

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	01
 PREMIERE PARTIE :	
GENERALITES SUR L'EVALUATION DE PROGRAMMES DE	
SANTE ET LES METHODES CONTRACEPTIVES	
MODERNES	
 1. L'évaluation des programmes de santé.....	 03
1.1. Les types d'évaluation.....	03
1.1.1. Evaluation des composantes du programme.....	05
1.1.2. Evaluation des interrelations.....	07
1.2. Validité de l'évaluation.....	08
1.2.1. Validité des instruments et de la stratégie de mesure.....	08
 2. Les méthodes contraceptives modernes.....	 09
2.1. Les contraceptifs oraux.....	09
2.1.1. Les produits utilisés.....	09
2.1.2. Caractéristiques des produits.....	10
2.2. Les contraceptifs injectables.....	11
2.2.1. Produits utilisés.....	11
2.2.2. Caractéristiques des produits.....	11
2.3. Les implants.....	11
2.3.1. Produits utilisés.....	11
2.3.2. Caractéristiques des produits.....	11
2.4. Le Dispositif Intra Utérin (DIU).....	12
2.4.1. Produits utilisés.....	12
2.4.2. Caractéristiques du produit.....	13
2.5. Le diaphragme.....	14
	Pages

2.5.1. Produits utilisés.....	14
2.5.2. Caractéristiques du produit.....	14
2.6. Les préservatifs.....	14
2.7. La stérilisation tubaire.....	15
2.8. La vasectomie.....	16

DEUXIEME PARTIE :
EVALUATION ADMINISTRATIVE DES ACTIVITES
DE PLANIFICATION FAMILIALE

1. Cadre d'étude.....	18
1.1. Le CSB2 d'Antanimena.....	18
1.1.1. Organisation.....	18
1.1.2. Personnel.....	21
1.2. Le secteur sanitaire.....	21
1.2.1. Situation géographique.....	21
1.2.2. Démographie.....	24
1.3. Les autres formations sanitaires.....	24
2. Méthodologie.....	24
2.1. Méthode d'étude.....	24
2.1.1. Evaluation administrative.....	24
2.1.2. Critères d'inclusion et particularités méthodologiques.....	26
2.2. Paramètres d'étude.....	26
3. Résultats.....	27
3.1. Le programme de travail annuel ou PTA 2002.....	27
3.2. Réalisation du programme.....	29
3.3. Couverture contraceptive.....	37
3.4. Ressources mobilisées.....	39

Pages

TROISIEME PARTIE :	
COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS	40
	40
1. Commentaires et discussions.....	41
1.1. Contenu du programme PF 2002.....	41
1.2. Les activités réalisées.....	42
1.2.1. Tranche d'âge et situation matrimoniale.....	42
1.2.2. Parité.....	43
1.2.3. Profession et domicile.....	43
1.2.4. Méthodes utilisées et motifs de contraception.....	44
1.2.5. Couverture contraceptive.....	44
1.2.6. Ressources mobilisées.....	
1.2.7. Activités d'IEC.....	45
	45
2. Suggestions.....	45
2.1. Renforcement des ressources du CSB2.....	47
2.2. Réajustement du secteur sanitaire.....	
2.3. Développement en double stratégie des activités d'IEC.....	50
CONCLUSION.....	
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES TABLEAUX

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Tableau n° 01 :	Buts, questions, types et cibles de l'évaluation.....	04
Tableau n° 02 :	Liste des <i>Fokontany</i> du secteur sanitaire d'Antanimena...	23
Tableau n° 03 :	PTA planification familiale 2002.....	27-28
Tableau n° 04 :	Nombre d'adhérentes 2002.....	29
Tableau n° 05 :	Adhérentes irrégulières, perdues de vue, et utilisatrices régulières du secteur sanitaire d'Antananarivo.....	29
Tableau n° 06 :	Répartition des utilisatrices régulières selon les tranches d'âge.....	30
Tableau n° 07 :	Répartition des utilisatrices selon la situation matrimoniale.....	31
Tableau n° 08 :	Répartition des utilisatrices selon la parité.....	32
Tableau n° 09 :	Répartition des utilisatrices selon la profession.....	33
Tableau n° 10 :	Répartition des utilisatrices selon le domicile.....	34
Tableau n° 11 :	Répartition des utilisatrices selon la méthode contraceptive utilisée.....	36
Tableau n° 12 :	Répartition des utilisatrices selon le motif de contraception.....	37
Tableau n° 13 :	Couverture contraceptive réalisée.....	37
Tableau n° 14 :	Couverture contraceptive réalisée par rapport à la couverture contraceptive visée en 2002.....	38
Tableau n° 15 :	Ressources mobilisées par rapport aux ressources requises.....	39

LISTE DES FIGURES

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Figure n° 01 :	Les composantes d'un programme et l'évaluation.....	06
Figure n° 02 :	Plan schématique du CSB2 d'Antanimena.....	19
Figure n° 03 :	Le CSB ₂ d'Antanimena.....	20
Figure n° 04 :	Plan schématique du secteur sanitaire d'Antanimena.....	22
Figure n° 05 :	Démarche de l'évaluation administrative.....	25
Figure n° 06 :	Diagramme de la répartition des utilisatrices régulières selon les tranches d'âge.....	30
Figure n° 07 :	Diagramme de la répartition des utilisatrices selon la situation matrimoniale.....	31
Figure n° 08 :	Diagramme de la répartition des utilisatrices selon la parité.....	32
Figure n° 09 :	Carte de l'utilisation du CSB2 d'Antanimena par les <i>fokontany</i> du secteur sanitaire.....	35
Figure n° 10 :	Diagramme de la répartition des utilisatrices selon la méthode contraceptive utilisée.....	36
Figure n° 11 :	Diagramme de la couverture contraceptive globale.....	37
Figure n° 12 :	Diagramme de la couverture contraceptive par rapport à la couverture visée en 2002.....	38
Figure n° 13 :	Carte schématique du secteur sanitaire proposée pour le CSB2 d'Antanimena.....	46
Figure n° 14 :	Exemple de groupage et d'organisation des séances d'IEC chez les utilisatrices du programme PF.....	48

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

C E G	: Collège d'Enseignement Général
C I	: Contraceptifs Injectables
C O	: Contraceptifs Oraux
C S B 2	: Centre de Santé de Base du niveau 2
D I U	: Dispositif Intra Utérin
I E C	: Information – Education – Communication
P F	: Planification Familiale
P T A	: Programme de Travail Annuel

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Au-delà des faux dilemmes ou des tensions entre le contraceptif et le développement, on a pu croire que les puissances industrielles du monde allaient consentir à partager les ressources avec les peuples démunis. En réalité, le désintérêt pour le Sud n'a jamais été aussi poussé qu'en ce début du XXI^e siècle où, sans contre-modèle, la victoire du capitalisme est plus totale que jamais, avec tous les risques de multiplication des inégalités auxquels les mécanismes de « l'argent » exposent les individus et les sociétés. (1)

Confrontée à elle-même, l'Afrique est seule, face à son destin. Au moment où, en un sens, elle incarne le « tiers-état d'aujourd'hui », l'Afrique ne pourra réaliser de progrès qu'en détruisant d'une manière ou d'une autre l'ordre actuel du monde. Jusqu'ici, l'on s'est contenté d'affirmer toujours plus haut et fort « pas de développement possible tant que la production est absorbée par l'inflation démographique ».

Dans la situation actuelle, c'est toute perspective de croissance économique qui semble s'éloigner de l'horizon africain. Si l'on ne veut pas faire disparaître cette population grandissante pour ne pas l'avoir à charge, l'enjeu Nord/Sud doit revenir au centre des débats sur les rapports entre la population et le développement.

Les programmes de planification familiale mis en œuvre dans les pays de la région africaine souffrent d'insuffisance de moyens, et donc ne sont pas efficaces. Les nombreuses études menées actuellement dans le domaine de la planification familiale visent à trouver à juste titre tout ce qui manque pour avoir les résultats espérés. (2)

« Evaluation du programme de planification familiale 2002 au CSB2 d'Antanimena » est une étude qui a pour objectif de mesurer la situation actuelle et

ce qui reste à faire pour obtenir des résultats satisfaisants dans le domaine du planning familial.

Le plan de l'étude comprend :

- une introduction ;
- une première partie appelée « Généralités sur l'évaluation de programmes de santé et les méthodes contraceptives modernes » ;
- une deuxième partie qui développe l'évaluation administrative des activités de planification familiale ;
- une troisième partie qui se rapporte aux commentaires, discussions et suggestions ;
- et enfin, la conclusion.

PREMIERE PARTIE :
GENERALITES SUR L'EVALUATION DE PROGRAMMES DE SANTE ET
LES METHODES CONTRACEPTIVES
MODERNES

GENERALITES SUR L'EVALUATION DE PROGRAMMES DE SANTE ET LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

1. L'EVALUATION DES PROGRAMMES DE SANTE

L'évaluation des programmes de santé peut servir trois buts distincts : aider à leur planification et à leur élaboration, fournir de l'information pour les améliorer, et en déterminer les résultats et l'impact. A chacun de ces buts correspondent des questions spécifiques d'évaluation.

1.1. Les types d'évaluation (3)(4)

La plupart des définitions de l'évaluation semblent comprendre au moins un élément commun et fondamental : l'évaluation a pour but ultime de porter un jugement de valeur sur une activité, un service ou n'importe quelle partie d'un programme. Ce jugement sera toujours basé sur des critères et des normes. Par « critère », on entend une caractéristique observable de l'activité, service ou programme. La norme ou « standard » est la valeur associée au critère et qu'on considère comme acceptable. Les critères et normes peuvent être « explicites » ou « implicites », c'est-à-dire, déterminés à l'avance ou laissés entre les mains des évaluateurs. Ils peuvent aussi être déterminés ou fixés de façon empirique ou normative, c'est-à-dire, sur la base de l'expérience actuelle ou sur la base de jugement ou consensus « bien informé ». L'évaluation consiste donc essentiellement en la détermination et l'application des critères et des normes, et en leur usage pour porter un jugement. Cette définition de l'évaluation englobe aussi bien la recherche en évaluation que l'évaluation administrative.

La distinction entre la recherche en évaluation et l'évaluation administrative dépend des méthodes employées, du but visé, et de l'utilisation des résultats.

En pratique, celui qui évalue cherchera à répondre à des questions correspondant à des types particuliers d'évaluation (tableau n° 1).

Tableau n° 01 : Buts, questions, types et cibles de l'évaluation. (5)

Buts	Questions	Types	Cibles
1) Aider à la planification et à l'élaboration du programme	Le programme définit-il la situation ?	Evaluation stratégique	Objectifs/situation, problème
	Le programme propose-t-il des solutions ?	Analyse du programme	Ressources/objectifs
2) Fournir de l'information pour l'amélioration, la modification, la gestion du programme	Le programme correspond-il à ce qui avait été planifié ?	Evaluation de l'écart	Ressources et services actuels/ Ressources et services planifiés
	Les ressources sont-elles adéquates ? Les services sont-ils adéquats ?	Evaluation de la structure Evaluation du processus	Ressources/ Normes Services/Normes
	Les ressources sont-elles mises en œuvre correctement ?	Evaluation de la productivité ou efficience	Services/ Ressources
3) Déterminer les effets du programme	Quels résultats sont produits par les services ?	Evaluation des résultats	Résultats/Services
	Quel a été l'impact ?	Evaluation d'impact	Impact/Services
	Quel est le rapport résultat/ressources chez les utilisateurs ?	Coût-utilité opérationnelle	Résultats/ Ressources
	Quels est le rapport résultats/ressources dans l'ensemble de la population cible ?	Coût-efficacité opérationnelle	Résultats/ Ressources
		coût-avantages opérationnels	Résultats/ Ressources

La notion de programme peut fournir un cadre de référence utile pour cerner ces différents types d'évaluation. On peut définir un programme de santé comme « un ensemble de ressources réunies et mises en œuvre pour fournir à une population définie, des services organisés de façon cohérente dans le temps et dans l'espace en vue d'atteindre des objectifs déterminés en rapport avec un problème de santé précis ».

Un programme est donc constitué par des objectifs, des ressources (input), des services (output), des résultats (outcome) et des conséquences (impact). Chacune de ces composantes ainsi que les relations entre ces composantes peuvent être évaluées (figure n° 1).

1.1.1. *Evaluation des composantes du programme*

i) Evaluation stratégique ou des objectifs (5)

Il s'agit d'apprécier l'adéquation entre les objectifs du programme et les problèmes à résoudre.

Les objectifs du programme correspondent-ils à la situation - problème ? Jusqu'à quel point sont-ils conformes et adéquats par rapport aux problèmes, ou plus généralement par rapport aux besoins de la population ?

ii) Evaluation de la structure (6)

L'évaluation de la structure consiste en l'appréciation de la quantité, qualité et organisation des ressources (input) humaines, physiques et financières du programme. Les questions types sont : le genre et le niveau de ressources sont-ils adéquats ? Le personnel est-il compétent ? L'organisation administrative favorise-t-elle l'accessibilité aux ressources ? Les heures d'ouverture sont-elles appropriées ? Y-a-t-il des barrières psychologiques, sociales et culturelles à l'utilisation ? Les ressources sont-elles économiquement et géographiquement accessibles ?

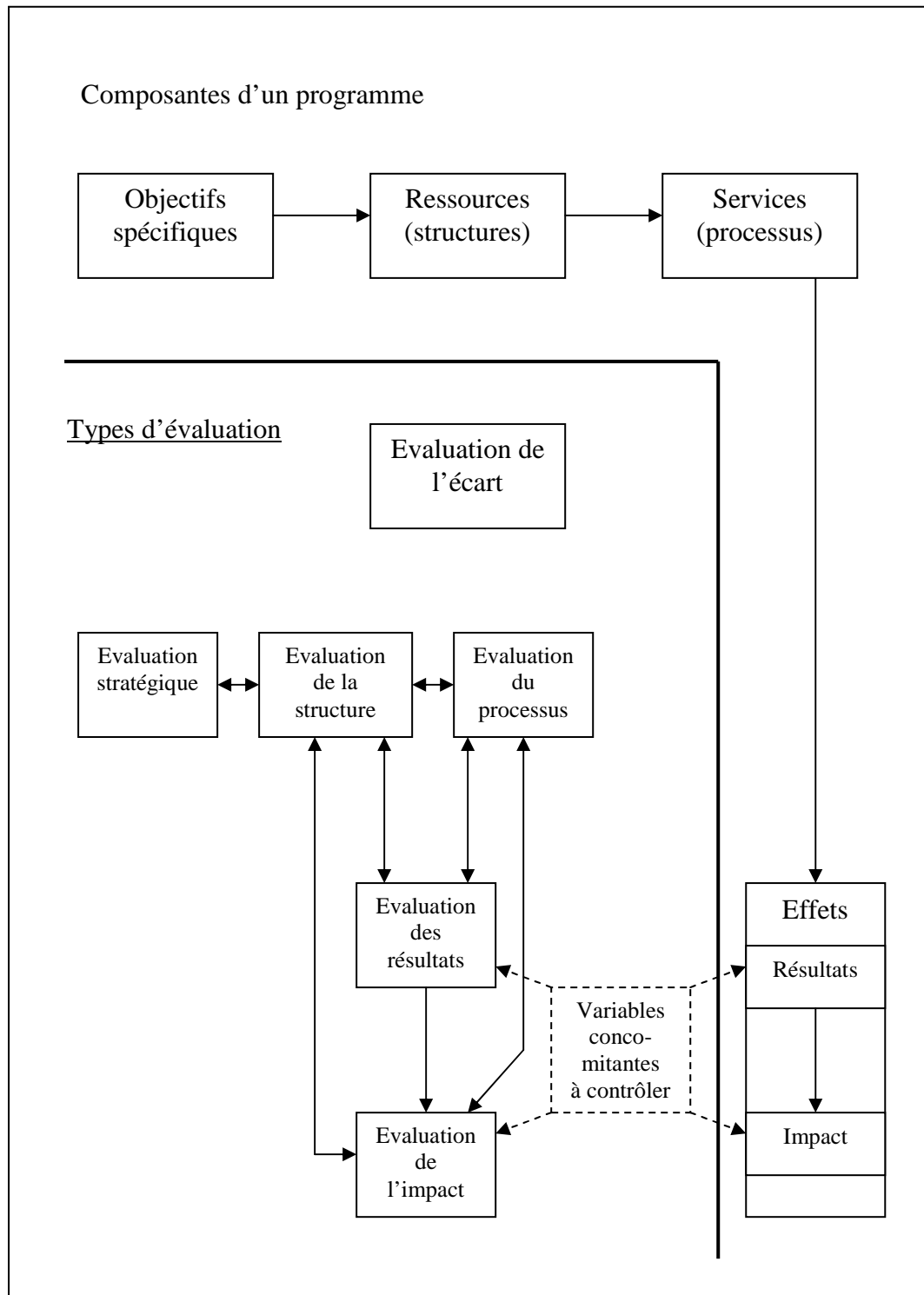


Figure n° 01 : Les composantes d'un programme et l'évaluation. (5)

iii) Evaluation du processus (7)(8)

L'évaluation du processus porte sur les services qui sont utilisés, c'est-à-dire, sur ce que font les professionnels y compris la façon dont ils interagissent avec les patients. Dans des situations non-expérimentales, l'évaluation du processus est souvent la plus adéquate d'apprécier un programme. Le processus peut se décomposer en 3 grandes dimensions :

- les aspects techniques qui comprennent l'adéquation des caractéristiques de l'utilisation et des besoins individuels et l'évaluation de la qualité technique des services ;
- les aspects interpersonnels qui comprennent les relations patients-professionnels ;
- l'évaluation de l'organisation du processus.

iv) Evaluation des résultats (9)

L'évaluation des résultats se rapporte aux objectifs du programme. Les services produits (output) ont-ils provoqué les changements attendus (outcome) ? Par « résultats », on entend généralement des changements directement liés à la raison d'être du programme. L'évaluation des résultats n'a de valeur que si l'on peut relier les résultats au processus.

1.1.2. Evaluation des interrelations (10)(11)(12)

i) Analyse du programme

Il s'agit d'étudier la correspondance entre les objectifs à atteindre et les moyens mis en œuvre dans le programme (ressources, structure du programme). On tente d'établir logiquement si l'on emploie les bons moyens pour obtenir les résultats escomptés. L'évaluation de l'écart peut être considérée comme une sous-catégorie de l'analyse du programme.

ii) Analyse de la productivité ou efficience

La productivité mesure la relation entre les services produits et les ressources investies. Elle vise à déterminer comment on pourrait optimiser les services produits en gardant les ressources constantes.

iii) Analyse des effets d'un programme ou efficacité

Il s'agit de toutes les études qui mettent en relation les services offerts et les effets de ces services sur les résultats du programme ou sur son impact. Dans l'évaluation des effets, on distingue les concepts d'utilité ou « efficacité potentielle » (efficacy), et d'efficacité ou « efficacité réelle » (effectiveness). Par utilité, on entend la capacité du programme à atteindre ses objectifs auprès de la population qui a effectivement utilisé le programme ; par efficacité, on comprend l'analyse des résultats mesurés pour l'ensemble de la population cible incluant les non-utilisateurs.

1.2. Validité de l'évaluation (13)(14)(15)

Quelque soit le type de l'évaluation choisi, la question de la validité de cette évaluation reste essentielle. Par validité de l'évaluation, on entend en général, la correspondance entre les conclusions de l'évaluation d'un programme et sa « vraie valeur ». Plus précisément, on peut distinguer entre quatre types de validité : la validité des instruments et de la stratégie de mesure, la validité interne, la validité externe et enfin, la validité de la conclusion statistique.

1.2.1. Validité des instruments et de la stratégie de mesure

La validité d'un instrument est la capacité de cet instrument à mesurer vraiment ce qu'il est supposé mesurer. On reconnaît généralement les 3 types de validité des mesures suivantes :

- la validité de contenu qui consiste en la capacité des instruments de mesure à cerner toutes dimensions du concept qu'on doit mesurer ;
- la validité de critère qui est la capacité qu'a l'instrument à réellement prédire les variations d'un phénomène ;
- la validité de construction qui est la validité avec laquelle on a réussi à concevoir et à rendre opérantes les variables étudiées.

2. LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

Ce sont surtout les pays en développement qui ont établi des politiques et des programmes démographiques au cours de ces dernières années. L'objectif est de réduire le taux d'accroissement démographique en diminuant la fécondité. La plupart des pays ont cherché à mettre en œuvre cette politique par l'intermédiaire des programmes de planning familial qui se sont étendus dans le Tiers-monde depuis 1960, et qui sont conçus pour fournir aux couples qui veulent maîtriser leur fécondité une assistance concernant les méthodes modernes de contraception.

Parmi ces méthodes modernes, on peut distinguer :

- Le contraceptif oral (« la pilule »)
- Le contraceptif injectable
- Le Dispositif Intra-Utérin ou « stérilet » ou DIU
- Le Diaphragme
- Les préservatifs
- Les implants
- La ligature tubaire
- La vasectomie

2.1. Les contraceptifs oraux (16)

2.1.1. Les produits utilisés

i) Les contraceptifs oraux combinés ou oestroprogestatifs

Exemple : LO-FEMENAL®

ii) Les contraceptifs oraux à base de progestatifs seuls

Exemple : OVRETTE®

2.1.2. Caractéristiques des produits

- Efficacité théorique
 - 100 p. 100 si les instructions sont bien suivies.
- Facteurs limitant
 - Contrôles périodiques nécessaires pour la surveillance et les complications.
- Contre-indications
 - Grossesse,
 - hypertension artérielle,
 - diabète,
 - hyperlipidémie,
 - antécédents thromboemboliques,
 - coronarite,
 - tumeur du sein ou de l'utérus.
- Effets secondaires
 - Réactions mineures
 - * céphalées
 - * nausées
 - * sensibilité mammaire
 - * règles irrégulières
 - * prise de poids
 - Dans 15 p. 100 des cas, modification du lipidogramme et de la glycémie sans traduction clinique.

- Toxicité hépatique constatée dans certains pays.
- Dans 5 p. 100 des cas, élévation de la tension artérielle.
- Rarement maladies thromboemboliques.

2.2. Les contraceptifs injectables (17)

2.2.1. Produits utilisés

On peut distinguer :

i) *L'énantate de noréthistérone*
NORISTERAT®

ii) *L'acétate de médroxyprogestérone*
DEPO PROVERA®

2.2.2. Caractéristiques des produits

- Efficacité théorique
100 p. 100 si les directives sont bien suivies.
- Effets secondaires :
Rarement, hémorragie utérine abondante.

2.3. Les implants (18)

2.3.1. Produits utilisés

- NORPLANT

2.3.2. Caractéristiques des produits

- Avantages :
 - pas d'interférence avec l'allaitement maternel,

- une seule implantation pour 5 ans d'action contraceptive,
 - retour précoce de la fertilité après ablation des implants.
- Efficacité théorique
 - 100 p. 100 si l'implantation a été effectuée correctement.
- Contre-indications
 - grossesse
 - métrorragie d'origine inconnue
 - ictère moins de 6 mois
 - adolescente < 18 ans
 - épilepsie sous barbiturique
 - tuberculose
 - lèpre sous rifampicine
 - diabète
 - maladies cardio-vasculaires
 - assainie
 - cancer du foie
 - cancer du sein
 - cirrhose
- Effets secondaires
 - augmentation du poids,
 - perturbation du cycle menstruel,
 - rarement, hémorragie utérine abondante.

2.4. Le Dispositif Intra Utérin (DIU) (19)

2.4.1. Produits utilisés

Il s'agit d'une matière plastique imprégnée d'un progestatif et que l'on place au niveau de l'utérus. La femme doit vérifier la présence du fil par son doigt introduit au niveau du col utérin.

2.4.2. Caractéristique du produit

- Avantages
 - effet contraceptif pendant 2 ans ou plus,
 - possibilité de fécondité dès que le DIU est enlevé.
- Efficacité théorique
 - très efficace, mais moins que la pilule.
- Facteurs limitants

Visite médicale nécessaire pour l'insertion ; contrôles pour la surveillance et les complications.

- Contre-indications
 - Grossesse,
 - infections génitales,
 - métrorragie d'origine inconnue,
 - dysménorrhée ou hyperménorrhée,
 - nulliparité,
 - cervicite purulente,
 - cancer du col,
 - malformations utérines,
 - douleur ou masse annexielle ou masse utérine,
 - anémie sévère.
- Effets secondaires
 - réactions mineures,
 - contractions ou malaises disparaissant avec l'usage.
- Rarement infection utérine ou perforation

2.5. Le diaphragme (20)

2.5.1. Produits utilisés

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

2.5.2. Caractéristiques du produit

- Efficacité théorique

Très efficace s'il est utilisé correctement

- Facteurs limitant

- Visite médicale pour l'adaptation et pour apprendre à insérer le diaphragme.

- Celui-ci doit être inséré avant les rapports sexuels. Il est retiré 6 à 8 heures après le rapport sexuel.

- Contre-indications

- prolapsus génital
- dyspareunie
- vaginite

- Effet secondaire

- Aucun effet secondaire, mais quelques cas de gêne.

2.6. Les préservatifs (21)

- Efficacité théorique

La méthode exige l'interruption des préliminaires et de la stimulation sexuelle.

- Effet secondaire

Néant

2.7. La stérilisation tubaire (22)

- *Elle consiste à interrompre la capacité reproductive de la femme par ligature, occlusion ou section des conduites par lesquelles passent les ovules jusqu'à l'utérus.*

- Elle vise à empêcher la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovule au niveau de la trompe.

- Efficacité théorique

100 p. 100 si la réalisation est correcte

- Facteurs limitant

- *Nécessite une intervention chirurgicale hors de l'hôpital ou même l'hospitalisation.*

- Réversibilité difficile.

- Effets secondaires

- plusieurs jours de convalescence
- risques des opérations chirurgicales

- Indications

- limitation des naissances,
- raison de santé maternelle,

- antécédents d'un accouchement par opération césarienne itérative.

- Contre-indications

- nulliparité,
- allergies aux anesthésies,
- maladies hémorragiques.

2.8. La vasectomie

La vasectomie supprime la présence de spermatozoïdes dans le sperme. Elle consiste à interrompre la capacité reproductive de l'homme et donc de mettre fin de façon permanente à sa fertilité.

Le canal déférent de chaque côté est obstrué ou sectionné de façon à arrêter la libération de spermatozoïdes.

- Efficacité théorique

100 p. 100 si la réalisation est correcte.

- Avantages

- Contraception définitive,
- pas d'effet hormonal,
- n'affecte ni l'organisme ni le libido.

- Facteurs limitant

- Petite intervention chirurgicale chez le médecin ou au dispensaire.
- La vasectomie n'est efficace qu'après 2 mois ou jusqu'après la 20^e éjaculation.

- Effets secondaires

- Gonflement temporaire du scrotum,

- douleur ou gêne dans certains cas.
- Indication
 - Limitation de naissance.
- Contre-indications
 - infections généralisées ou infection au niveau de la zone à opérer,
 - hydrocèle ou varicocèle,
 - hernie inguinale,
 - tumeur testiculaire ou ectopie testiculaire,
 - filariose (éléphantiasis),
 - traitement anticoagulant.

DEUXIEME PARTIE
EVALUATION ADMINISTRATIVE DES ACTIVITES
DE PLANIFICATION FAMILIALE

EVALUATION ADMINISTRATIVE DES ACTIVITES DE PLANIFICATION FAMILIALE

1. CADRE D'ETUDE

L'étude a été réalisée au centre de santé de base du niveau 2 (CSB2)
d'Antanimena.

1.1. Le CSB2 d'Antanimena

Le CSB2 d'Antanimena est un dispensaire urbain.

1.1.1. Organisation

Il s'agit d'une formation sanitaire qui dispose :

- d'une salle de consultation externe,
- d'une salle de soins,
- d'une salle d'IEC,
- d'une salle de consultation prénatale,
- d'une pharmacie de détail,
- d'un magasin de pharmacie,
- d'un service de planification familiale,
- d'un service de vaccination,
- d'un service de surveillance pondérale et nutritionnelle,
- d'un secrétariat,
- d'une salle d'attente.

Le CSB2 d'Antanimena est un dispensaire urbain (figure n° 02).

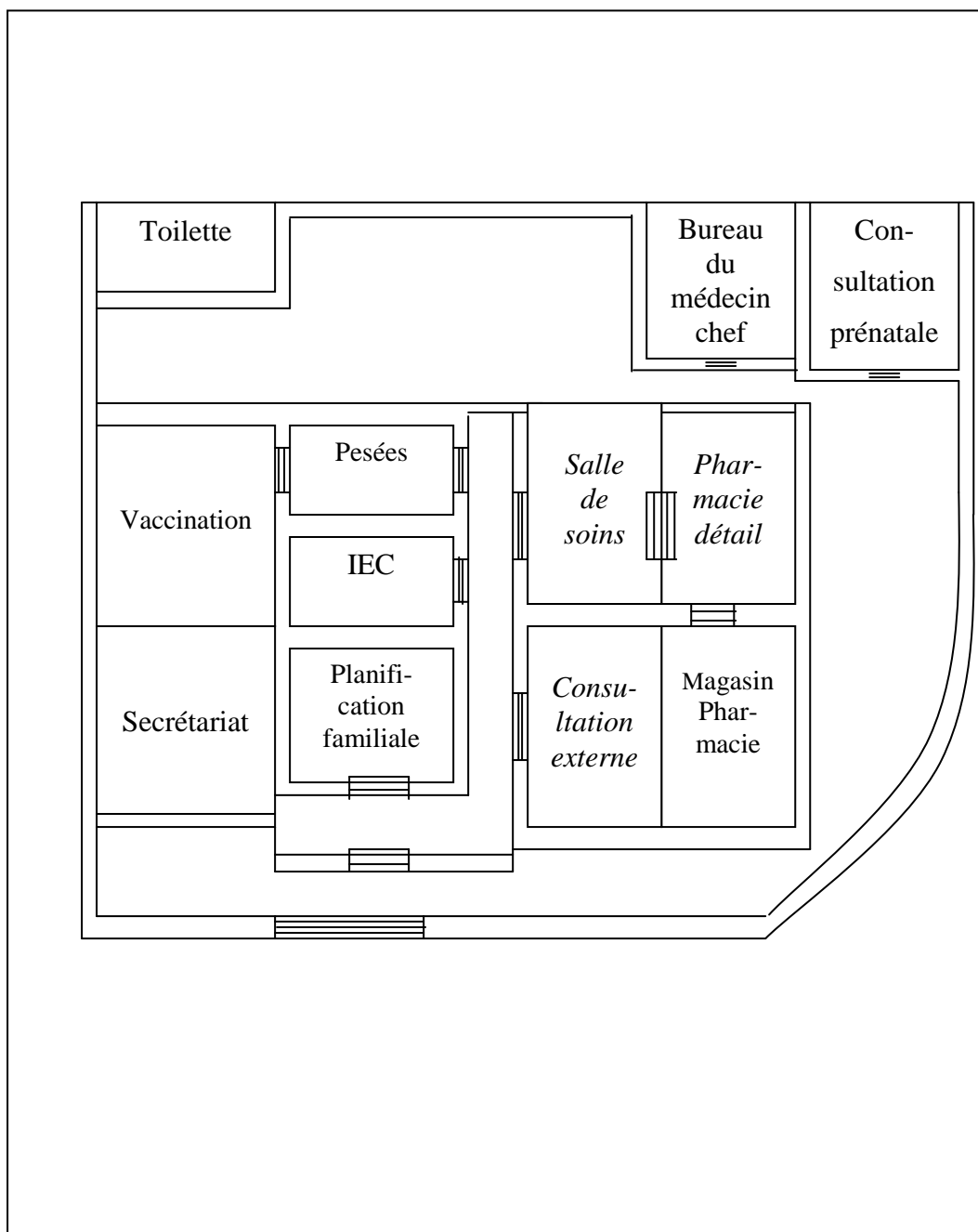


Figure n° 02 : Plan schématique du CSB2 d'Antanimena.

Source : CSB2 d'Antanimena

Le dispensaire ne dispose pas de maternité. Il n'y a pas de service de laboratoire (figure n° 03).



Figure n° 03 : Le CSB₂ d'Antanimena.

1.1.2. *Personnel*

Le personnel du CSB2 se compose de :

- 2 médecins dont un spécialiste de santé publique,
- 2 infirmiers,
- 5 sage-femmes,
- 2 secrétaires,
- 3 employés de service.

Le service de surveillance nutritionnelle est tenu par une sage-femme. Le CSB2 d'Antanimena est rattaché au service de santé de district d'Antananarivo ville.

1.2. Le secteur sanitaire

1.2.1. *Situation géographique*

Le secteur sanitaire d'Antanimena est situé dans la partie Nord-Ouest du troisième arrondissement de la commune urbaine d'Antananarivo ville. Le secteur sanitaire est un des plus vastes de la capitale, car il est constitué de 35 *Fokontany*, et s'étend sur 5,9 km² (figure n° 04). Les *Fokontany* sont présentés au tableau n° 4. Le grand nombre de *Fokontany* du secteur sanitaire fait que la plupart de la population théoriquement desservie, ne bénéficient pas des services offerts au niveau du CSB2 d'Antanimena. Des problèmes d'accessibilité dus à l'étendue du secteur méritent de trouver une solution.

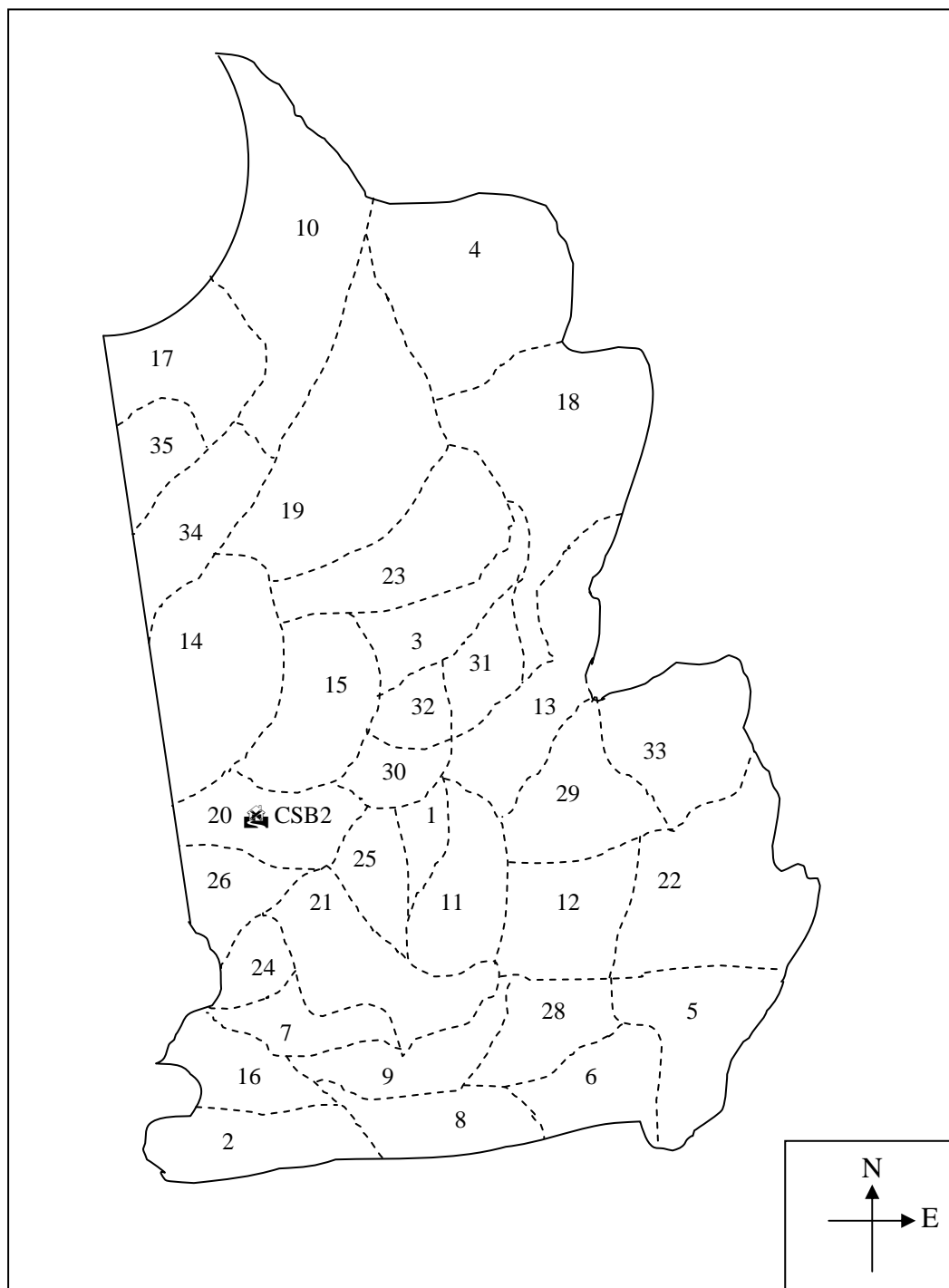


Figure n° 04 : Plan schématique du secteur sanitaire d'Antanimena.

Source : CSB2 d'Antanimena.

Tableau n° 02 : Liste des *Fokontany* du secteur sanitaire d’Antanimena.

N°	FOKONTANY
1	Ambatomitsangana
2	Antsakaviro - Ambodirotra
3	Ambodivona - Ankadifotsy
4	Ambohibary - Antanimena
5	Ambohitrakely
6	Ampahibe
7	Ampandrana Ouest
8	Ampandrana Est
9	Ampandrana - Besarety
10	Ankorondrano - Andranomahery
11	Andravoahangy Ouest
12	Andravoahangy Est
13	Andravoahangy tsena
14	Ankadifotsy - Antanifotsy
15	Ankaditapaka Nord
16	Ankadivato
17	Ankazomanga – Andaharo
18	Ankorondrano Est
19	Ankorondrano Ouest
20	Antanimena
21	Antaninandro - Ampandrana
22	Avaradoha
23	Befelatanana Ankadifotsy
24	Behoririka
25	Behoririka – Ambatomitsangana
26	Behoririka – Ankaditapaka
27	Besarety tsena
28	Betongolo
29	Mahavoky
30	Mandialaza – Ambatomitsangana
31	Mandialaza – Ambodivona
32	Mandialaza – Ankadifotsy
33	Soavinandriana
34	Tsaramasay
35	Antaniavo

1.2.2. Démographie

Le secteur sanitaire d'Antanimena compte 140.586 habitants dont 32.335 femmes en âge de procréer.

1.3. Les autres formations sanitaires

Les autres formations sanitaires du secteur sanitaire sont :

- Le centre hospitalier de Soavinandriana.
- 12 formations sanitaires privées.

2. METHODOLOGIE

2.1. Méthode d'étude

2.1.1. *Evaluation administrative (23)(24)(25)*

L'évaluation administrative vise à formuler un jugement sur l'aspect du programme d'une part, et l'ajustement des éléments du programme d'autre part (figure n° 05).

Dans la présente étude, la démarche d'évaluation administrative porte essentiellement sur :

i) Le contenu du programme de planification familiale 2002 du CSB2 d'Antanimena :

- L'objectif.
- Les stratégies.
- Les activités.
- Les ressources requises.

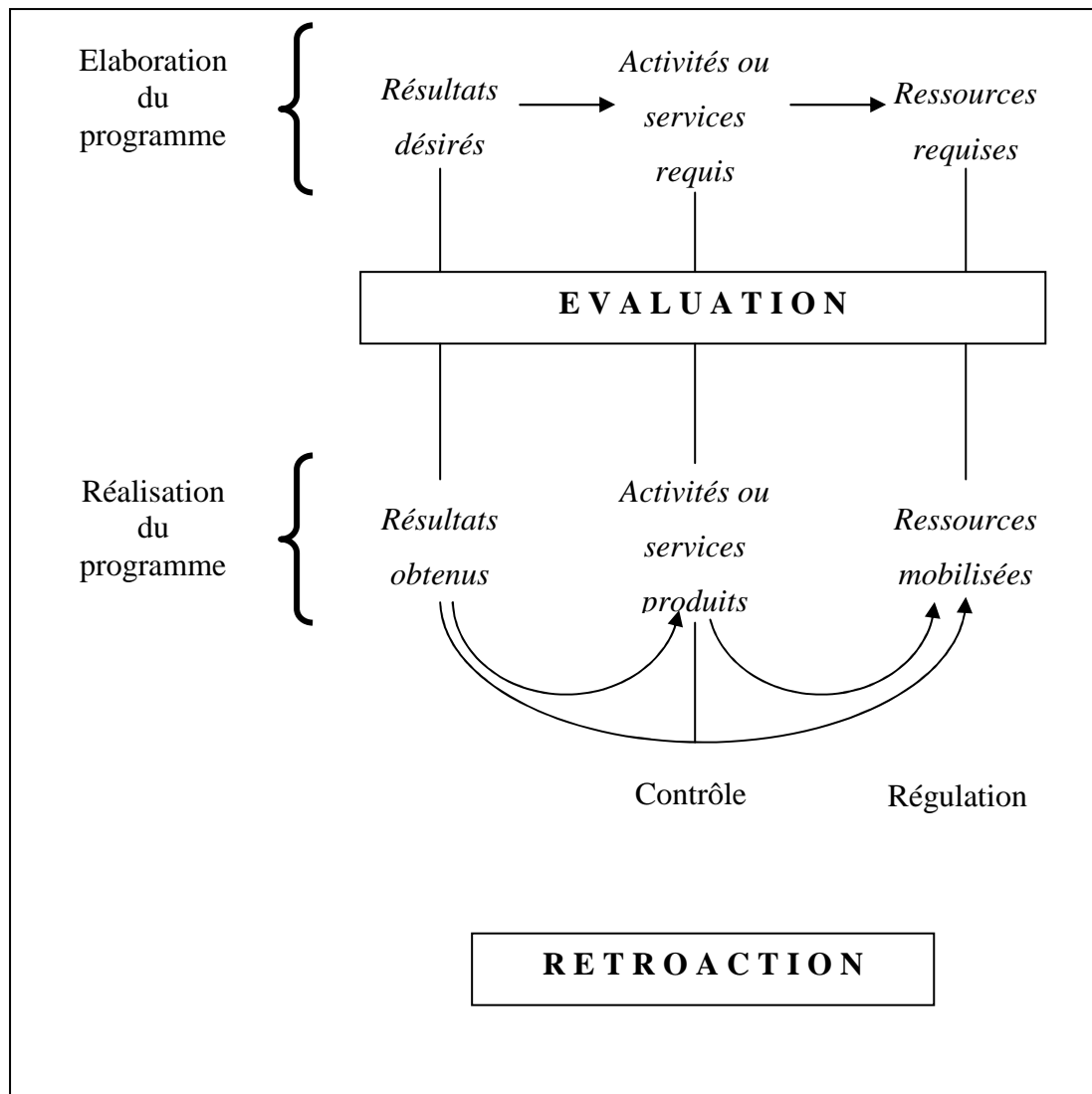


Figure n° 05 : Démarche de l'évaluation administrative.

ii) L'évaluation des résultats

- Couverture contraceptive réalisée par rapport au groupe cible.
- Type de méthodes contraceptives utilisées.
- Comportement des adhérentes.
- Activités réalisées.

iii) Les ressources mobilisées

- Personnel.
- Matériel et équipements.

2.1.2. Critères d'inclusion et particularités méthodologiques

- L'étude porte sur les femmes inscrites au programme de planification familiale du CSB2 d'Antanimena en 2002.
- Sont incluses dans l'étude, les femmes domiciliées dans le secteur sanitaire d'Antanimena et utilisatrices régulières.
- Sont exclues, les femmes utilisatrices du programme domiciliées dans les autres secteurs sanitaires.
- L'étude s'appuie sur les techniques épidémiologiques descriptives.

2.2. Paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

- Le programme de travail annuel ou PTA 2002
 - le groupe cible,
 - objectif,
 - stratégie,
 - activités,
 - ressources requises.
- Résultats obtenus et conditions de réalisation

- nombre d'adhérentes : (Adhérentes : femmes en âge de procréer inscrites au programme),
- nombre d'adhérentes du secteur sanitaire,
- nombre d'utilisatrices régulières du secteur sanitaire (utilisatrices : femmes adhérentes utilisant régulièrement et correctement le programme),
- répartition des femmes utilisatrices :
 - * selon les tranches d'âge,
 - * selon la situation matrimoniale,
 - * selon la parité,
 - * selon la profession,
 - * selon le domicile,
 - * selon la méthode de contraception utilisée,
 - * selon le motif de contraception.
- Couverture contraceptive.
- Ressources mobilisées.

3. RESULTATS

3.1. Le programme de travail annuel ou PTA 2002

- Le secteur sanitaire d'Antanimena compte 32.335 femmes en âge de procréer.
- Le programme de planification familiale 2002 est récapitulé au tableau n° 03.

Tableau n° 03 : PTA planification familiale 2002.

Dénomination	Contenu du programme
<u>Objectif :</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Atteindre une couverture contraceptive de 15%, c'est-à-dire : 4.851 femmes en âge de procréer.
<u>Stratégie :</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Ouverture du service PF tous les jours ouvrables
<u>Activités :</u>	<ul style="list-style-type: none"> • IEC (Information, éducation et communication) individuelle et collective. • Offres : Méthodes de : <ul style="list-style-type: none"> - contraception orale, - contraception injectable, - DIU (dispositif intra utérin) - Préservatifs ou condom

Tableau n° 03 : (Suite)

Dénomination	Contenu du programme
<u>Ressources</u> <u>requises :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Personnel : <ul style="list-style-type: none"> • Deux sages-femmes • Une employée de service - Matériel et équipements : <ul style="list-style-type: none"> • Balance pèse personne :1 • Tensiomètre : 1 • Stéthoscope : 1 • Jeu de spéculum vaginal : 1 • Porte-voix : 1 • Salle d'IEC avec bancs et tableau noir 	
<u>Produits</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Contraceptifs oraux (CO) - OVRETTE®

<u>contraceptifs :</u>	- Lo-femenal® • Contraceptifs injectables (CI) - Dépo provéra - Noristérat • DIU • Préservatifs masculins • Participation financière des usagers
<p style="text-align: center;"> CO : 500 Fmg/mois CI : 1.500 Fmg/trimestre DIU : 1.500 Fmg Préservatifs : 500 Fmg (3 pièces) </p>	

3.2. Réalisation du programme

Tableau n° 04 : Nombre d'adhérentes 2002.

Dénomination	Adhérentes venant des autres secteurs	Adhérentes du secteur sanitaire d'Antanimena	TOTAL
Nombre	51	2.448	2.499
Pourcentage	2,0	98,0	100%

• Parmi les 2.499 femmes inscrites au programme de planification familiale au CSB2 d'Antanimena en 2002, 51 viennent des autres secteurs sanitaires d'Antananarivo.

Tableau n° 05 : Adhérentes irrégulières, perdues de vue, et utilisatrices régulières du secteur sanitaire d'Antananarivo.

Dénomination	Femmes adhérentes irrégulières	Perdues de vue	Femmes utilisatrices	TOTAL
Nombre	112	8	2.328	2.448
Pourcentage	4,6	0,3	95,1	100%

Le groupe de femmes objet de l'étude est constitué par les femmes utilisatrices régulières du programme, domiciliées dans le secteur sanitaire d'Antanimena. Ces femmes sont au nombre de 2.328.

Tableau n° 06 : Répartition des utilisatrices régulières selon les tranches d'âge.

Dénomination	≤ 15 ans	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus	TOTAL
Nombre	0	955	792	419	162	2.328
Pourcentage	0,0	41,0	34,0	18,0	7,0	100%

- 75% des utilisatrices du programme sont âgées de 15 à 34 ans.

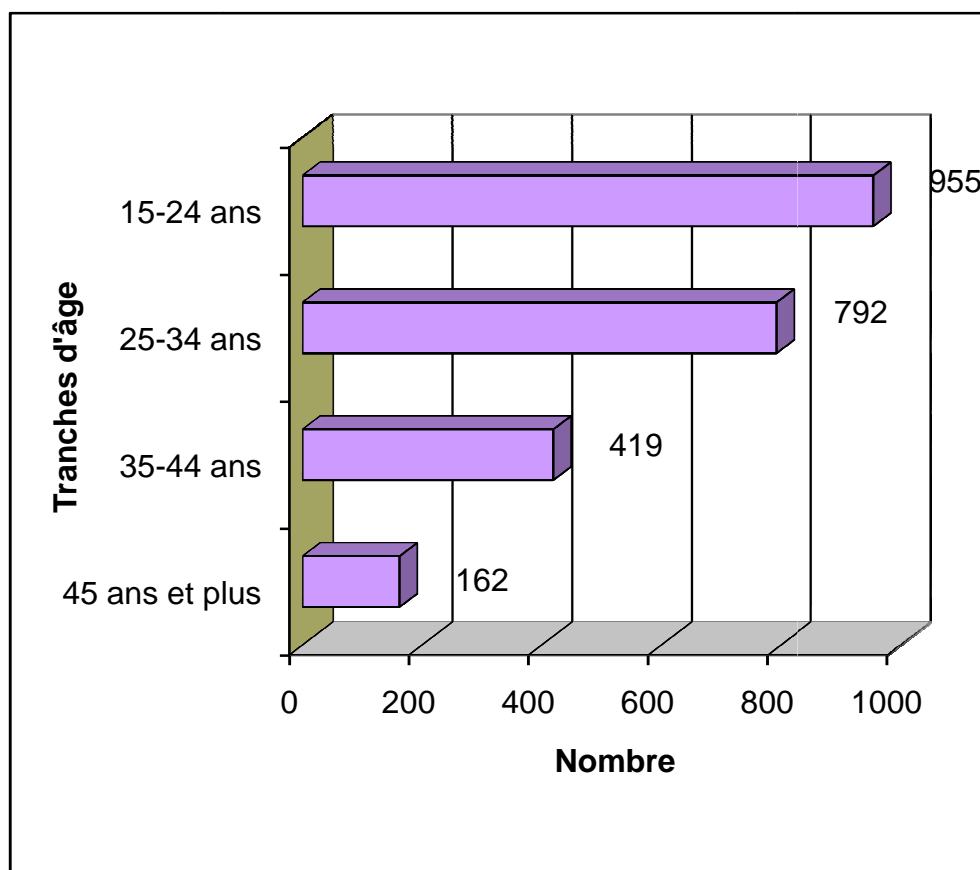


Figure n° 06 : Diagramme de la répartition des utilisatrices régulières selon les tranches d'âge.

Tableau n° 07 : Répartition des utilisatrices selon la situation matrimoniale.

Dénomination	Mariées	Célibataires	Veuves	Divorcées	TOTAL
Nombre	1.866	427	14	21	2.328
Pourcentage	80,2	18,3	0,6	0,9	100%

- 80,2% des femmes utilisatrices du programme sont des femmes mariées.

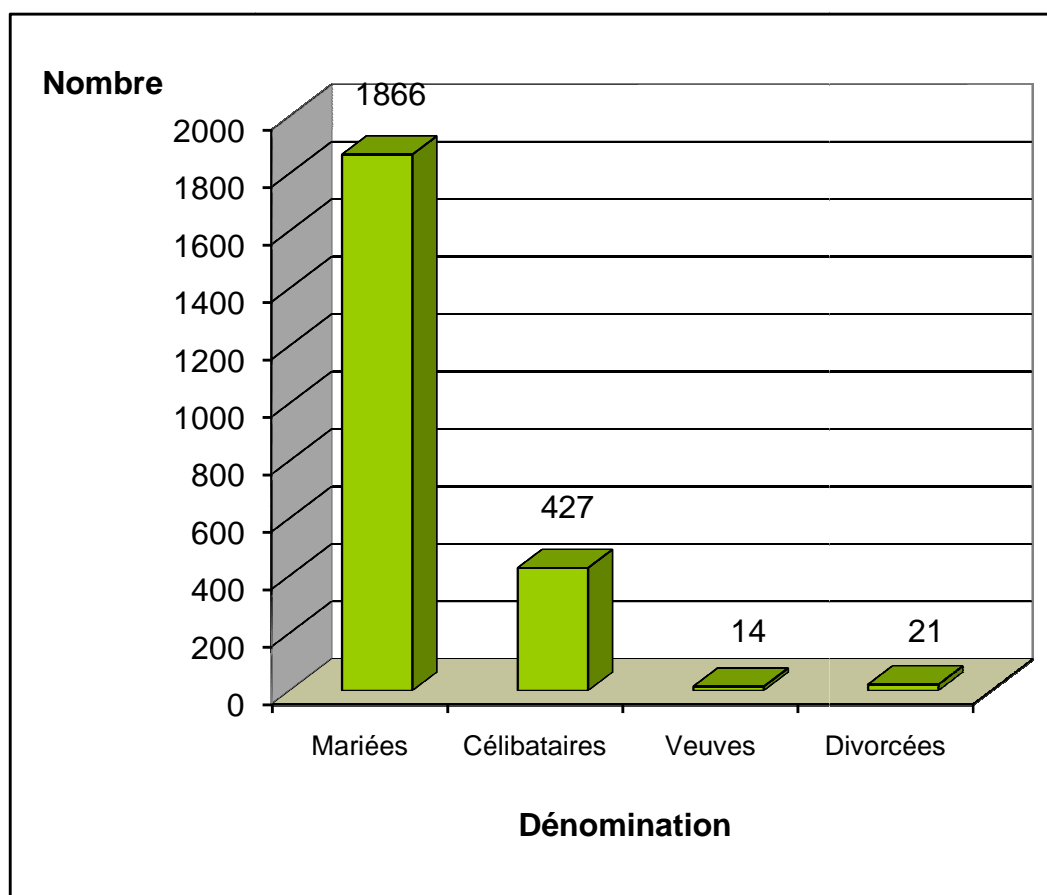


Figure n° 07 : Diagramme de la répartition des utilisatrices selon la situation matrimoniale.

Tableau n° 08 : Répartition des utilisatrices selon la parité.

Dénomination	Parité I	Parité II	Parité III	Parité IV et plus	TOTAL
Nombre	72	754	263	1.239	2.328
Pourcentage	3,1	32,4	11,3	53,2	100%

- 53,2% des utilisatrices ont une parité égale à IV et plus.
- 32,4% ont une parité égale à II.

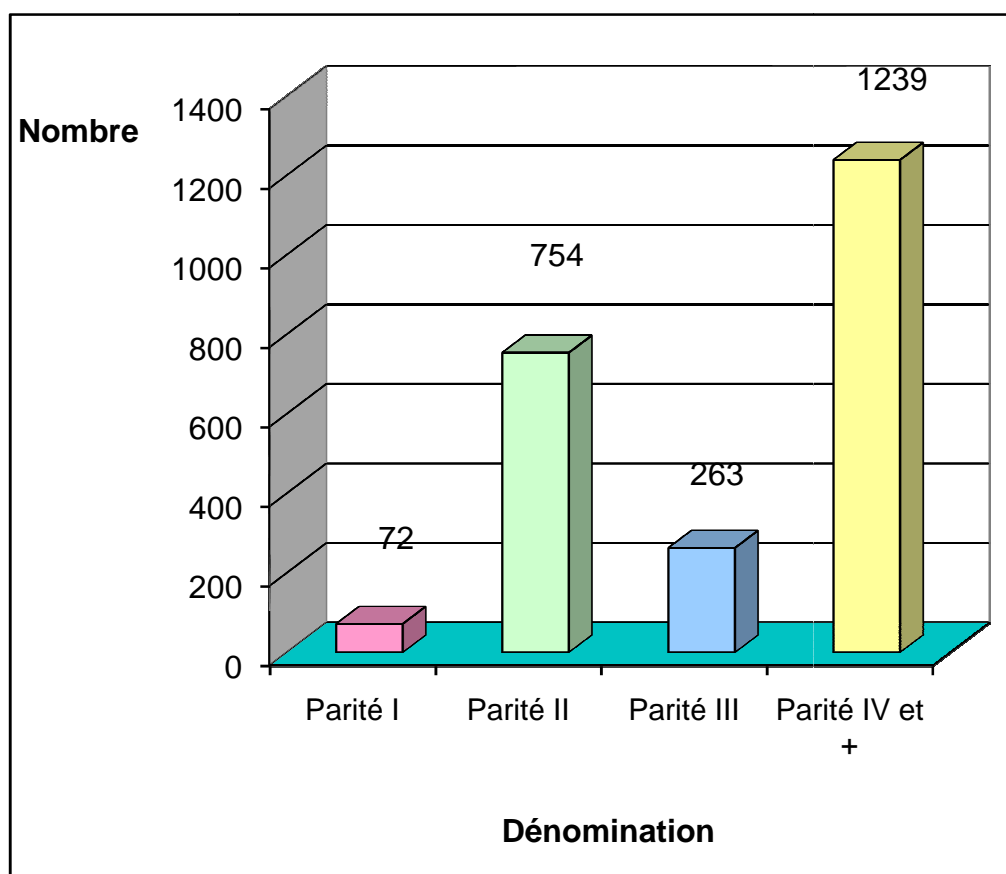


Figure n° 08 : Diagramme de la répartition des utilisatrices selon la parité.

Tableau n° 09 : Répartition des utilisatrices selon la profession.

N°	Dénomination	Nombre	Pourcentage
01	Femmes au foyer	252	10,8
02	Commerçantes (secteur informel)	36	1,6
03	Ménagères (employées de maison)	610	26,2
04	Enseignantes (secteur privé)	29	1,3
05	employées de bureau (secteur privé)	823	35,4
06	Lessiveuses	35	1,5
07	Epicières	34	1,5
08	Vendeuses (secteur privé)	16	0,7
09	Fonctionnaires employées de service	33	1,4
10	Secrétaires (secteur privé)	41	1,8
11	Employées des zones franches	151	6,5
12	Couturières	24	1,0
13	Vendeuses de friperies	48	2,1
14	Vendeuses de café (informel)	93	4,0
15	Enseignantes au CEG	49	2,1
16	Cultivatrices – élèveuses	54	2,3
	TOTAL	2.328	100%

Tableau n° 10 : Répartition des utilisatrices selon le domicile.

N°	N° fokontany	Dénomination	Nombre	Pourcentage
01	20	Antanimena	302	13,0
02	26	Behoririka – Ankaditapaka	270	11,6
03	14	Ankadifotsy – Antanifotsy	204	8,7
04	15	Ankaditapaka Nord	253	10,8
05	25	Behoririka – Ambatomitsangana	228	9,7
06	23	Befelatanana – Ankadifotsy	193	8,2
07	24	Behoririka	201	8,6
08	1	Ambatomitsangana	17	0,7
09	30	Mandialaza – Ambatomitsangana	185	7,9
10	19	Ankorondrano – Ouest	61	2,6
11	3	Ambodivona – Ankadifotsy	107	4,5
12	32	Mandialaza – Ankadifotsy	142	6,1
13	31	Mandialaza – Ambodivona	87	3,7
14	21	Antaninandro – Ampandrana	92	3,9
		TOTAL	2.328	100%

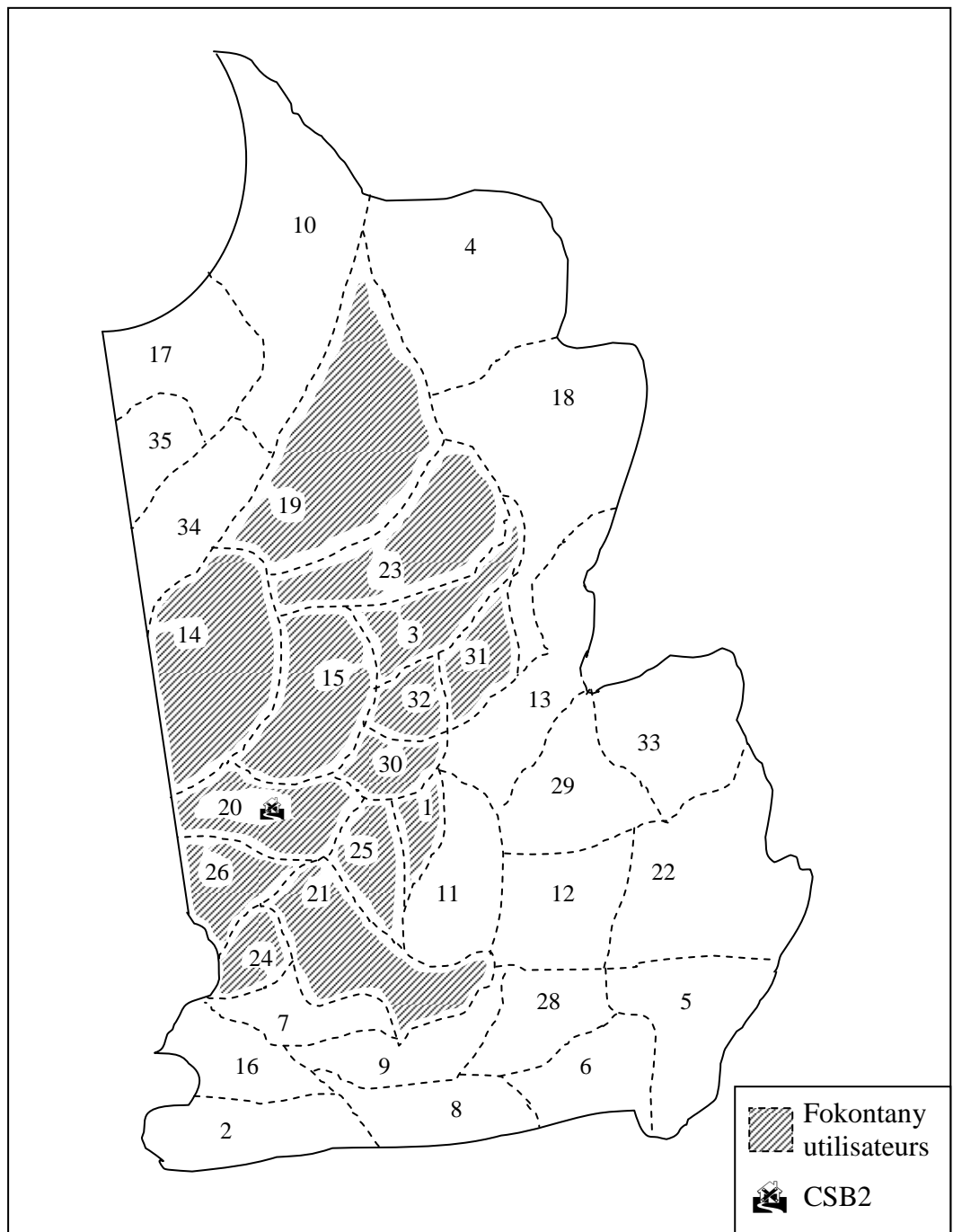


Figure n° 09 : Carte de l'utilisation du CSB2 d'Antanimena par les *fokontany* du secteur sanitaire.

Tableau n° 11 : Répartition des utilisatrices selon la méthode contraceptive utilisée.

Dénomination	Contraceptifs oraux	Contraceptifs injectables	DIU	Préservatifs	TOTAL
Nombre	822	1.385	47	74	2.328
Pourcentage	35,3	59,5	2,0	3,2	100%

- La majorité des utilisatrices optent pour la contraception injectable.

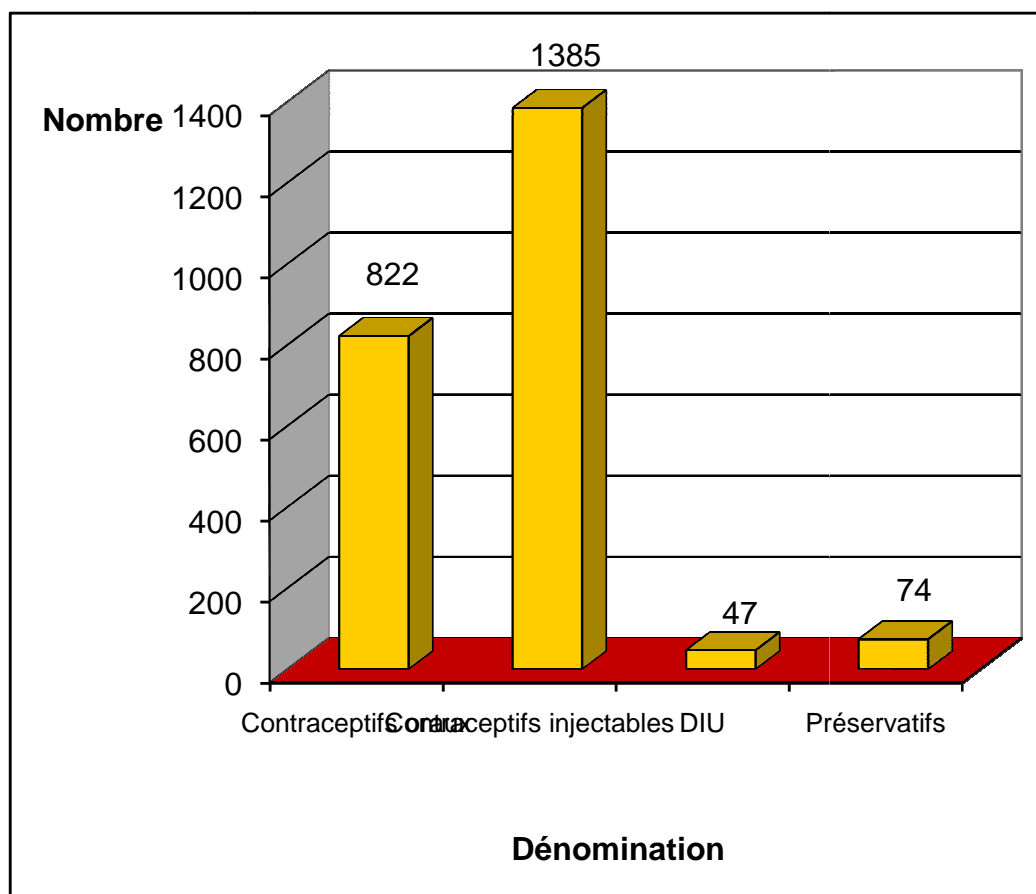


Figure n° 10 : Diagramme de la répartition des utilisatrices selon la méthode contraceptive utilisée.

Tableau n° 12 : Répartition des utilisatrices selon le motif de contraception.

Dénomination	Espacement de naissances	Limitation de naissances	TOTAL
Nombre	1.639	689	2.328
Pourcentage	70,4	29,6	100%

3.3. Couverture contraceptive

Tableau n° 13 : Couverture contraceptive réalisée.

Dénomination	Femmes du secteur sanitaire utilisant régulièrement le programme PF	Femmes du secteur sanitaire irrégulières ou n'utilisant pas le programme	TOTAL
Nombre	2.328	30.007	32.335
Pourcentage	7,2	92,8	100%

- La couverture contraceptive globale est de : 7,2%.

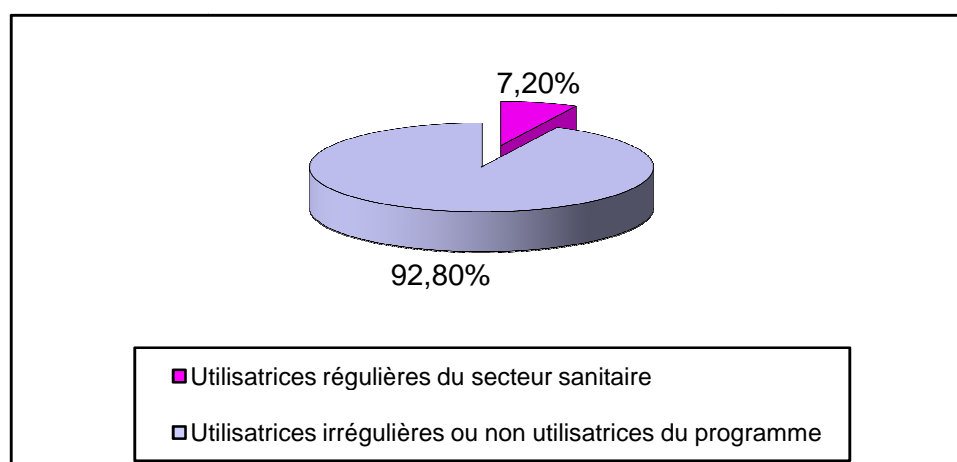


Tableau n° 14 : Couverture contraceptive réalisée par rapport à la couverture contraceptive visée en 2002.

Dénomination	Femmes cibles atteintes	Femmes cibles non atteintes	Femmes cibles en 2002
Nombre	2.328	2.523	4.851
Pourcentage	48,0	52,0	100%

- La couverture contraceptive visée est de 15% par rapport à la population cible de 32.335 femmes en âge de procréer, c'est-à-dire 4.851 femmes cibles.
- Le programme PF 2002 a atteint 48% de son objectif de couverture.

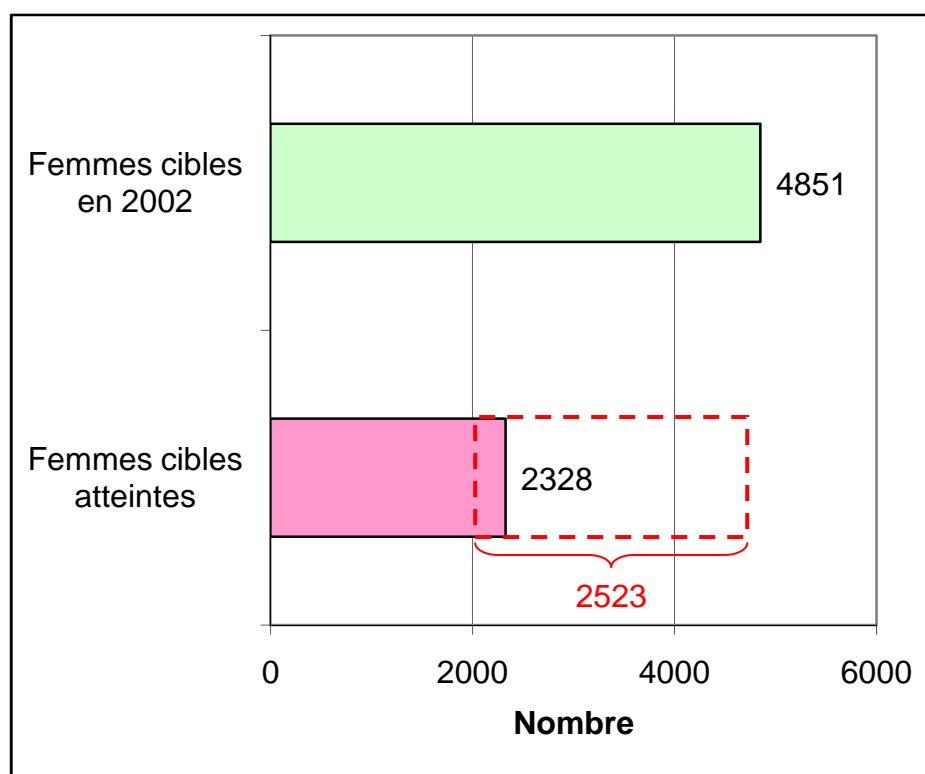


Figure n° 12 : Diagramme de la couverture contraceptive par rapport à la couverture visée en 2002.

3.4. Ressources mobilisées

Tableau n° 15 : Ressources mobilisées par rapport aux ressources requises.

Dénomination	Ressources requises	Ressources mobilisées	Ecart
Personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Deux sages-femmes • 1 employé de service 	1 sage-femme 1 employé de service	1 sage-femme 0
Matériel et équipements	<ul style="list-style-type: none"> • Balance pèse-personne : 1 • Tensiomètre : 1 • Stéthoscope : 1 • Jeu de spéculums vaginaux : 1 • Porte voix : 1 • Salle d'IEC avec bancs et tableau noir 	Balance pèse-personne : 1 Tensiomètre : 1 Stéthoscope : 1 2 spéculums - 1 GM - 1 PM Porte voix : 0 0	0 0 0 1 spéculum vaginal MM 1 porte voix 1 salle d'IEC équipée
Produits contraceptifs	<ul style="list-style-type: none"> - Ovrette® quantité suffisante - Lo-femenale quantité suffisante - Depo provera® - Noristerat® - DIU - Préservatifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Ovrette® quantité suffisante - Rupture de stock - Rupture de stock - DIU - Préservatifs quantité suffisante 	0 - - 0 0

TROISIEME PARTIE :
COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

La planification familiale est une priorité dans la politique nationale à Madagascar depuis cette année 2004.

L'étude que nous avons menée sur la planification familiale au CSB2 d'Antanimena, et se rapportant à l'année 2002 semble justifier cette décision politique.

1.1. Contenu du programme PF 2002

L'analyse du PTA (Programme de Travail Annuel) du CSB2 d'Antanimena concernant le service de planification familiale a permis de noter les principaux points suivants :

- Le PTA se propose d'avoir au programme 4.851 femmes en âge de procréer du secteur sanitaire, c'est-à-dire, 15% du groupe cible du secteur sanitaire.
- Pour ce faire, le service a prévu d'être disponible tous les jours ouvrables.
- Les ressources requises sont essentiellement :
 - deux sages-femmes,
 - un employé de service,
 - un minimum de matériel technique,
 - des produits contraceptifs en qualité et en quantité suffisante,
 - une salle d'IEC.
- Le problème que le CSB2 rencontre dans l'élaboration du PTA est qu'il n'est pas informé à l'avance sur les ressources pouvant être disponibles dans la réalisation du PTA.
- Le PTA est donc rédigé sur la base du bon sens des responsables du CSB2. Mais le PTA ainsi rédigé et envoyé par voie hiérarchique aux instances supérieures n'est pas toujours suivi de la dotation des ressources requises.

1.2. Les activités réalisées

En 2002, le CSB2 d'Antanimena a enregistré 2.328 utilisatrices régulières du programme de planification familiale.

1.2.1. *Tranche d'âge et situation matrimoniale*

Les utilisatrices régulières sont dans la majorité des cas âgées de 15 à 24 ans (41%), et de 25 à 34 ans (34%). Les utilisatrices âgées de 35 à 44 ans sont nettement moins nombreuses (18%).

L'analyse note l'enregistrement de 162 femmes âgées de 45 ans et plus (7%). On peut se poser un certain nombre de questions sur ces femmes âgées qui utilisent encore les méthodes contraceptives. Elles ont probablement encore leurs règles régulièrement et n'ont pas envie d'avoir de « mauvaises surprises ». Elles peuvent également avoir déjà le nombre d'enfants souhaités et veulent limiter définitivement les naissances. Ou encore, elles sont divorcées ou veuves et ne veulent pas pour des raisons multiples courir le risque d'être enceintes. De toute façon, sans mesure adéquate de contraception, il n'est pas impossible d'être enceinte après 45 ans.

La situation matrimoniale des utilisatrices régulières permet d'ailleurs d'avoir une meilleure idée sur leur comportement :

- elles sont mariées dans 80,2% des cas,
- célibataires dans 18,3% des cas,
- veuves dans 0,6% des cas,
- divorcées dans 0,9% des cas.

La majorité des femmes âgées de 45 ans et plus qui utilisent encore les méthodes contraceptives sont des femmes mariées probablement.

1.2.2. *Parité*

L'étude de la parité des utilisatrices régulières permet de noter que la majorité des femmes inscrites au programme ont une parité égale ou supérieure à IV (53,2%). Ces femmes suivent probablement le programme pour une limitation de naissances.

31% des femmes ont une parité égale à 1 et 32,4% une parité égale à 2. Ces 2 groupes de femmes suivent probablement le programme pour un espacement des naissances.

Pour les femmes qui ont une parité égale à 3, elles se partagent probablement les motifs de contraception.

1.2.3. *Profession et domicile*

Les femmes inscrites au programme de planification familiale du CSB2 d'Antanimena ont des professions diverses. Les plus fréquentes sont :

- les employées de bureau du secteur privé,
- les ménagères ou employées de maison,
- les femmes au foyer,
- les employées de la zone franche.

Il s'agit apparemment des femmes de condition socio-économique modeste. Les professions des autres femmes justifient d'ailleurs ce constat : cultivatrices, lessiveuses, vendeuses de friperie et commerçantes du secteur informel, couturières...etc. Toutefois, on note une minorité constituée par des enseignantes au collège d'enseignement général, quelques fonctionnaires, et des secrétaires du secteur privé.

En milieu urbain, beaucoup de femmes de condition aisée pratiquent certainement les méthodes de contraception moderne en fréquentant des centres de santé privés et n'utilisent pas le CSB2 pour des raisons multiples : éloignement, type de contraception, des médecins personnels, qualité des prestations...etc.

Le problème d'éloignement se confirme quand on étudie le tableau n° 10 et la figure n° 09. On note en effet que sur 35 *fokontany* qui constituent le secteur sanitaire d'Antanimena, 14 *fokontany* seulement utilisent le CSB2 d'Antanimena. La figure n° 09 montre que les *fokontany* utilisateurs du CSB2 sont ceux qui se trouvent à proximité du CSB2. Même en ville, le problème d'accessibilité géographique peut se poser quand le secteur sanitaire est trop vaste : les embouteillages, les frais de déplacement, les pertes de temps, peuvent expliquer ce taux d'utilisation assez bas du CSB2 qui ne concerne même pas la moitié des *fokontany* du secteur sanitaire.

1.2.4. Méthodes utilisées et motifs de contraception

La méthode contraceptive injectable est apparemment la méthode la plus utilisée, puisqu'elle concerne 59,5% des femmes utilisatrices du programme. Beaucoup de femmes utilisent aussi la méthode de contraception orale (35,3%). Le DIU ou dispositif intra utérin n'intéresse que 2% des utilisatrices et les préservatifs n'intéressent que 3,2% des femmes. Ces dernières sont probablement en majorité des femmes célibataires, veuves ou divorcées qui viennent prendre régulièrement leurs lots de préservatifs pour leurs partenaires. Les préservatifs n'entraînent pratiquement pas d'effets secondaires et c'est peut être pour cette raison que certaines femmes préfèrent utiliser ce mode de contraception.

Selon le tableau n° 12, les femmes utilisatrices du programme pratiquent la contraception moderne pour une limitation des naissances dans 29,6% des cas, et pour un espacement de naissances dans 70,4% des cas. Si les familles malgaches commencent à abandonner progressivement l'objectif d'avoir « 7 filles et 7 garçons », beaucoup de couples tiennent encore apparemment à faire 4 ou 5 enfants.

1.2.5. Couverture contraceptive

- Couverture contraceptive globale

Par rapport au nombre de femmes en âge de procréer du secteur sanitaire qui est de 32.335 femmes, les 2.328 femmes qui utilisent le programme de planification familiale du CSB2 d'Antanimena représentent 7,2% du groupe cible. La couverture contraceptive globale est donc de 7,2%.

- Couverture contraceptive par rapport à l'objectif 2002

Le programme de travail annuel 2002 a visé 4.851 femmes du secteur sanitaire (18%). Les résultats obtenus montrent que 2.328 femmes seulement ont pu être atteintes. Les activités réalisées couvrent donc 48% de l'objectif visé. Un certain nombre de facteurs peuvent expliquer cette situation dont le problème d'accessibilité. Mais les principales raisons sont probablement l'insuffisance des ressources du CSB2.

1.2.6. Ressources mobilisées

L'analyse des ressources disponibles et mobilisées explique en partie les résultats obtenus par le PTA 2002.

- En 2002, une seule sage-femme s'est occupée du service de planification familiale avec l'aide d'un employé de service. Par rapport à l'objectif visé et aux ressources humaines prévues au lieu d'une charge de travail de 1 sage-femme pour 2.426 femmes cibles, la charge de travail est devenue de 4.851 femmes cibles pour 1 sage-femme.

- La non disponibilité de certaines ressources requises comme la salle d'IEC, le porte voix...etc, explique en partie la faible performance du programme.

1.2.7. Activités d'IEC

Les activités d'IEC sont parmi les activités qui ont subi une contre-performance importante, puisque même les activités prévues en stratégie n'ont pu se faire qu'à titre d'IEC individuelle, c'est-à-dire, sous forme de conseils donnés au utilisatrices en cas de besoin.

2. SUGGESTIONS

Compte tenu des résultats obtenus par notre étude, nos suggestions concernent :

- le renforcement des ressources du CSB2,
- un réajustement de la délimitation du secteur sanitaire,
- un développement en double stratégie des activités d'IEC.

2.1. Renforcement des ressources du CSB2

Pour permettre au service de planification familiale du CSB2 d'Antanimena, il est nécessaire au moins :

- d'avoir le personnel requis :
 - deux sages-femmes sont nécessaires pour le bon déroulement des activités qui ne concernent pas seulement l'offre des méthodes de contraception, mais aussi les activités d'IEC. Une formation adaptée et périodique du personnel responsable est suggérée pour améliorer la qualité des services.
- La disponibilité d'une salle d'IEC est indispensable pour les séances collectives d'IEC. Il est possible en attendant mieux, car il est difficile d'envisager une extension du CSB2 à court terme, d'utiliser la véranda du CSB2 pour des séances d'IEC en petits groupes.
- Par contre, des équipements comme le porte-voix, le tableau noir, ou un flippers sont indispensables.

2.2. Réajustement du secteur sanitaire

L'étude des domiciles des utilisatrices a permis de constater que la plupart des *fokontany* sont trop éloignés du CSB2, et il serait avantageux pour la population et pour le CSB2 de réduire le secteur sanitaire aux *fokontany* utilisateurs, c'est-à-dire, 14 *fokontany* (figure n° 13).

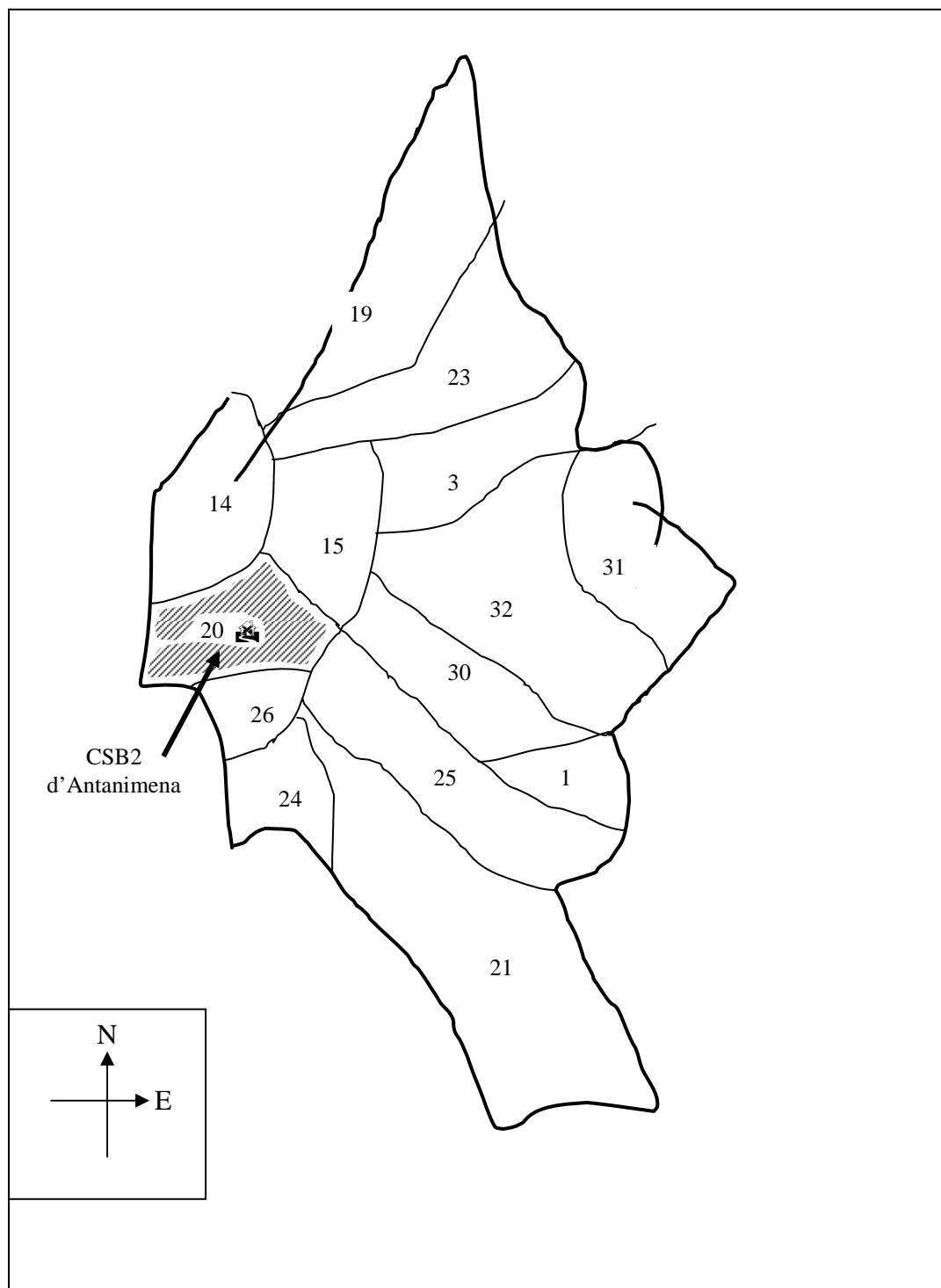


Figure n° 13 : Carte schématique du secteur sanitaire proposée pour le CSB2 d'Antanimena.

Les 14 *fokontany* proposés pour faire partie du secteur sanitaire sont :

- (10) : Antanimena
- (14) : Ankadifotsy – Antanifotsy
- (26) : Behoririka – Ankaditapaka
- (24) : Behoririka
- (21) : Antaninandro – Ampandrana
- (25) : Behoririka – Ambatomitsangana
- (1) : Ambatomitsangana
- (19) : Ankorondrano Ouest
- (23) : Befelatanana – Ankadifotsy
- (3) : Ambodivona – Ankadifotsy
- (15) : Ankaditapaka Nord
- (30) : Mandialaza – Ambatomitsangana
- (31) : Mandialaza – Ambodivona
- (32) : Mandialaza – Ankadifotsy

Pour les autres *fokontany* qui ne figurent pas dans le secteur proposé, l'implantation d'un CSB2 à Andravoahangy ou à Besarety pourrait améliorer l'accessibilité de la population de ces *fokontany* au CSB2 responsable. A court terme, le dispensaire de l'Institut d'Hygiène social représente un centre de santé géographiquement plus accessible.

2.3. Développement en double stratégie des activités d'IEC

Des activités intenses d'IEC pourraient améliorer de façon conséquente le taux de couverture contraceptive du CSB2 d'Antanimena. Pour cela, la mise en œuvre d'une double stratégie est proposée :

i) Seront menées en stratégie fixe, c'est-à-dire, au niveau du CSB2, des activités d'IEC individuelles données sous forme de conseils aux utilisatrices ou sous forme de petites séances en petits groupes.

- Les séances en petits groupes seront données quotidiennement, en évaluant l'assimilation des 2 ou 3 points traités par la méthode des pré et post test. Les résultats de ces tests permettront de réajuster le programme pour les journées suivantes et pour chaque groupe fixé préalablement.

- La bonne réalisation de ces petites séances nécessite une organisation adéquate et regroupement des femmes en fonction de leur disponibilité. La constitution de groupes compatibles conditionne la réussite de l'entreprise. Le niveau d'instruction peut constituer un bon critère de groupage quand il s'ajoute au critère de disponibilité (figure n° 14).

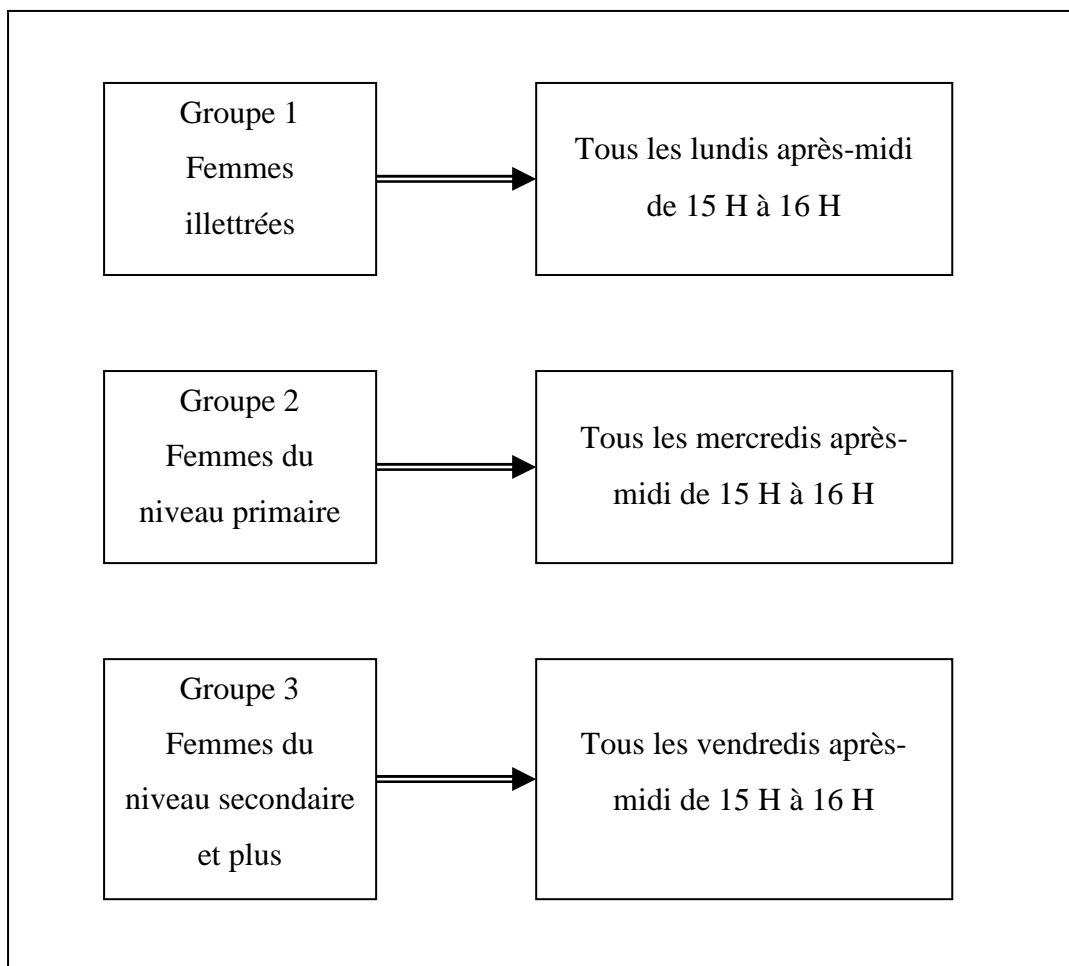


Figure n° 14 : Exemple de groupage et d'organisation des séances d'IEC chez les utilisatrices du programme PF.

ii) Seront menées en stratégie mobile, c'est-à-dire, au niveau de chaque *fokontany* du secteur sanitaire, des séances d'IEC à raison de 3 séances par *fokontany* par an, soit 42 séances d'IEC en stratégie mobile par an.

La réalisation des séances d'IEC en stratégie mobile et en stratégie fixe nécessite la formation d'un groupe d'animateurs compétents.

L'équipe d'animateurs peut par exemple être constituée par 2 sages-femmes et 1 employé de service. L'équipe peut être renforcée à l'occasion par des étudiants en médecine stagiaires.

Dans tous les cas, les séances d'IEC peuvent être renforcées par la distribution de prospectus d'IEC sur la planification familiale de préférence rédigés en malgache. Des illustrations peuvent faciliter la compréhension et encourager la lecture des prospectus.

CONCLUSION

L'importance de la planification familiale n'est plus à démontrer pour une meilleure santé de la famille et pour favoriser le développement socio-économique, en particulier dans les pays pauvres.

L'étude que nous avons menée sur le programme de planification familiale mis en œuvre au CSB2 d'Antanimena en 2002 a permis de mettre en évidence certains points qui entravent le développement de la planification familiale et qui méritent de trouver une solution. En effet, en 2002, le CSB2 d'Antanimena a réalisé un taux de couverture globale contraceptive de 7,2%. Ce taux de couverture contraceptive représente à peine la moitié de l'objectif visé en 2002, qui était d'atteindre 15% de couverture globale.

Les principaux problèmes sont constitués par l'insuffisance des ressources disponibles. Ceci concerne essentiellement le personnel (1 seule sage-femme pour s'occuper théoriquement de 32.335 femmes en âge de procréer du secteur sanitaire), les équipements, le matériel et l'infrastructure (pas de salle d'IEC, matériel technique insuffisant).

Afin d'améliorer la couverture contraceptive et la qualité des services, nous avons formulé une première suggestion qui consiste à renforcer les ressources disponibles. La deuxième suggestion porte sur le réajustement du secteur sanitaire qui ne concerne plus que 14 *fokontany* situés à proximité du CSB2. La troisième suggestion se rapporte au développement d'un programme d'IEC qui serait mené en double stratégie : des séances d'IEC menées en stratégie fixe au niveau du CSB2 permettraient surtout de renforcer les acquis. Les séances d'IEC menées en stratégie mobile au niveau des *fokontany* viseraient plutôt à augmenter la couverture contraceptive réalisée au niveau du CSB2 d'Antanimena.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ela JM. Face au défi du nombre, quel développement en Afrique Noire ? Louvain la Neuve, Academia Erasme, 1990 : 47-67.
2. Singleton M, Vandeschrick C. L'explosion démographique : mythe ou réalité ? Univers, 1989 : 3.
3. Szykman M. Problèmes d'évaluation des politiques antinatalistes, Paris : Ciaco, 1985 : 7-47.
4. Bennett CA, Lumsdaine AA. Evaluation and Experiment, New York : Academic Press, 1975.
5. OMS. L'évaluation des programmes de santé : principes directeurs. Genève : OMS, 1981 : 17.
6. Shortell SM, Richardson WC. Health Program Evaluation. St Louis : Mosby Company, 1978 : 3.
7. Battista RN, Trembley J. Méthodes d'évaluation. Québec : Presse Universitaire, 1985 ; 112 : 497-532.
8. Lance JM. L'évaluation des programmes de santé et sécurité du travail. Montréal : Presse Universitaire, 1981 ; 114 : 17.
9. Verrey JE, Kahezny AD. Evaluation and Decision Making for Health Services Programs. New York : Springer Pub, 1974 : 214.
10. Lecompte R. Les paradigmes méthodologiques en recherche évaluative. Québec : Presse de l'Université, 1982 ; 3 : 41.

11. Holland WH. Evaluation of Health Care. Oxford : Press Oxford, 1983 ; 112 : 27.
12. Morris LL, Fitz-Gibbon TC. Evaluation Handbook, Beverly Hills, California : Sage Pub, 1978.
13. Cho LJ, Retherford RD. Comparative analysis of recent fertility trends in East Asia. Liège : “Congrès international de la population” Press, 1973 ; 3 : 163-181.
14. Donabédian A. Explorations in Quality Assessment and Moritoring. Michigan : Administration Press, 1980 ; 23 : 111-126.
15. Sackett DL. Evaluation of health services in public health. New York : Last journal Appelton-century-crafts, 1980 ; 222 : 1888.
16. Sentis S. Maîtrise de la fécondité par la méthode naturelle. New York : Billings, 1994 : 31.
17. Simon P. Le contrôle des naissances : Histoire, philosophie, morale. Paris : Payot, 1966 : 294.
18. Courtien C, Mares P. Contraception : Méthodes, efficacité, choix, contre-indications, surveillance, risques. La revue des praticiens, 1992 : 2223-2234.
19. Collomb P. La diffusion des méthodes contraceptives modernes en France. Paris : Revue internat de pédiatrie, 1979 ; 12 : 1045-1066.
20. OMS. Choix des méthodes contraceptives. Guide pratique et théorique. Genève : OMS, 1992 : 20.

21. OMS. Contraceptions mécaniques et spermicides. Genève : OMS, 1987 : 17.
22. Morthman KJ. Modern epidemiology. Boston : Little Brown, 1986 ; 3 : 23-24.
23. Dabis F, Drucker J, Moren A. Epidemiologie d'Intervention. Paris : Arnette, 1992 : 9-23.
24. Pineault R, Davehey C. La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies. Montréal : Agence d'arc, 1990.
25. Loriaux M. L'analyse causale face aux effets d'interaction. Paris : Revue française de sociologie, 1972 ; 13 : 550-568.

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 raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba 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 mamoafoady 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.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO PAUL

Nom et Prénoms : RAKOTOBE née RAJOELY Lydia Nicole

**Titre de la thèse : « EVALUATION DU PROGRAMME DE PLANIFICATION
FAMILIALE 2002 AU CSB₂ D'ANTANIMENA »**

Rubrique : Santé publique

Nombre de figures : 14 Nombre de pages : 50 Nombre de tableaux : 15

Nombre de diagrammes : 06 Nombre de références bibliographiques : 25

RESUME

La présente thèse intitulée « Evaluation du programme de planification familiale 2002 au CSB₂ d'Antanimena » est une étude qui a pour objectif de mesurer la situation actuelle et ce qui reste à faire pour obtenir des résultats satisfaisants dans le domaine du planning familial.

La présente étude qui a été menée au CSB₂ d'Antanimena développe un travail d'évaluation qui s'appuie sur les techniques de l'évaluation administrative.

Les résultats obtenus montrent qu'en 2002, le CSB₂ a enregistré 2.328 femmes utilisatrices du programme, c'est-à-dire, une couverture contraceptive de 7,2% au lieu du taux de 15% visé sur 32.335 femmes en âge de procréer. Les raisons de cette couverture insuffisante sont nombreuses pour ne citer que l'insuffisance des ressources, un secteur sanitaire trop vaste avec 35 *fokontany*, et des activités très limitées d'IEC.

Afin d'améliorer la situation, nous avons formulé trois suggestions qui portent en premier lieu sur le renforcement des ressources disponibles, en deuxième lieu sur le réajustement du secteur sanitaire qui ne devrait plus contenir que 14 *fokontany*, et en dernier lieu sur le développement d'un programme d'IEC en double stratégie : une stratégie fixe sous forme de conseils individuels et d'IEC par groupe au niveau du CSB₂, une stratégie mobile sous forme de 3 séances d'IEC par *fokontany* par an, afin d'améliorer la couverture contraceptive.

**Mots-clés : Planning familial – Méthodes contraceptives – Stratégie –
IEC – Taux de couverture.**

Directeur de thèse : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Adresse de l'auteur : Lot II K 2 Andravoahangy Ambony

Name and first name : RAKOTOBÉ née RAJOELY Lydia Nicole

**Title of the thesis : « ASSESSMENT OF THE DOMESTIC SCHEDULING
PROGRAM 2002 TO THE HBC₂ OF ANTANIMENA »**

Heading : Public Health

Number of figures : 14 Number of pages : 50 Number of tables : 15

Number of diagrams : 06 Number of bibliographical references : 25

SUMMARY

The present thesis titled “Assessment of the domestic scheduling program 2002 to the HBC₂ of Antanimena” is a survey that has for objective to measure the present situation and what remains to make to get some satisfactory results in the domain of the domestic planning.

The present survey that has been led to the HBC₂ of Antanimena develops a work of assessment that himself support on techniques of the administrative assessment.

The gotten results show that in 2002, the HBC₂ recorded 2.328 women users of the program, that means, a contraceptive cover of 7,2% instead of the rate of 15% aimed on 32.335 women in age to procreate. Reasons of this insufficient cover are numerous to only mention the insufficiency of resources, a too vast sanitary sector with 35 *fokontany*, and of activities very limited of IEC.

In order to improve the situation, we formulated three suggestions that are about the available resource backing in the first place, in second place on the adjustment of the sanitary sector that should not contain anymore that 14 *fokontany*, and lastly on the development of an IEC program in double strategy: a stationary strategy under shape of individual advices and IEC by group at the level of the HBC₂, a mobile strategy under shape of 3 sittings of IEC by fokontany per year in order to improve the contraceptive cover.

**Words-key : Domestic Planning - Contraceptive Methods - Strategy –
IEC - Rate of cover.**

Director of the thesis : Professor RAMAKAVELO Maurice Philippe

Reporter of the thesis : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Address of author : Lot II K 2 Andravoahangy Ambony