage de la population cible ayant bénéficié d'une intervention complète : série vaccinale achevée, cure d'antibiotiques à doses correctes pendant un nombre de jours suffisant, etc.
- **La couverture effective** de la population cible reflète la qualité technique du service. Elle est mesurée par le pourcentage de la population cible qui a bénéficié de soins de qualité standardisée et contrôlée, par exemple respect de la chaîne du froid ou des techniques de vaccination, vaccins et médicaments utilisés avant leur date de péremption, etc.

Ces cinq déterminants vont liés suivant une hiérarchie dans laquelle chacune influe sur le niveau des facteurs suivants : chacun d'entre eux est limité par le niveau des précédents et constitue la base des facteurs suivants. Si un problème intervient sur l'un de ces déterminants, il affecte les étapes suivantes et finalement diminue la couverture effective.

A chaque déterminant correspond un indicateur exprimé en pourcentage et représenté sur la courbe par sa valeur. L'inflexion de la courbe vers la gauche entre 2 chiffres indique l'existence d'un problème, appelé goulot d'étranglement, au niveau du déterminant supérieur.

2.3.1. Exemple de monitoring effectué à Sérédou en Guinée sur les activités de consultations prénatales ou CPN (14)

En mai 1989, le monitoring effectué à Sérédou en Guinée a, par exemple, montré une inflexion importante de la courbe vers la gauche entre l'utilisation et la couverture adéquate, reflétant un goulot d'étranglement au niveau de la couverture adéquate : alors que 58% des femmes enceintes ont bénéficié d'au moins une consultation prénatale, seulement 24% en ont eu trois. De même, à Sinko, le faible taux de couverture effective atteint pour la vaccination antitétanique (11%) est surtout dû à un faible taux d'accessibilité des services de vaccination pour les femmes enceintes. Ceci apparaît sur la courbe où existe un important goulot d'étranglement entre la disponibilité (88%) et l'accessibilité (38%) (figures 1 et 2).

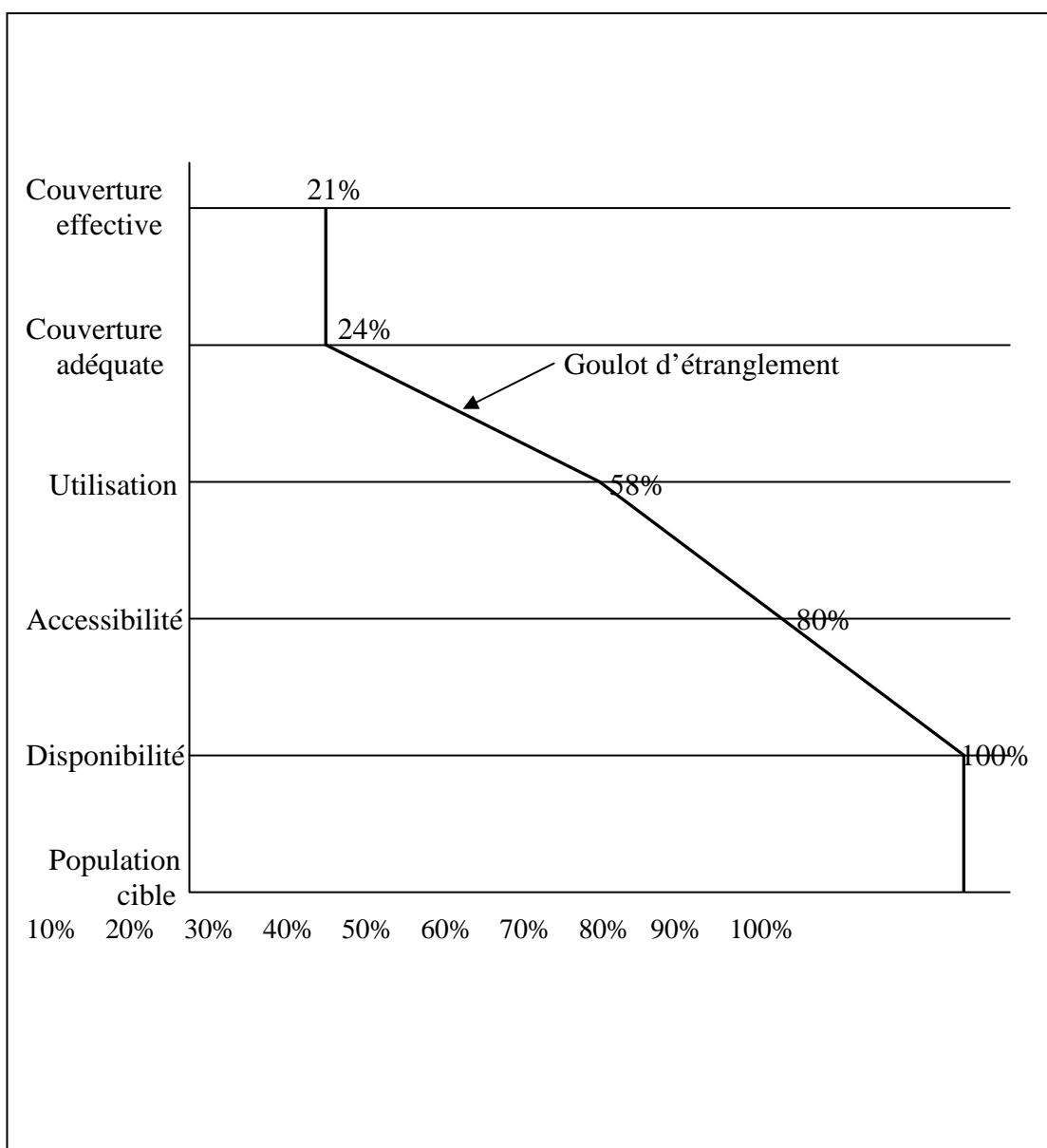


Figure 1 : Diagramme de couverture de SEREDOU Monitoring de juin 1988 à mai 1989 (14).

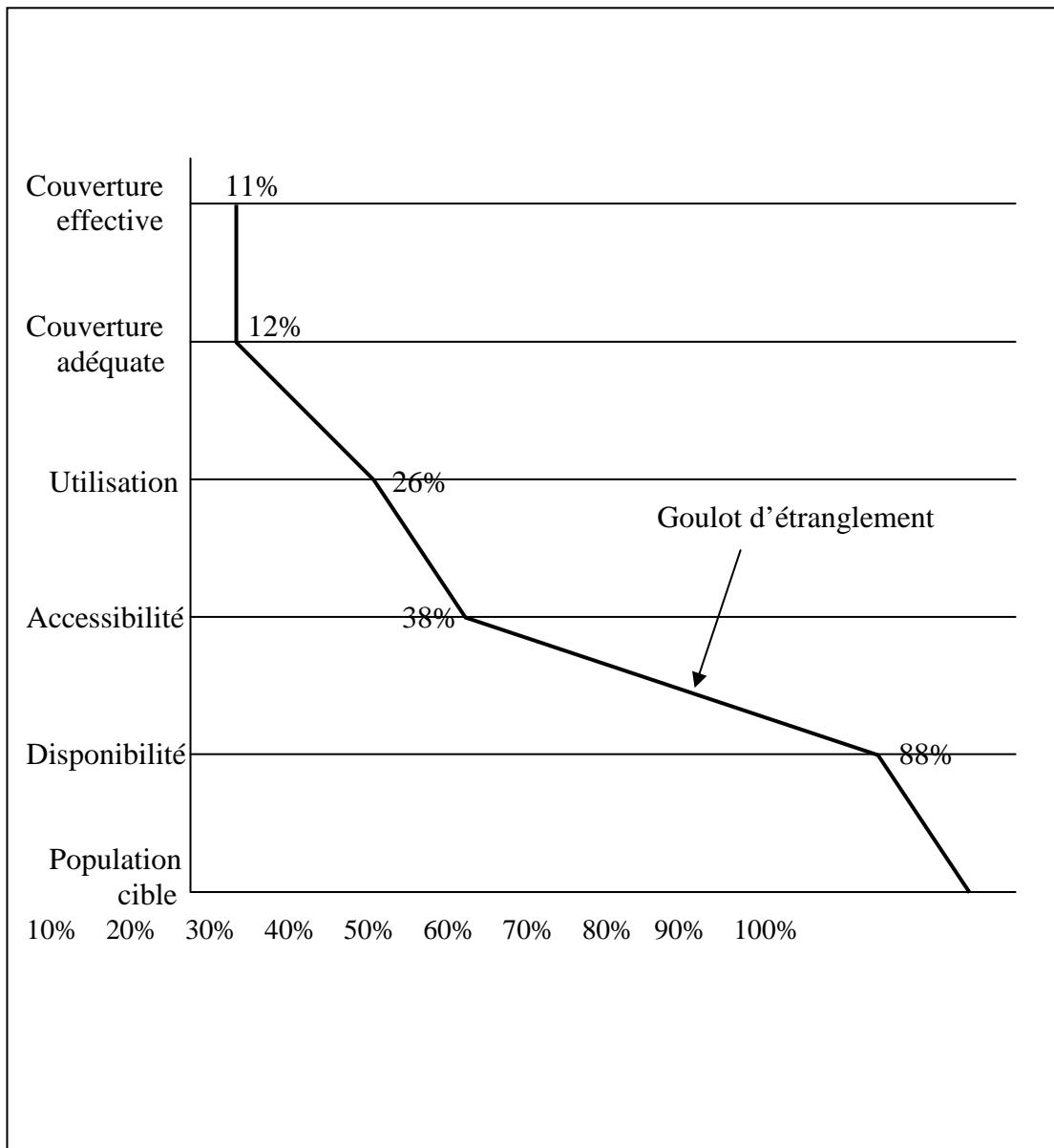


Figure 2 : Diagramme de couverture de SINKO Monitoring de juin 1988 à mai 1989 (14).

Les indicateurs sont définis comme des mesures spécifiques et objectivement vérifiables des changements résultant d'une activité. Pour le monitoring, les indicateurs de la couverture ont été choisis pour être, dans la mesure du possible :

- Valides, c'est-à-dire reflétant les déterminants de la couverture de façon suffisamment précise pour justifier les décisions ; ceci implique qu'ils soient suffisamment sensibles pour attirer l'attention vers les problèmes importants, sans cependant susciter de fausses inquiétudes. Par exemple, le pourcentage de femmes enceintes ayant eu au moins 10 visites pré-natales n'aurait pas été un indicateur valide, un tel nombre de visites n'est pas nécessaire pour un suivi correct.
- Objectifs, c'est-à-dire conduisant plusieurs individus ayant la même source d'informations à tirer les mêmes conclusions.

Il doit être facile de se mettre d'accord sur la valeur des indicateurs. Par exemple, le pourcentage de la population habitant loin du centre de santé n'aurait pas été un indicateur objectif de l'accessibilité, la notion d'éloignement variant d'une personne à l'autre.

- Adaptées, c'est-à-dire tenant compte des circonstances particulières et de la politique du programme.

Par exemple, le temps de marche serait un indicateur plus adapté de l'accessibilité que la distance à parcourir, dans une région où les obstacles naturels sont nombreux (zone montagneuse ou lacustre, etc).

- Mesurables, c'est-à-dire pouvant être construits avec des données facilement disponibles à partir des documents habituellement utilisés dans le service : le pourcentage d'enfants ayant reçu au moins une dose de DTC est facilement mesurable en se référant aux registres de vaccination et à l'effectif de la population cible.

2.3.2. Identification des problèmes et choix des actions correctrices

La mesure des indicateurs de chacun des cinq déterminants permet de situer le niveau du ou des problèmes et permet d'en mesurer le retentissement sur la couverture.

Après avoir calculé la valeur des indicateurs et identifié sur la courbe les goulots d'étranglement, on procède à une analyse de leurs causes. La courbe n'identifie pas la nature des problèmes mais guide leur recherche et en objective l'impact. La communauté, par son comité de gestion, le personnel de santé et ses superviseurs, possède ou recherche l'information nécessaire à l'identification des problèmes et de leur cause : le personnel de santé étudie les problèmes liés à l'offre (disponibilité, accessibilité et couverture effective), la communauté se penche plutôt sur les problèmes liés à la demande (utilisation et couverture adéquate). Ces personnes sont responsables des actions correctrices ; le superviseur est, par exemple, concerné par le recyclage et le comité de gestion par l'action auprès des communautés et par la prise en compte, dans le budget, des stratégies choisies.

Le tableau III, dans le cadre du programme de vaccinations, montre comment détecter les causes éventuelles des problèmes identifiés au niveau de chaque déterminant de la couverture et donne des exemples de stratégies correctrices.

Tableau III : Stratégies correctrices dans les vaccinations infantiles.

Problèmes au niveau de	Types de causes possibles	Types de stratégies correctrices
Couverture effective	- Mauvaise surveillance chaîne du froid	Formation Supervision
Couverture adéquate	- Manque d'information des mères - Négligence des mères - Mauvaises conditions d'accueil - Occasions manquées - Effets secondaires - Manque de suivi de la population-cible	Information/Education sur la vaccination Réorganisation des services Formation Supervision Suivi actif des populations-cibles
Utilisation	- Mauvaise acceptabilité des services - Mauvaise information des communautés - Mauvaise organisation des services - Mauvaise qualité des services	Evaluer les attitudes du personnel de santé Améliorer la participation communautaire Déterminer les tabous culturels, apprécier l'acceptabilité, le coût...
Accessibilité	- Obstacle géographique - Manque ou coût des moyens de transport - Rareté de la stratégie avancée	Accroître la décentralisation par une stratégie avancée
Disponibilité	- Appui logistique défaillant - Mauvaise gestion de stock - Insuffisance des ressources au niveau national - Mauvaise répartition des ressources	Améliorer le système de gestion et d'approvisionnement (vaccins, médicaments...)

2.4. Microplanification des actions correctrices (14-16)

Une fois le monitoring effectué et les différentes stratégies permettant de corriger les goulots d'étranglement identifiées, l'étape suivante consiste à microplanifier ces stratégies.

On entend par microplanification, une planification effectuée par les unités périphériques et qui leur est spécifique. Elle consiste en un choix d'actions visant à résoudre les problèmes de fonctionnement identifiés dans les structures existantes. Elle définit la population cible pour chaque intervention, aboutit à fixer des objectifs spécifiques à court terme, réalisables grâce à l'action choisie.

Cette microplanification de par son lien avec le monitoring, s'inscrit dans une dynamique de réajustement au fur et à mesure du développement des actions, de la modification des objectifs et des ressources. Elle implique une description détaillée des tâches, des ressources nécessaires à la mise en œuvre des actions et des modalités de leur exécution, en répondant aux questions habituelles : quelles tâches va-t-on accomplir ? Où et quand va-t-on agir ? Quels vont être les responsables et les destinataires ? Quelles vont être les ressources nécessaires ?

Par exemple : « Nous allons faire, à partir du 1^{er} mai, des séances de soins maternels et infantiles dans chaque village, une fois par mois, le jour de marché avec la sage-femme et l'agent de santé villageois pour réaliser les vaccinations, la surveillance nutritionnelle, la consultation pré-natale et la planification familiale ». Pour cela, il faut tous les vaccins, le matériel de vaccination, les fiches materno-infantiles de vaccination et de planning familial, une balance et des produits contraceptifs.

Cette microplanification implique que les niveaux supérieurs apportent leur soutien planifié en fonction des stratégies retenues. Il devra comporter :

- la formation et la supervision nécessaires à l'acquisition des compétences requises ;
- le soutien logistique comme le transport et le système d'approvisionnement pour fournir les ressources nécessaires ;
- la planification du monitoring et de l'évaluation de l'action (indicateurs de couverture, sources de données, processus de collecte).

2.5. Ordinogrammes (17-19)

Les ordinogrammes sont des arbres de décision permettant aux agents de santé face à une situation de prendre une décision : par exemple, changement de méthode contraceptive. Il s'agit donc de conduites à tenir standardisées qui permettent d'assurer aux utilisatrices de service de planning familial par exemple, la qualité des prestations et d'éviter des actions inappropriées, voire dangereuses.

Les ordinogrammes guident le personnel de santé dans la conduite à tenir et aident à rationaliser les activités, c'est-à-dire, à mieux faire correspondre les actes au problème à résoudre. Au niveau du système de santé, ils diminuent le coût en limitant les prescriptions abusives et facilitent les changements à décider.

Dans le domaine de la planification familiale par exemple, les ordinogrammes aident à mieux prendre en charge les effets secondaires des méthodes contraceptives modernes (figure 3).

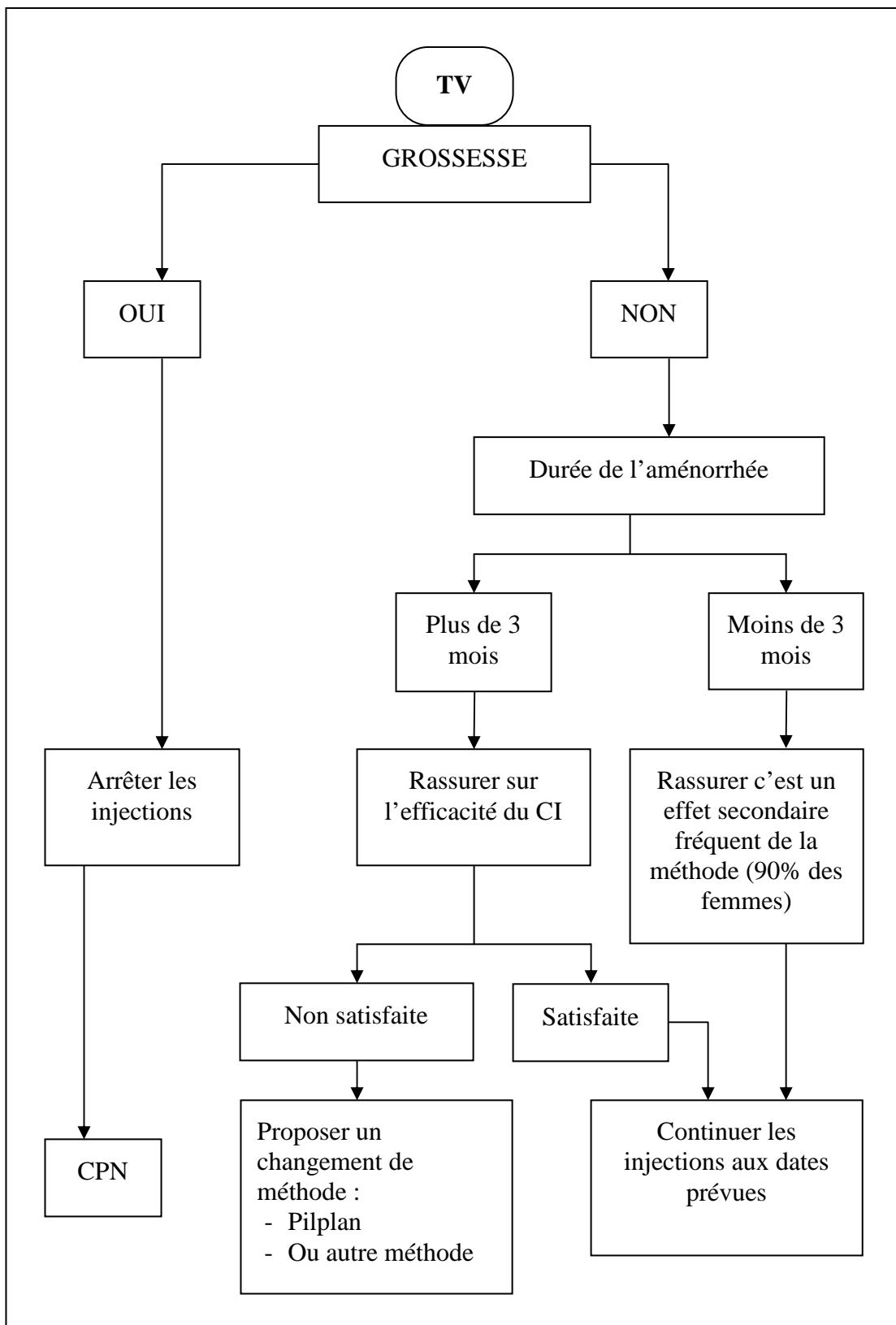


Figure 3 : Ordinogramme : cas d'aménorrhée sous contraceptif injectable (19).

DEUXIEME PARTIE :
MONITORAGE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU CSB2
D'AMBOHIPO

MONITORAGE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU CSB2 D'AMBOHIPO

1. CADRE D'ETUDE

1.1. Le CSB2 d'Ambohipo

La présente étude a été réalisée au Centre de Santé de Base niveau 2 ou CSB2 d'Ambohipo (figure 4). Il s'agit d'une formation sanitaire de base urbaine qui dispose d'un dispensaire et d'une maternité.



Figure 4 : Le CSB2 d'Ambohipo (vue de face).

Source : CSB2 d'Ambohipo.

1.1.1. Plan et organisation

i) Plan du CSB2

Le plan du CSB2 distingue : un dispensaire, une maternité et un laboratoire (figure 5).

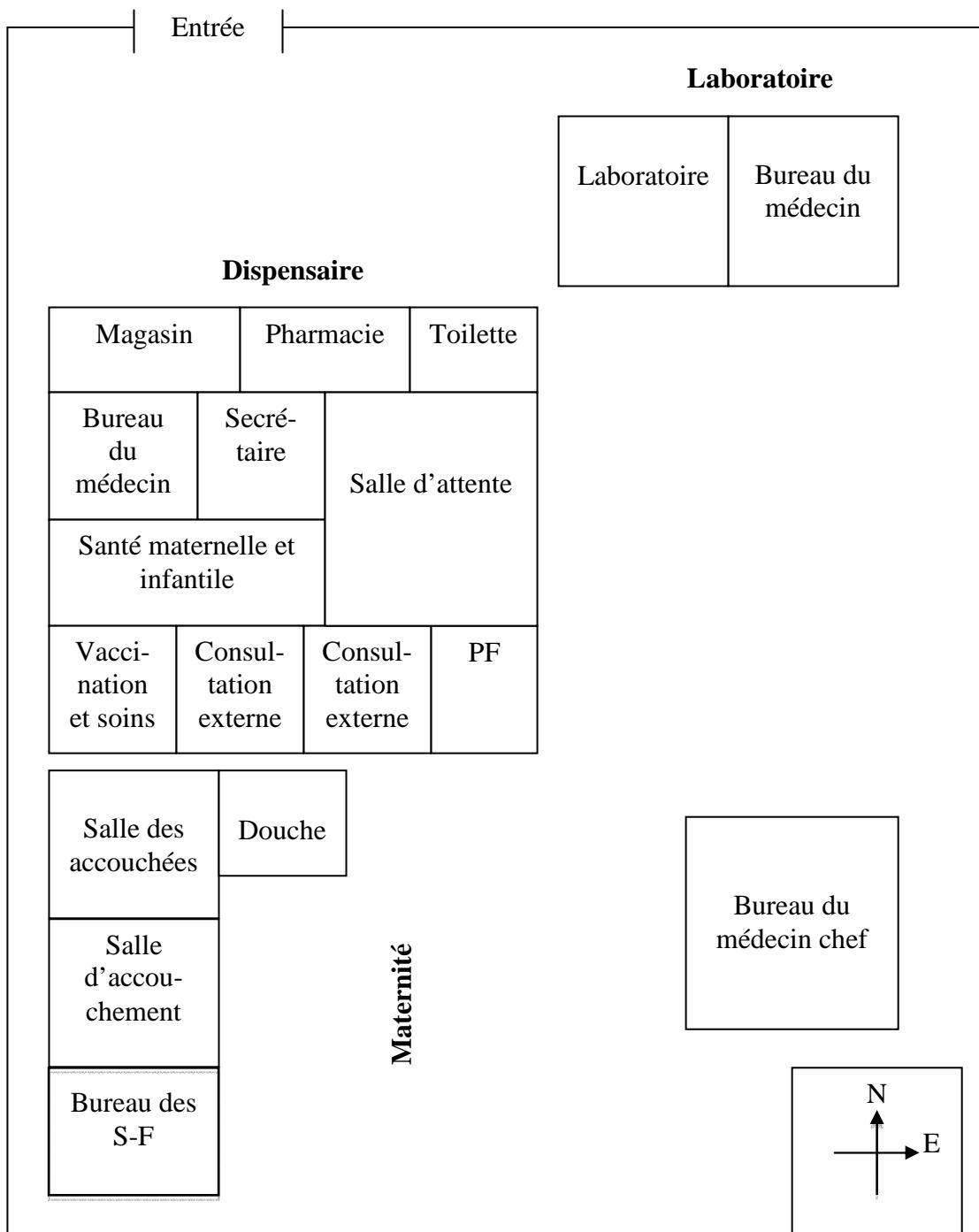


Figure 5 : Plan schématique du CSB2 d'Ambohipo.

Source : CSB2 Ambohipo.

- Le dispensaire

Le dispensaire comporte :

- un bureau du médecin chef,
- des salles de consultations externes,
- une salle de soins infirmiers,
- une pharmacie,
- une salle pour le service de planification familiale,
- une salle pour le service de la santé maternelle et infantile,
- une salle pour les internes du service,
- un secrétariat,
- une salle d'attente.

- La maternité

La maternité du CSB2 prend en charge les accouchements normaux. Elle dispose de :

- une salle d'accouchement,
- une salle des accouchées dotée de 7 lits,
- une salle du personnel permanent.

- Le laboratoire d'analyse

Le laboratoire d'analyse réalise des examens élémentaires notamment :

- des analyses sur les selles et les urines, les crachats et l'écoulement génital,
- des analyses sur les prélèvements de sang réalisés sur place.

ii) Organisation du CSB2

L'organigramme du CSB2 est présenté à la figure 6.

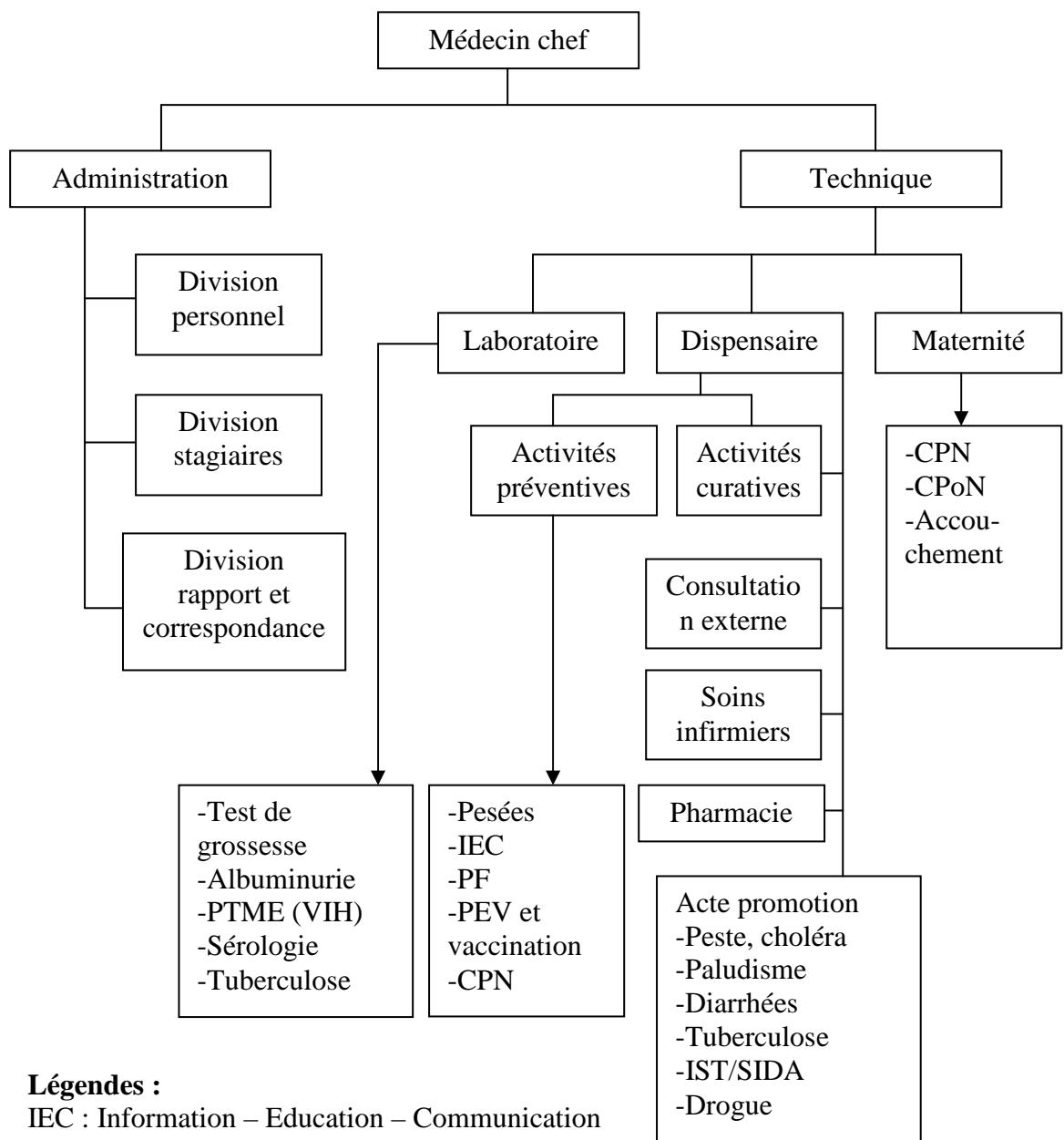


Figure 6 : Organigramme du CSB2 d'Ambohipo.

Source : CSB2 Ambohipo.

1.1.2. Personnel du CSB2

Le tableau suivant présente le personnel du CSB2 d'Ambohipo en 2009.

Tableau IV : Situation du personnel en 2009.

Type de personnel	Nombre
Médecins	2
Infirmières	2
Sages-femmes	6
Responsable de la pharmacie	1
Personnel administratif	5
Gardien de nuit	1
Total	17

1.1.3. Activités du CSB2

Le CSB2 d'Ambohipo assure :

- Des activités préventives
 - IEC (Information, Education et Communication),
 - planning familial,
 - surveillance nutritionnelle,
 - consultations pré et post-natales,
 - vaccination.
- Des activités curatives :
 - consultations externes,
 - soins infirmiers.
- Approvisionnement en médicaments.
- Des activités de maternité pour les accouchements normaux.
- Des activités de laboratoire.

1.2. Le secteur sanitaire

1.2.1. La démographie

Le secteur sanitaire compte 48.252 habitants répartis dans 4 fokontany (tableau IV).

Tableau V : Répartition de la population selon le fokontany.

N°	Fokontany	Effectif
1	Ambohipo	20 665
2	Ambolokandrina	13 143
3	Mandroseza	6 924
4	Andohan'iMandroseza	7 520
Total		48 252

1.2.2. La carte sanitaire

La carte sanitaire du secteur de santé d'Ambohipo est présentée à la figure 7.

- Le fokontany d'Ambohipo avec 3 quartiers qui sont :
 - Ambohipo Tanàna
 - Ambohipo Cité
 - AmbohipoCur
- Le fokontany d'Ambolokandrina avec 10 quartiers qui sont :
 - AmbolokandrinaTanàna
 - Ambolokandrina CUR
 - Ankatsotanàna
 - Avaratr'Ankatsot
 - Antsohobolo
 - Ankatsot II CUR
 - Antanambao
 - Antsahamamy
 - Andranovory
 - Ravitoto

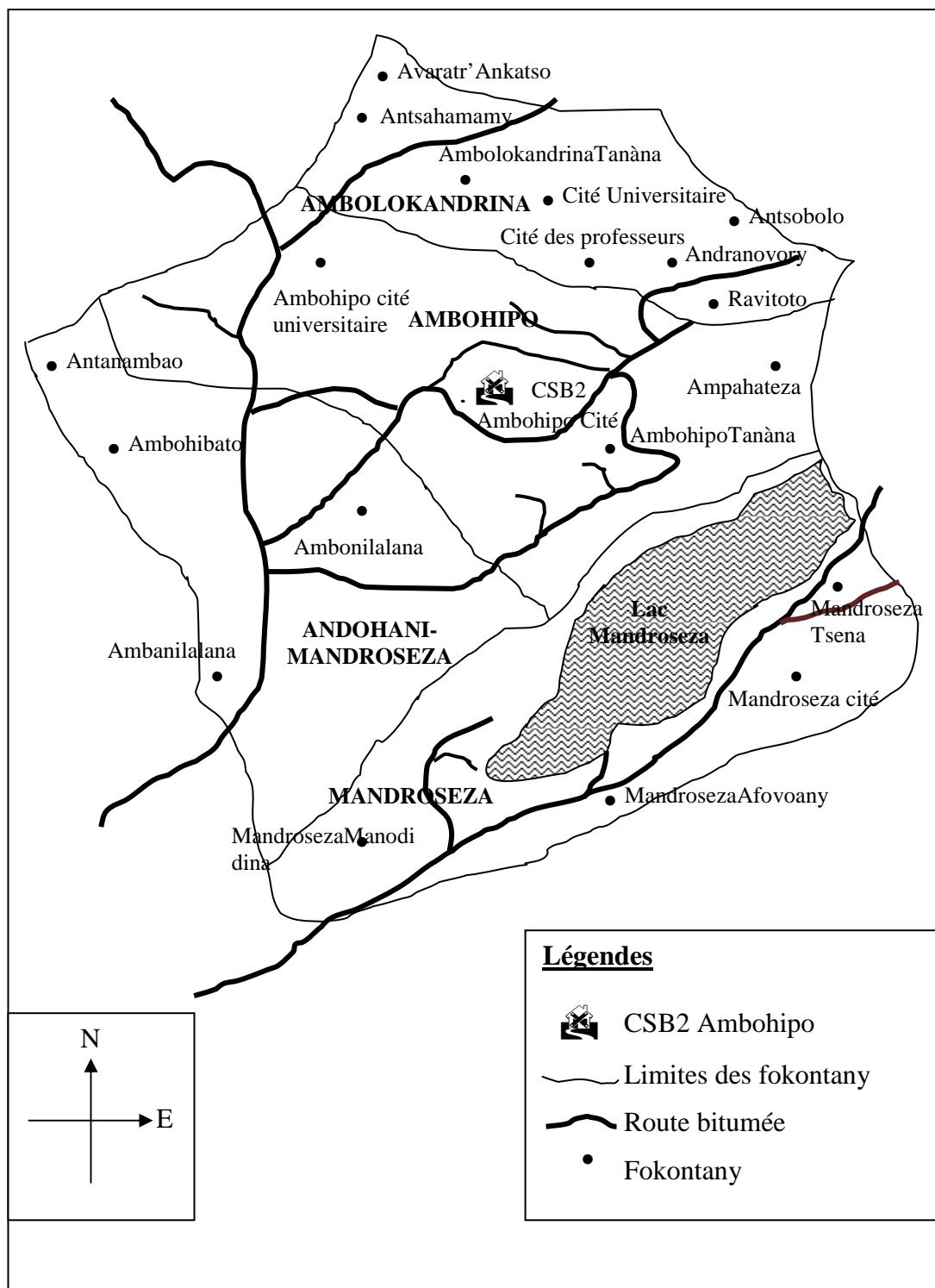


Figure 7 : Le secteur sanitaire du CSB2 d'Ambohipo.

Source : CSB2 Ambohipo.

- Le fokontany d'Andohan'iMandroseza avec 6 quartiers qui sont :
 - Andohan'iMandroseza
 - Antanambao
 - Ambohibato
 - Amboara
 - Ambonilalana
 - Ambanilalana
- Le fokontany de Mandroseza avec 4 quartiers qui sont :
 - Mandroseza Cité
 - MandrosezaTsena
 - MandrosezaAfovoany
 - MandrosezaManodidina

1.2.3. *Les autres formations sanitaires*

Les autres formations sanitaires du secteur sanitaire d'Ambohipo sont :

- le dispensaire Teza à Ampahateza,
- le foyer Aval Vonjy à Mandroseza,
- le cabinet médical et d'acupuncture d'Andohan'i Mandroseza.

2. METHODOLOGIE (20, 21)

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale.

2.2. Période d'étude

La période d'étude va du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009.

2.3. Population d'étude

La population d'étude est constituée par les femmes en âge de procréer.

2.3.1. Critères d'inclusion

Sont retenues dans l'étude :

- les femmes en âge de procréer,
- du secteur sanitaire d'Ambohipo,
- enregistrées au service de planification familiale au CSB2.

2.3.2. Critères d'exclusion

Sont écartées de l'étude, les femmes de la population cible dont les dossiers n'ont pas été retrouvés.

2.4. Echantillonnage et taille de l'échantillon

C'est une étude exhaustive des cas retenus. L'étude compte 2.584 femmes en âge de procréer

2.5. Approche méthodologique

2.5.1. Hypothèse

Le monitoring identifierait les principaux problèmes des activités de planning familial.

2.5.2. Objectifs de recherche

Les objectifs de recherche sont :

- déterminer le nombre des adhérentes au programme de planning familial,
- identifier les problèmes d'utilisation,
- évaluer la couverture contraceptive.

2.5.3. Déterminants et indicateurs utilisés dans le monitoring (tableau VI)

Tableau VI : Indicateurs pour le monitoring de l'année 2009.

Interventions déterminantes	Indicateurs
Population cible	Femmes en âge de procréer du secteur sanitaire d'Ambohipo
Disponibilité	Pourcentage de temps sans rupture de stock en produits contraceptifs (contraceptifs oraux, injectables, DIU)
Accessibilité	Pourcentage de la population cible vivant dans un rayon de 5 km autour du centre de santé de base (CSB2 d'Ambohipo)
Utilisation	Pourcentage de la population cible ayant eu au moins un premier rendez-vous d'utilisation de méthode contraceptive
Couverture adéquate	Pourcentage de la population cible ayant honoré tous les rendez-vous d'utilisation (utilisatrices régulières)
Couverture effective	Couverture adéquate X score de qualité des méthodes contraceptives (dans notre étude : 22,7%)

2.6. Recueil des données

Les données sont recueillies à partir des registres et fiches de planification familiale.

2.7. Saisie et traitement

Les données sont ensuite saisies à l'ordinateur et traitées selon les logiciels Word et Excel.

2.8. Limite et éthique

- L'accès aux données a été obtenu avec l'autorisation du médecin chef du CSB2 d'Ambohipo.
- Les données ont été recueillies dans la limite de leur disponibilité. Elles ont été exploitées de façon anonyme en respectant les règles du secret médical.

2.9. Paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

- le nombre d'utilisatrices de méthodes contraceptives,
- la répartition des utilisatrices selon :
 - la tranche d'âge,
 - la situation matrimoniale,
 - le nombre d'enfants,
 - le niveau d'instruction,
 - la profession,
 - le domicile,
 - la distance domicile/CSB2 d'Ambohipo,
 - la méthode contraceptive utilisée,
- le nombre d'utilisatrices ayant réalisé au moins un rendez-vous d'utilisation,
- le nombre d'utilisatrices ayant honoré tous les rendez-vous d'utilisation,

- les déterminants :
 - disponibilité,
 - accessibilité,
 - utilisation,
 - couverture adéquate,
 - couverture effective,
- les goulots d'étranglement,
- les types d'utilisatrices,
- les effets secondaires.

3. RESULTATS

3.1. Nombre d'utilisatrices

En 2009, au CSB2 d'Ambohipo, 2.584 utilisatrices de méthodes contraceptives modernes ont été enregistrées.

3.2. Répartition des utilisatrices

3.2.1. *Selon la tranche d'âge*

Tableau VII : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Proportion
15-24 ans	444	17,2
25-34 ans	1.236	47,8
35-44 ans	891	34,5
45 ans et plus	13	0,5
Total	2.584	100

Dans 47,8% des cas, les utilisatrices des méthodes contraceptives ont 25 à 34 ans.

3.2.2. Selon la situation matrimoniale

Tableau VIII : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon la situation matrimoniale.

Situation matrimoniale	Effectif	Proportion
Femmes en union	2.054	79,5
Femmes célibataires, séparées, divorcées sexuellement actives	530	20,5
Total	2.584	100

3.2.3. Selon le nombre d'enfants

Tableau IX : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon le nombre d'enfants.

Nombre d'enfants	Effectif	Proportion
0 à 1 enfant	116	4,5
2 enfants	204	7,9
3 enfants	631	24,4
4 enfants	1.096	42,4
5 enfants	463	17,9
6 enfants et plus	74	2,9
Total	2.584	100

3.2.4. Selon le niveau d'instruction

Tableau X : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Proportion
Illettrée	244	9,5
Primaire	853	33,0
Secondaire	1.076	41,6
Universitaire	411	15,9
Total	2.584	100

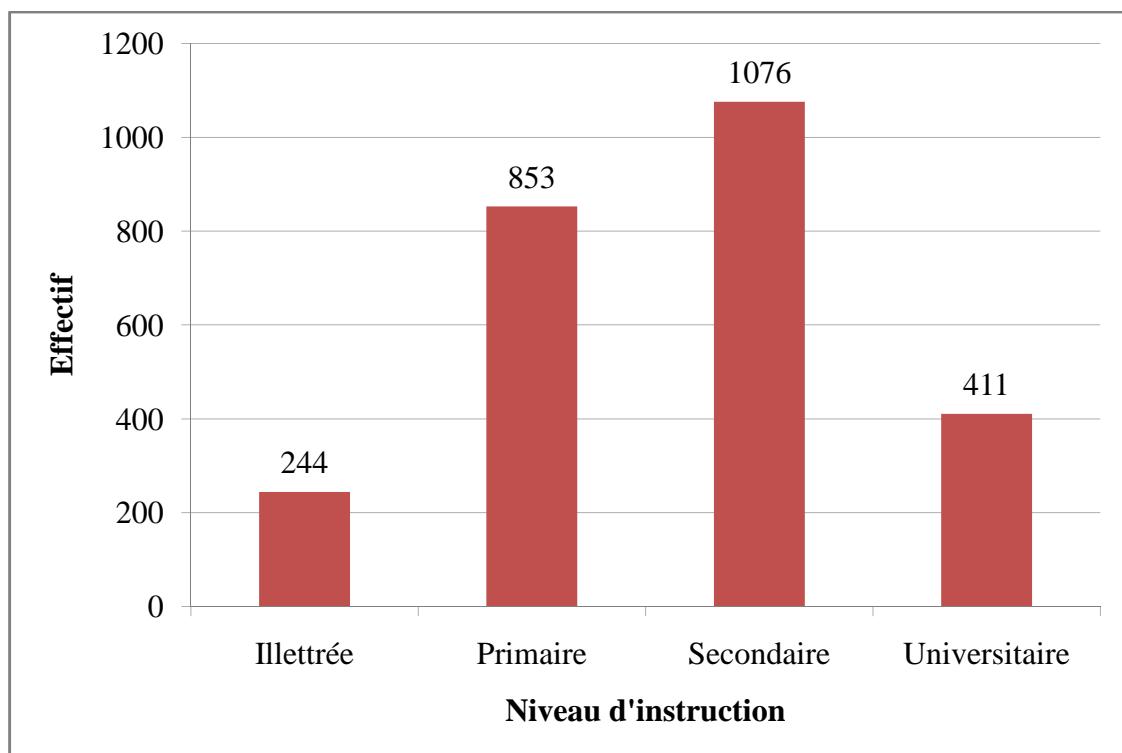


Figure 8 : Représentation graphique de la répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon le niveau d'instruction.

3.2.5. Selon la profession

Tableau XI : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon la profession.

Type de secteur	Profession	Effectif	Proportion
Secteur public	- Enseignantes (EPP, collège ou lycée)	139	
	- Fonctionnaires (bureaucrates)	144	
	- Employées de bureau	98	
	<i>Sous total</i>	381	<i>14,7</i>
Secteur privé	- Employées de zones franches	198	
	- Employées dans les établissements industriels	228	
	- Employés dans les hôtels et restaurants	283	
	- Commerçants et épiciers	187	
	- Employées des banques	88	
	<i>Sous total</i>	984	<i>38,1</i>
Secteur informel	- Vendeuses ambulantes	365	
	- Démarcheuses	247	
	- Vendeuses d'alimentation des rues	486	
	<i>Sous total</i>	1.098	<i>42,5</i>
Cultivatrices		121	<i>4,7</i>
	Total général	2.584	100

3.2.6. Selon le domicile ou distance/CSB2

Tableau XII : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon la distance par rapport au CSB2.

Domicile ou distance par rapport au CSB2 d'Ambohipo	Effectif	Proportion
Ambohipo : 0 à 1 km	1.138	44,0
Ambolokandrina : 1 à 2 km	641	24,8
Andohan'i Mandroseza : 3 à 4 km	420	16,3
Mandroseza : +5 km	385	14,9
Total	2.584	100

3.2.7. Selon la méthode utilisée

Tableau XIII : Répartition des utilisatrices des méthodes contraceptives selon la méthode utilisée.

Méthode utilisée	Effectif	Proportion
Contraceptifs oraux	980	37,9
Contraceptifs injectables	1.558	60,3
DIU	46	1,8
Total	2.584	100

3.3. Déterminants et indicateurs

3.3.1. Indicateur de disponibilité

Tableau XIV : Indicateur de disponibilité des produits contraceptifs et matériel de DIU en 2009.

Types de contraceptifs	Temps de disponibilité des produits et matériels	Proportion de temps sans rupture de stock
Contraceptifs oraux	12 mois/12 mois	100%
Contraceptifs injectables	12 mois/12 mois	100%
DIU	12 mois/12 mois	100%
Total	Matériels et produits contraceptifs disponibles	100%
	12 mois/12 mois	

3.3.2. Indicateur d'accessibilité

Tableau XV : Répartition des femmes en âge de procréer selon la distance séparant leur domicile du CSB2 d'Ambohipo.

	Distance CSB2	Effectif	Proportion
Moins de 5 km du CSB2	Ambohipo	4.753	42,8
	Ambolokandrina	3.023	27,2
	Andohanimandrozeza	1.730	15,6
5 km et plus	Mandrozeza	1.594	14,4
	Total	11.100	100

3.3.3. Indicateur d'utilisation

Tableau XVI : Pourcentage de la population cible ayant reçu au CSB2 d'Ambohipo au moins un rendez-vous d'utilisation (plaquettes de pilule, une injection ou une pose de DIU).

Population cible : 11.100

Utilisatrices de méthodes contraceptives ayant eu au moins un rendez-vous d'utilisation au CSB2 d'Ambohipo en 2009	Femmes en âge de procréer n'ayant pas eu un rendez-vous d'utilisation de méthode contraceptive au CSB2 d'Ambohipo en 2009	Population cible : femmes en âge de procréer du secteur sanitaire d'Ambohipo en 2009
2.584	8.516	11.100
23,3%	76,7%	100%

3.3.4. Indicateur de couverture adéquate

Tableau XVII : Pourcentage de la population cible ayant honoré tous les rendez-vous d'utilisation de méthode contraceptive qu'on leur a donné (utilisatrices régulières).

Utilisatrices régulières de méthodes contraceptives au CSB2 d'Ambohipo en 2009	Population cible utilisatrices irrégulières et non utilisatrices de méthodes contraceptives au CSB2 d'Ambohipo en 2009	Population cible en 2009
2.516	8.584	11.100
22,7%	77,3%	100%

3.3.5. Indicateur de couverture effective

Tableau XVIII : Taux de couverture effective de planification familiale au CSB2 d'Ambohipo en 2009.

Taux de couverture adéquate	Taux moyen d'efficacité des méthodes contraceptives	Taux de couverture effective
22,7%	$\frac{1,00 + 1,00 + 0,99}{3} \times 100$	22,6%

3.3.6. Diagramme de couverture

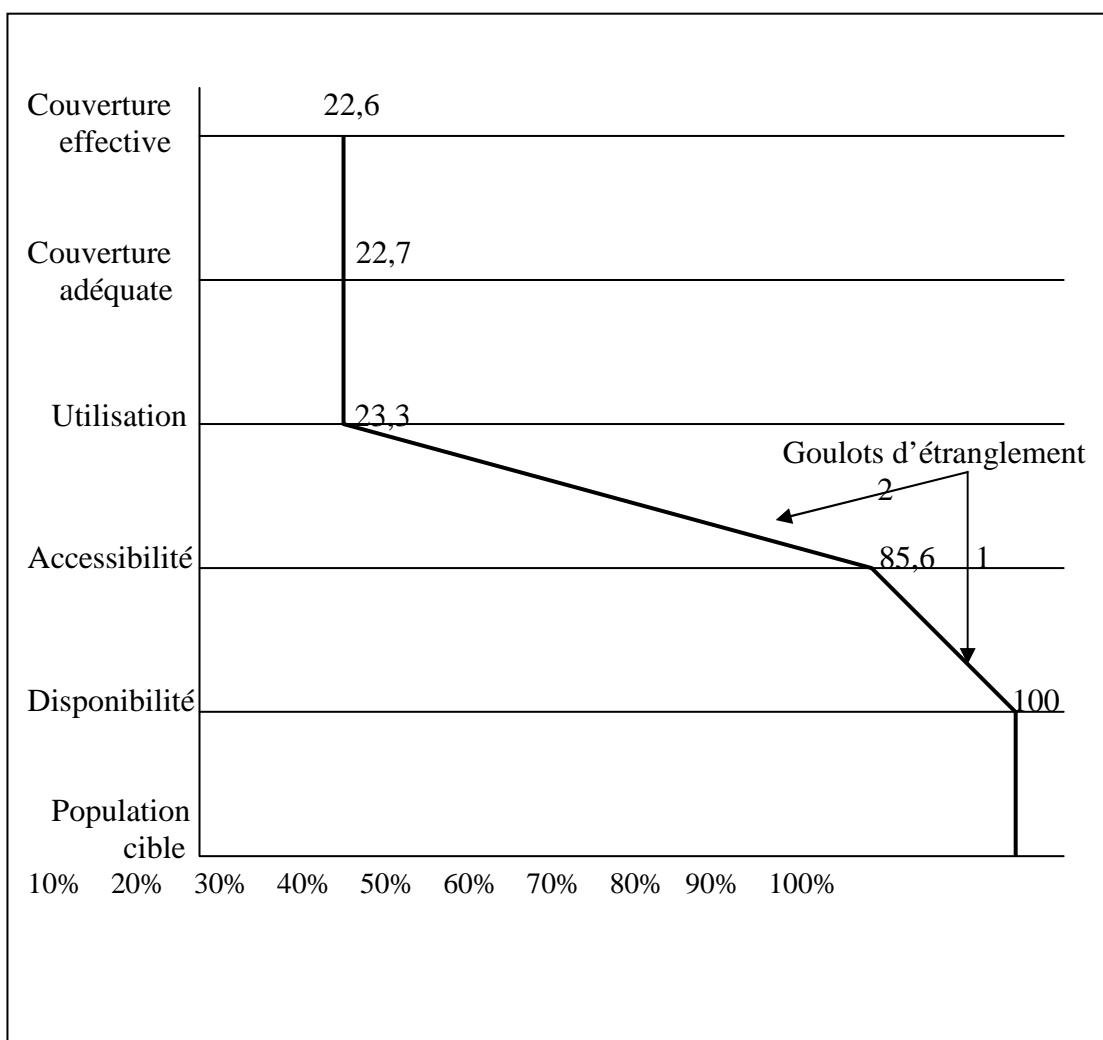


Figure 9 : Diagramme de couverture PF au CSB2 d'Ambohipo en 2009.

3.4. Type d'utilisatrices

Tableau XIX : Répartition des utilisatrices selon leur type.

Types d'utilisatrices	Effectif	Proportion
Utilisatrices régulières	2.516	97,4
Utilisatrices irrégulières	59	2,3
Cas d'abandon	9	0,3
Total	2.584	100

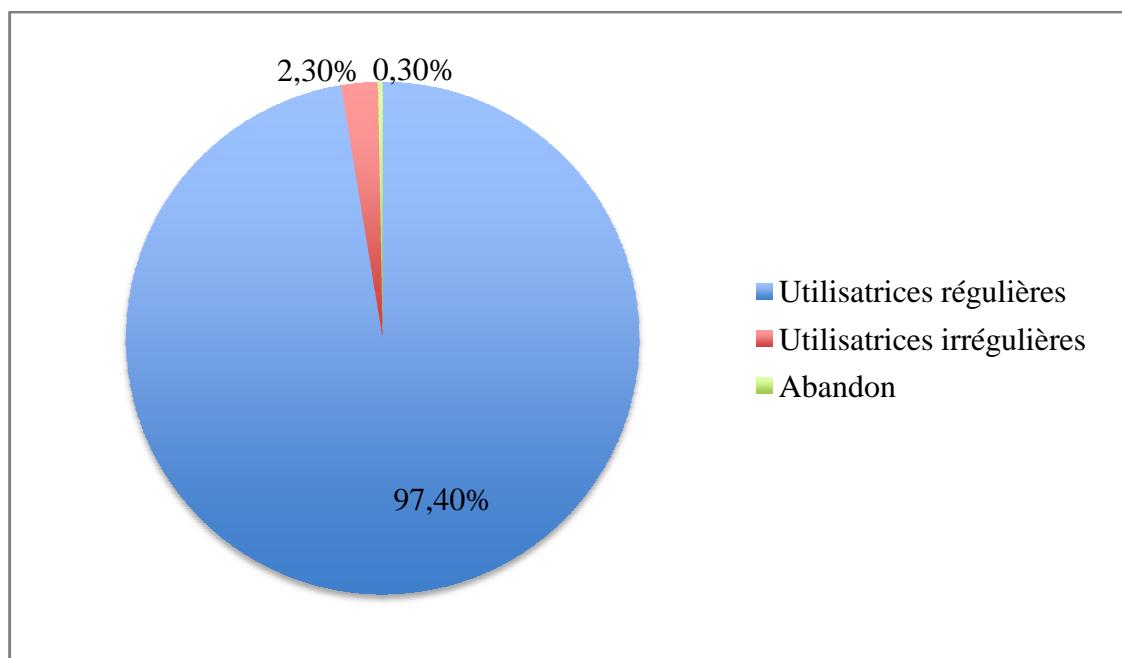


Figure 10 : Diagramme de représentation des types d'utilisatrices des méthodes contraceptives en 2009 au CSB2 d'Ambohipo.

3.5. Effets secondaires

Tableau XX : Répartition des utilisatrices de méthodes contraceptives selon qu'elles ont déclaré ou pas des effets secondaires.

Dénomination	Effectif	Proportion
Utilisatrices ayant déclaré des effets secondaires	646	25,0
Utilisatrices n'ayant pas déclaré des effets secondaires	1.938	75,0
Total	2.584	100

Tableau XXI : Effets secondaires objets de consultation des utilisatrices des méthodes contraceptives.

Effets secondaires	Effectif	Proportion
Aménorrhée	86	13,3
Métrrorragie	48	7,4
Hypertension artérielle	18	2,8
Spotting	350	54,2
Prise de poids	144	22,3
Total	646	100

**TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES
ET SUGGESTIONS**

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES

L'importance de la couverture contraceptive dépend de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes en âge de procréer. L'étude que nous avons menée au CSB2 d'Ambohipo sur le monitorage des activités de Planification Familiale (PF) a permis de mettre en évidence certains problèmes.

1.1. Femmes inscrites au programme PF

En 2009, au CSB2 d'Ambohipo, 2.584 femmes en âge de procréer suivent le programme de planification familiale et utilisent les méthodes de contraception moderne.

1.2. Répartition des utilisatrices

1.2.1. *La tranche d'âge*

L'analyse de la répartition selon la tranche d'âge montre que la majorité des utilisatrices a 15 à 34 ans (65% de l'ensemble). La tranche d'âge 25 à 34 ans est apparemment la plus concernée avec 47,8% des utilisatrices. Il n'y a pas d'utilisatrices âgées de moins de 15 ans et la tranche d'âge 15 à 24 ans représentent 17,2% des utilisatrices enregistrées.

1.2.2. *La situation matrimoniale et le nombre d'enfants*

Parmi les utilisatrices des méthodes contraceptives enregistrées, les femmes en union dominent avec 79,5% de l'ensemble. Les femmes célibataires, séparées ou divorcées sexuellement actives ne représentent que 20,5%. La place des femmes en union dans l'utilisation des méthodes contraceptives a été confirmée dans les résultats d'une enquête sur la démographie et la santé (22).

Dans 42,4% des cas, les femmes de l'étude ont 4 enfants. Suivent avec un écart assez important celles qui ont trois enfants (24,4%) et celles qui ont 5 enfants

(17,9%). Apparemment les utilisatrices des méthodes contraceptives au CSB2 d'Ambohipo tendent vers une limitation des naissances. L'espacement des naissances intéressent moins d'utilisatrices avec seulement 4,5% des utilisatrices ayant 0 à 1 enfant et 7,9% des utilisatrices ayant 2 enfants.

1.2.3. Le niveau d'instruction et la profession

Les femmes de l'étude sont :

- illettrées (9,5%)
- du niveau primaire (33%)
- du niveau secondaire (41,6%)
- du niveau universitaire (15,9%)

Les utilisatrices des niveaux primaires et secondaires sont les plus nombreuses avec 74,6% de l'ensemble. Il semble que le haut niveau d'instruction favorise l'utilisation des méthodes contraceptives (23).

Sur le plan professionnel, 42,5% des femmes de l'étude évoluent dans le secteur informel. Elles sont surtout des vendeurs ambulantes, des démarcheuses ou des vendeuses d'alimentation des rues. Suivent de près les employées du secteur privé avec 38,1% des cas. Les employées du secteur privé avec 38,1% des cas. Les employées du secteur public ne représentent que 14,7% de l'ensemble des utilisatrices du programme PF. Les femmes cultivatrices représentent 4,7% des femmes de l'étude. Ceci peut être expliqué par le fait des rizières existent à proximité en secteur sanitaire d'Ambohipo.

1.2.4. Le domicile et la distance séparant le CSB2 des domiciles

Les femmes de l'étude viennent :

- d'Ambohipo avec 44% des utilisatrices qui se trouvent à 0 à 1 km du CSB2,
- d'Ambolokandrina avec 24,8% des utilisatrices qui se trouvent à 1 km à 2 km du CSB2 d'Ambohipo,
- d'Andohanimandrozeza avec 16,3% des utilisatrices qui se trouvent à 3-4 km du CSB2,
- de Mandroseza avec 14,9% des utilisatrices qui se trouvent à plus de 5 km du CSB2 d'Ambohipo.

Selon l'OMS l'accessibilité géographique acceptable est de moins de 5 km d'une formation sanitaire.

1.2.5. *Les méthodes utilisées*

Les méthodes utilisées par les femmes de l'étude sont :

- les contraceptifs oraux (37,9%)
- les méthodes injectables (60,3%)
- le Dispositif Intra-Utérin ou DIU (1,8%)

L'utilisation des préservatifs n'a pas été étudiée car le nombre d'utilisateurs ou utilisatrices n'a pas été disponible.

1.2.6. *Les déterminants et indicateurs*

i) L'indicateur de disponibilité

Dans notre étude, la disponibilité des ressources est mesurée par le pourcentage de temps sans rupture de stock en fournitures, matériel et produits contraceptifs. Ces éléments ont été disponibles en permanence pour les contraceptifs oraux, les méthodes injectables et le DIU au CSB2 d'Ambohipo en 2009, donnant ainsi une disponibilité de 100%.

ii) L'indicateur d'accessibilité

L'accessibilité est mesurée par le pourcentage de la population cible située à moins de 5 km du CSB2 d'Ambohipo. Ceci correspond à 85,6% et concerne la population cible venant d'Ambohipo, d'Ambolokandrina et d'Andohanimandrozeza.

iii) L'indicateur d'utilisation

L'utilisation correspond au pourcentage de la population cible ayant honoré au moins un rendez-vous d'utilisation des méthodes contraceptives. L'utilisation est de 23,3%.

iv) L'indicateur de couverture adéquate

La couverture adéquate est mesurée par le pourcentage de la population cible ayant honoré tous les rendez-vous d'utilisation des méthodes contraceptives données par les responsables du programme PF du CSB2 d'Ambohipo. Ici, la couverture adéquate est de 22,7%.

v) L'indicateur de couverture effective

La couverture effective est mesurée par le produit de la couverture adéquate avec le taux moyen d'efficacité d'utilisation des méthodes adoptées (99,7%).

$$\text{Couverture effective} = 0,227 \times 0,997 = 0,226$$

Couverture effective = 22,6

1.2.7. Courbe de monitoring et goulots d'étranglement

i) Déterminants et indicateurs

Le diagramme de couverture PF du CSB2 d'Ambohipo a été obtenu avec les valeurs suivantes :

- disponibilité : 100%
- accessibilité : 85,6%
- utilisation : 23,3%
- couverture adéquate : 22,7%
- couverture effective : 22,6%

ii) Les goulots d'étranglement

Le diagramme de couverture PF montre deux goulots d'étranglement :

- Le premier goulot d'étranglement est une inflexion de la courbe de couverture vers la gauche entre la disponibilité et l'accessibilité. Il reflète un problème d'accessibilité géographique pour 14,4% de la population cible (fokontany de Mandroseza).
- Le deuxième goulot d'étranglement est une inflexion de la courbe de couverture vers la gauche entre l'accessibilité et l'utilisation. Il traduit un problème d'utilisation pour 76,7% de la population cible.

1.2.8. Types d'utilisatrices et effets secondaires

En 2009, au CSB2 d'Ambohipo, on a enregistré au niveau du programme de planification familiale 97,4% d'utilisatrices régulières, 2,3% d'utilisatrices irrégulières et 0,3% cas d'abandon sur 2.584 adhérentes.

Les utilisatrices qui ont consulté pour des effets secondaires sont au nombre de 646 (25% de l'ensemble). Les effets secondaires déclarés sont à type de :

- spotting (54,2%)
- prise de poids (22,3%)
- aménorrhées (13,3%)
- métrorragie (7,4%)
- hypertension artérielle (2,8%)

En général, les femmes se plaignent pour des effets secondaires qui posent de réels problèmes dans leur couple ou au niveau sanitaire (24, 25).

1.2.9. Identification des problèmes

La courbe de couverture guide l'identification des problèmes par l'intermédiaire des goulots d'étranglement. Le premier goulot d'étranglement confirme l'existence d'un problème d'accès géographique pour la population cible vivant dans le fokontany de Mandroseza.

Le deuxième goulot d'étranglement confirme l'existence d'un problème d'utilisation des méthodes contraceptives modernes pour 76,7% de la population cible. Il indique l'existence probable :

- d'une insuffisance d'information des femmes cibles,
- d'une mauvaise condition d'accueil au CSB2,
- d'une inadaptation des heures de service des responsables.

2. SUGGESTIONS

Afin d'améliorer la couverture et la gestion de la planification familiale au CSB2 d'Ambohipo, nos suggestions portent sur :

- le renforcement des activités d'information et d'éducation de la population cible en matière de PF,
- la formation recyclage du personnel responsable de PF,
- la mise en place d'un centre PF à Mandroseza.

2.1. Renforcement des activités d'Information et d'Education (IEC/PF)

2.1.1. *Objectif*

L'objectif est d'amener les femmes en âge de procréer à utiliser les méthodes contraceptives modernes.

2.1.2. *Stratégies*

Les stratégies reposent sur :

i) Des séances d'IEC sur la planification familiale

- les séances peuvent être menées en stratégie fixe une fois par semaine au CSB2 d'Ambohipo,
- elles peuvent être menées en stratégie mobile une fois par trimestre au niveau des fokontany,
- le responsable PF du CSB2 pourrait être aidé par des personnes bénévoles (à raison par exemple de 2 personnes par fokontany) dans la réalisation des séances d'IEC.

ii) L'utilisation de la technique de CCC (Communication pour le Changement de Comportement) (figure 11)

Il existe six stades successifs dans le processus de CCC d'un individu :

- l'ignorance de l'existence des moyens de contraception moderne qu'il faut éliminer par l'information,

- la prise de conscience de l'importance de la PF,
- l'acquisition des connaissances et techniques sur la PF,
- la motivation pour l'utilisation des méthodes contraceptives,
- l'essai d'utilisation des méthodes contraceptives,
- l'adoption d'une méthode contraceptive.

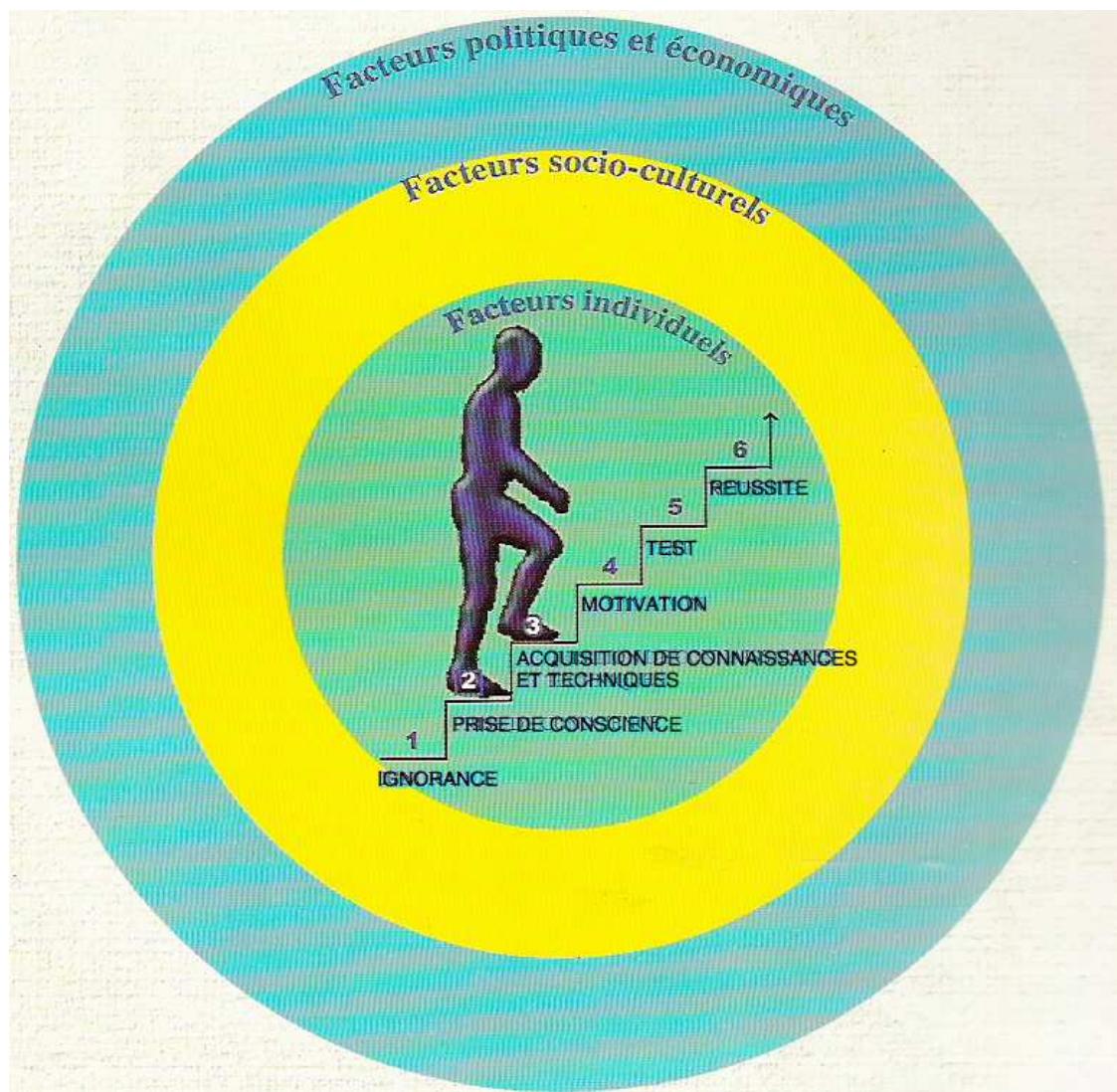


Figure 11 : Les étapes du changement de comportement.

2.2. Formation recyclage du personnel

2.2.1. *Objectif*

L'objectif est d'assurer un accueil satisfaisant et des services techniques efficaces pour les adhérentes au programme PF.

2.2.2. *Stratégies*

Les stratégies reposent sur :

- la réalisation d'une séance de formation recyclage du personnel responsable du service PF (exemple : 1 journée par an) ;
- la présence et l'intervention d'un responsable technique du bureau de santé de district de rattachement pour une meilleure motivation.

2.3. Implantation d'un centre PF à Mandroseza

2.3.1. *Objectif*

L'objectif est d'améliorer l'accessibilité des femmes cibles à la planification familiale.

2.3.2. *Stratégies*

Les stratégies reposent sur :

- l'ouverture une fois par semaine ou plus d'un centre PF à Mandroseza,
- le local pourrait être offert par le fokontany de Mandroseza avec l'aide de la commune urbaine d'Antananarivo,
- le personnel et le matériel pourraient être disponibles avec la contribution du Ministère chargé de la Santé et des organismes comme l'OMS et l'UNICEF.

CONCLUSION

CONCLUSION

A Madagascar comme en Afrique subsaharienne, beaucoup de femmes en âge de procréer souhaiteraient éviter de tomber enceintes ou mieux gérer leur vie reproductive, mais n'utilisent aucun moyen contraceptif pour de multiples raisons. L'utilisation du monitoring dans les activités de planification familiale peut apporter une aide importante dans l'amélioration de la couverture contraceptive.

L'étude que nous avons menée au CSB2 d'Ambohipo dans ce domaine a montré des éléments de confirmation. En effet, l'utilisation des méthodes de monitorage sur les activités de planification familiale en 2009 a permis de présenter les déterminants suivants : une disponibilité à 100% des produits contraceptifs, une accessibilité géographique de 85,6% de la population cible, une utilisation de 23,3% des méthodes contraceptives, une couverture adéquate de 22,7% et une couverture effective de 22,6% des méthodes contraceptives. Le diagramme de couverture de planification familiale du CSB2 d'Ambohipo a présenté deux goulots d'étranglement : le premier se rapporte à un problème d'accès géographique et le deuxième à un problème d'utilisation des méthodes contraceptives.

Afin d'améliorer la couverture contraceptive au CSB2 d'Ambohipo, notre première suggestion se rapporte au renforcement des activités d'information, éducation et communication ou IEC sur la planification familiale, la deuxième suggestion concerne la formation recyclage de personnel et la dernière suggestion porte sur l'implantation d'un centre de planification familiale à Mandroseza. Cette dernière suggestion améliorera l'accès géographique des femmes en âge de procréer aux méthodes contraceptives modernes, non seulement de Mandroseza, mais elle serait aussi bénéfique pour la population cible venant d'Andohanimandroseza.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève : OMS, 2005 : 50-60.
2. Pomey MP, Poullier JP, Lejeune B. Santé Publique. Paris : Ellipses, 2000 : 19-23.
3. Jamison DT, Breman JG, Measham AR. Priorités en matière de santé. Washington : Banque Mondiale, 2006 : 90-5.
4. Kleiman RL. Vasectomie. Londres : Bull IPPF, 1972 ; 24 : 16.
5. OMS. La stérilisation féminine volontaire. Genève : OMS, 1990 ; 24 : 13.
6. Courtien C, Maces P. Contraception : méthodes, efficacité, choix, contre indications, surveillance et risques. Rev Prat, 1992 ; 98 : 2223-34.
7. Rambeloson V. Planification familiale. Antananarivo : EDS, 2004 : 71-124.
8. Rob U, Gernada G. Fertility and Family Planning in Bangladesh. Journ Fam Plan, 1998 ; 38 : 53-8.
9. Baudet JH. Méthodes contraceptives hormonales. Rev Acc Gyn, 1993 ; 45 : 53-60.
10. Gentilini M. Médecine tropicale : Planification familiale. Paris : Médecines-Sciences, Flammarion, 1988 : 620-6.
11. PSI Madagascar. Formation en planification familiale. Antananarivo : Institut Tech Educ Manag, 2006 : 14-5.
12. OMS. Contraceptifs injectables, leur rôle en PF. Genève : OMS, 1990 ; 21 : 87-9.
13. Carlos M. Planification familiale. Directives médicales et de prestations de services. IPPF, 2003 : 186-7.

14. Knippenberg R, Levy-Bruhl D, Osseni R et col. Initiative de Bamako : des expériences en soins de santé primaires, le monitoring. Paris : Centre International de l'Enfance (CIE), 1990 ; 184/185 : 28-40.
15. Villar J, Piaggio G, Farnot U and al. Antenatal care Mandomis ed trial for the évaluation of a new model of routine anténatal care. Lancet, 2001 ; 357 : 1551-64.
16. OMS. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. Genève : OMS, 2008 : 26-39.
17. Locoh T. Les programmes de planification familiale : une demande limitée, une offre inadaptée. Politique africaine, Karthala, 2001 : 83-4.
18. Saadi R. Nuptialité : journées d'étude sur les déterminants sociaux, culturels et psychologiques de la fécondité. Alger : SNED, 2008.
19. Watson WB, Lapham RJ. Les programmes de planning familial. Genève : OMS, 2000 ; 12 : 87-9.
20. Grais B. Statistique descriptive. Paris : Dunod, 1988.
21. Schwartz D. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes. Paris : Flammarion, Médecine-sciences, 1988.
22. Ministère de la Santé et Planning Familial. Politique nationale de santé de l'enfant. Antananarivo, Madagascar, MSPF, 2005.
23. Ratsimbazafy MBR, Mariko S. Santé de la mère et de l'enfant. Madagascar : EDS, 2004 : 125-60.
24. Randriambololomanana ML. L'utilisation des méthodes contraceptives modernes au CSB2 cité des Assureurs Itaosy. Antananarivo : Thèse de Médecine, 2003 ; N°4523.
25. Vololoniaina N. Prévalence des effets secondaires des contraceptifs modernes au CSB2 d'Amparafaravola. Antananarivo : Thèse de Médecine, 2008 ; N°5012.

VELIRANO

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

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

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

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

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

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

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

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

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : **Professeur RAHARIVELO Adeline**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : **Professeur ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana**

Name and first names : RANDRIANARIZAY Fanomezantsoa Herinirina

Title of the thesis : "MONITORING OF FAMILY PLANNING"

Heading : Public Health

Number of figures : 11 **Number of pages :** 51

Number of tables : 21 **Number of bibliographical references :** 25

SUMMARY

"Monitoring of family planning" is a study which start from the assumption that the monitor identifies the main problems of family planning activities data. The main objective of the study is to obtain a better contraceptive coverage.

The study carried out monitoring of family planning activities carried out by CSB2 Ambohipo in 2009. The coverage pattern of use of modern contraceptive methods showed two bottlenecks: the first indicates a problem of geographical accessibility of the target population. The second major problem denounces the use of contraceptive methods.

To improve contraceptive coverage, our suggestions focus on three key points that are strengthening the activities of Information, Education and Communication or IEC, training and retraining of staff responsible for family planning and last, implementation of a family planning clinic in fokontany of Mandroseza.

Key-words : Monitoring - Bottleneck - Cover - Education - Family Planning.

Director of the thesis : Professor RAHARIVELO Adeline

Reporter of the thesis : Doctor RAKOTOMANANA Donat Paul Etienne

Address of author : Bloc 27 Porte B Ambohipo Cité

Nom et Prénoms : RANDRIANARIZAY Fanomezantsoa Herinirina

Titre de la thèse : « MONITORAGE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE »

Rubrique : Santé publique

Nombre de figures : 11

Nombre de pages : 51

Nombre de tableaux : 21

Nombre de références bibliographiques : 25

RESUME

« Monitorage de la planification familiale » est une étude qui partirait de l’hypothèse que le monitoring identifierait les principaux problèmes des activités de planning familial données. Le principal objectif de l’étude est d’obtenir une meilleure couverture contraceptive.

L’étude réalise le monitorage des activités de planification familiale effectuées au CSB2 d’Ambohipo en 2009. Le diagramme de couverture d’utilisation des méthodes contraceptives modernes a montré deux goulots d’étranglement : le premier indique un problème d’accessibilité géographique de la population cible. Le second dénonce un important problème d’utilisation des méthodes contraceptives.

Afin d’améliorer la couverture contraceptive, nos suggestions portent sur trois points essentiels qui sont, le renforcement des activités d’Information, d’Education et de Communication ou IEC, la formation et le recyclage du personnel responsable de la planification familiale et enfin, l’implantation d’un centre de planification familiale dans le fokontany de Mandroseza.

Mots-clés : Monitoring – Goulot d’étranglement – Couverture – Formation – Planification familiale.

Directeur de thèse : Professeur RAHARIVELO Adeline

Rapporteur de thèse : Docteur RAKOTOMANANA Donat Paul Etienne

Adresse de l'auteur : Bloc 27 Porte B Ambohipo Cité