

## **SOMMAIRE**

	<b>Pages</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>01</b>

### **PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LE SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT**

1. LE SYSTEME DE SANTE ET SYSTEME D'INFORMATION	03
1.1. Système de santé	03
1.2. Gestion et régulation dans le domaine de la santé	05
1.3. Système d'information	05
2. LE SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT	05
2.1. Définition du système de santé de district	06
2.2. Définition du district de santé	08
2.3. Le district, unité opérationnelle de mise en œuvre des soins de santé primaires	09
2.4. Intégration des soins de santé primaires dans le paquet de santé du district	11
2.4.1. Un paquet minimum de santé pour tous pour les systèmes de santé de district	11
2.4.2. Programmes spéciaux de santé du district	14
2.5. L'équipe de santé de district	17
3. SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE	19

### **DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DE LA GESTION DU SERVICE DE SANTE DE DISTRICT DE BRICKAVILLE**

1. CADRE D'ETUDE	20
------------------	----

1.1. Présentation générale du district de santé de Brickaville	20
1.1.1. Situation géographique et climatique	20
1.1.2. Démographie	20
1.1.3. Les formations sanitaires	22
1.2. Le Bureau de Santé de District ou BSD	22
1.3. Organisation	24
2. METHODOLOGIE	25
2.1. Méthode d'étude	25
2.2. Les paramètres d'étude	26
3. RESULTATS	26
3.1. Le Programme de Travail Annuel ou PTA 2002	26
3.2. Ressources et infrastructures	28
3.2.1. Les infrastructures sanitaires	28
3.2.2. Ressources	29
3.2.3. Matériel et équipements	31
3.2.4. Organisation	32
3.3. Direction, contrôle et évaluation	33

**TROISIEME PARTIE :**  
**COMMENTAIRES, DISCUSSIONS**  
**ET SUGGESTIONS**

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	36
1.1. Méthodologie	36
1.2. Résultats	37
1.2.1. Planification	37
1.2.2. Organisation	38
1.2.3. Ressources et infrastructures	39
1.2.4. Contrôle et évaluation	41
2. SUGGESTIONS	41
2.1. Renforcement des ressources	41

2.1.1. Le personnel de santé du district	42
2.1.2. L'infrastructure	42
2.1.3. Le financement de la santé dans de district sanitaire	43
2.2. Une meilleure adaptation du système d'information et de gestion des activités de santé	44
<b>CONCLUSION</b>	<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	

## LISTE DES TABLEAUX

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
<b>Tableau n° 1 :</b>	Les objectifs du PTA 2002.....	26
<b>Tableau n° 2 :</b>	Activités réalisées par le SSD.....	27
<b>Tableau n° 3 :</b>	Types de formations sanitaires et accessibilité.....	28-29
<b>Tableau n° 4 :</b>	Situation du personnel du SSD en 2002.....	29
<b>Tableau n° 5 :</b>	Utilisation du crédit de fonctionnement 2002 alloué par l'Etat.....	30
<b>Tableau n° 6 :</b>	Total du budget utilisé par le SSD de Brickaville en 2002...	31
<b>Tableau n° 7 :</b>	Matériel et équipements acquis en 2002.....	31
<b>Tableau n° 8 :</b>	Situation des pathologies 2002.....	33
<b>Tableau n° 9 :</b>	Evaluation des activités par indicateurs.....	34

## LISTE DES FIGURES

<b>N° D'ORDRE</b>	<b>INTITULE</b>	<b>PAGES</b>
<b>Figure n° 1 :</b>	Schéma du système de santé.....	4
<b>Figure n° 2 :</b>	Le système de santé du district.....	7
<b>Figure n° 3 :</b>	Le district unité opérationnelle des soins de santé primaires.....	10
<b>Figure n° 4 :</b>	Paquet minimum Santé Pour Tous au niveau du district.....	13
<b>Figure n° 5 :</b>	Programmes spéciaux de santé du district.....	16
<b>Figure n° 6 :</b>	Equipe de santé de district : membres et activités.....	18
<b>Figure n° 7 :</b>	Le district de santé de Brickaville.....	21
<b>Figure n° 8 :</b>	Les formations sanitaires du district sanitaire de Brickaville.....	23
<b>Figure n° 9 :</b>	Le bureau de santé de district de Brickaville.....	24
<b>Figure n° 10 :</b>	Les différents éléments de l'analyse systématique, étapes principales du processus de gestion.....	25
<b>Figure n° 11 :</b>	Diagramme des besoins en personnel du SSD de Brickaville.....	30
<b>Figure n° 12 :</b>	Organigramme du SSD de Brickaville.....	32
<b>Figure n° 13 :</b>	Diagramme de représentation des pathologies selon leur fréquence.....	33
<b>Figure n° 14 :</b>	Proposition d'un système de gestion du district de santé de Brickaville.....	45
<b>Figure n° 15 :</b>	Schémas d'organisation de la circulation des informations..	49

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

<b>A T R</b>	: Vaccin Antirougeoleux
<b>A T T</b>	: Vaccin Antitétanique
<b>B C G</b>	: Bacille de Calmette et Guérin
<b>B S D</b>	: Bureau de Santé de District
<b>C E</b>	: Consultation Externes
<b>C H D<sub>1</sub></b>	: Centre Hospitalier de District du niveau 1
<b>C H D<sub>2</sub></b>	: Centre Hospitalier de District du niveau 2
<b>C O G E</b>	: Comité de Gestion
<b>C P N</b>	: Consultation Pré-natale
<b>C S B<sub>1</sub></b>	: Centre de Santé de Base du niveau 1
<b>C S B<sub>2</sub></b>	: Centre de Santé de Base du niveau 2
<b>C S D</b>	: Comité de Santé de District
<b>D P L</b>	: Direction des Pharmacies et Laboratoires
<b>D T C</b>	: Vaccin contre la Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
<b>E M A D</b>	: Equipe Médicale d'Appuis de District
<b>F</b>	: Fonctionnelle
<b>F E</b>	: Femmes Enceintes
<b>I E C</b>	: Information – Education – Communication
<b>I R A</b>	: Infections Respiratoires Aiguës
<b>I S T</b>	: Infections Sexuellement Transmissibles
<b>M E</b>	: Médicaments Essentiels
<b>N A C</b>	: Nutrition à Assise Communautaire
<b>N F</b>	: Non Fonctionnelle
<b>O M S</b>	: Organisation Mondiale de Santé
<b>O N G</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>P F</b>	: Planification Familiale
<b>P F U</b>	: Participation Financière des Usagers
<b>P N S</b>	: Politique Nationale de Santé
<b>P N U D</b>	: Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>P T A</b>	: Programme de Travail Annuel
<b>R N 2</b>	: Route Nationale n° 2
<b>S I D A</b>	: Syndrome de l'Immuno déficience Acquise
<b>S M I</b>	: Santé Maternel et Infantile
<b>S S D</b>	: Service de Santé de District
<b>U N I C E F</b>	: United Nation's Children Fund
<b>V I H</b>	: Virus de l'Immuno déficience Humaine

## INTRODUCTION

## INTRODUCTION

En santé publique, l'information pertinente concerne des groupes d'individus ou d'autres éléments du système de santé. Cette information qui serait nécessaire à des prises de décision rationnelles, ou du moins raisonnables, comprend toute une série de données :

Des données géodémographiques qui décrivent le cadre d'étude et qui donnent sur le plan statique et dynamique, l'état de la population (structure d'âge, natalité, mortalité, nuptialité...) ;

Des données épidémiologiques qui décrivent la répartition, les facteurs favorisants, et les conséquences des maladies (mortalité spécifique, morbidité, invalidité, facteurs de risque) ;

Des données du système de santé, non seulement sur le plan quantitatif (ressources en personnel et en matériel, en budget...), mais aussi qualitatif (résultats de l'action de prévention et de soins).

La santé se définit souvent comme l'absence de maladie : absence de « mal-être » suppose « bien-être ». Découlant de cette définition, le développement sanitaire peut se convenir comme le processus visant à améliorer le bien être physique, mental et social de l'individu, de la famille et de la communauté dans le cadre plus général du développement socio-économique.

Tous les pays disposent d'un système de santé qui s'adapte plus ou moins aux besoins de santé de la population. Ce système est généralement hiérarchisé en trois niveaux : central, intermédiaire et local. La disponibilité d'un cadre de développement sanitaire qui correspond à cette hiérarchie devrait favoriser les liens entre la santé et le développement socio-économique. Il s'agit en fait de mettre en œuvre un processus capable de produire des populations en bonne santé pour relever les défis économiques, sociaux et politiques. (1)(2)

« Surveillance des maladies et système d'information sanitaire à Brickaville » est une étude qui a pour objectif de déterminer comment sont surveillées les maladies afin de suggérer un système d'information plus adéquat.



L'étude va comprendre :

- Une introduction
- Une première partie intitulée « Généralités sur le système de santé de District »
- Une deuxième partie qui développe l'analyse de la gestion du Service de Santé de District de Brickaville.
- Une troisième partie relative aux commentaires, discussions et suggestions.

**PREMIERE PARTIE :  
GENERALITES SUR LE SYSTEME  
DE SANTE DE DISTRICT**



## **GENERALITES SUR LE SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT**

### **1. SYSTEME DE SANTE ET SYSTEME D'INFORMATION**

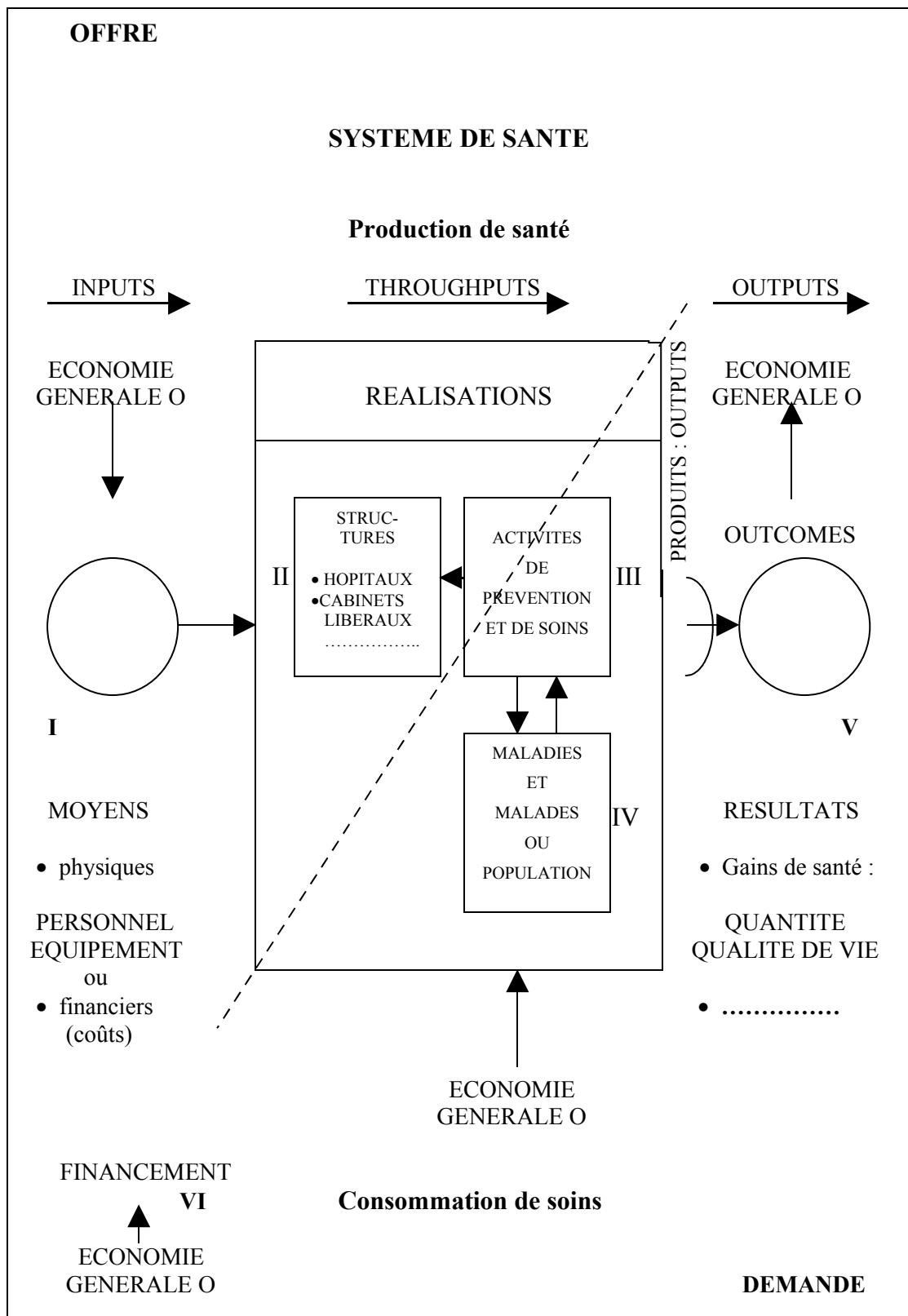
#### **1.1. Système de santé (3)(4)**

En modélisant le domaine de la santé, on est conduit à considérer comme variable centrale, variable pivot de la représentation : l'acte de santé autour duquel le système de santé s'organise.

Le besoin de santé et sa satisfaction sont relatifs à la conscience des individus, relatifs aux possibilités de la technique médicale, relatifs aussi à la volonté de réponse de la société à cette demande. En termes économiques, l'acte de santé est un service, un produit accompagné d'un bien. Cette production résulte d'une offre qui dispose de facteurs de production en capital et en travail.

La demande du malade est en produit immédiat : le soin. Ce produit qui fait l'objet de transactions monétaires situe le malade comme consommateur. La demande « finale » du malade est cependant l'amélioration de son état de santé qui se traduira par une augmentation de quantité et de qualité de vie, comprenant l'accompagnement dans la mort. La production de soins est réalisée dans des structures qui peuvent être définies comme dans la sphère industrielle en tant qu'« entités juridiques » : ici les établissements hospitaliers, les cabinets libéraux. (Figure n° 1)

Les représentations individuelles et collectives de la santé avec les idéologies sous-jacentes « la médecine est un art », la « santé n'a pas de prix »... les enjeux de pouvoir en particulier entre médecins et budgétaires, la faiblesse de l'information statistique, et peut-être aussi une insuffisante volonté politique d'intervention dans le domaine de la santé, conduisent à s'interroger sur l'utilisation de la rationalité économique.



**Figure n° 1 : Schéma du système de santé. (4)**

## **1.2. Gestion et régulation dans le domaine de la santé (5)(6)**

Le système de santé se développe aujourd'hui principalement par effet de l'offre et non de la demande c'est-à-dire les besoins de santé. La démographie médicale est soit trop forte dans les pays développés, soit trop faible dans les pays en voie de développement. Ainsi, des plans d'économies successifs ont-ils cherché à maîtriser la croissance des dépenses de santé.

## **1.3. Système d'information**

L'action de santé publique comporte en général :

Une étape de description de l'état de santé du groupe ou du fonctionnement d'une institution et de l'identification des facteurs qui conditionnent les constatations. Cette étape est de type diagnostique.

Une étape de prescription, qui vise à améliorer la situation constatée ; puis l'évaluation et de suivi de l'effet de cette prescription. On a là l'homologue d'une démarche thérapeutique. Ainsi, on peut distinguer trois groupes d'informations requises pour une planification sanitaire intégrée :

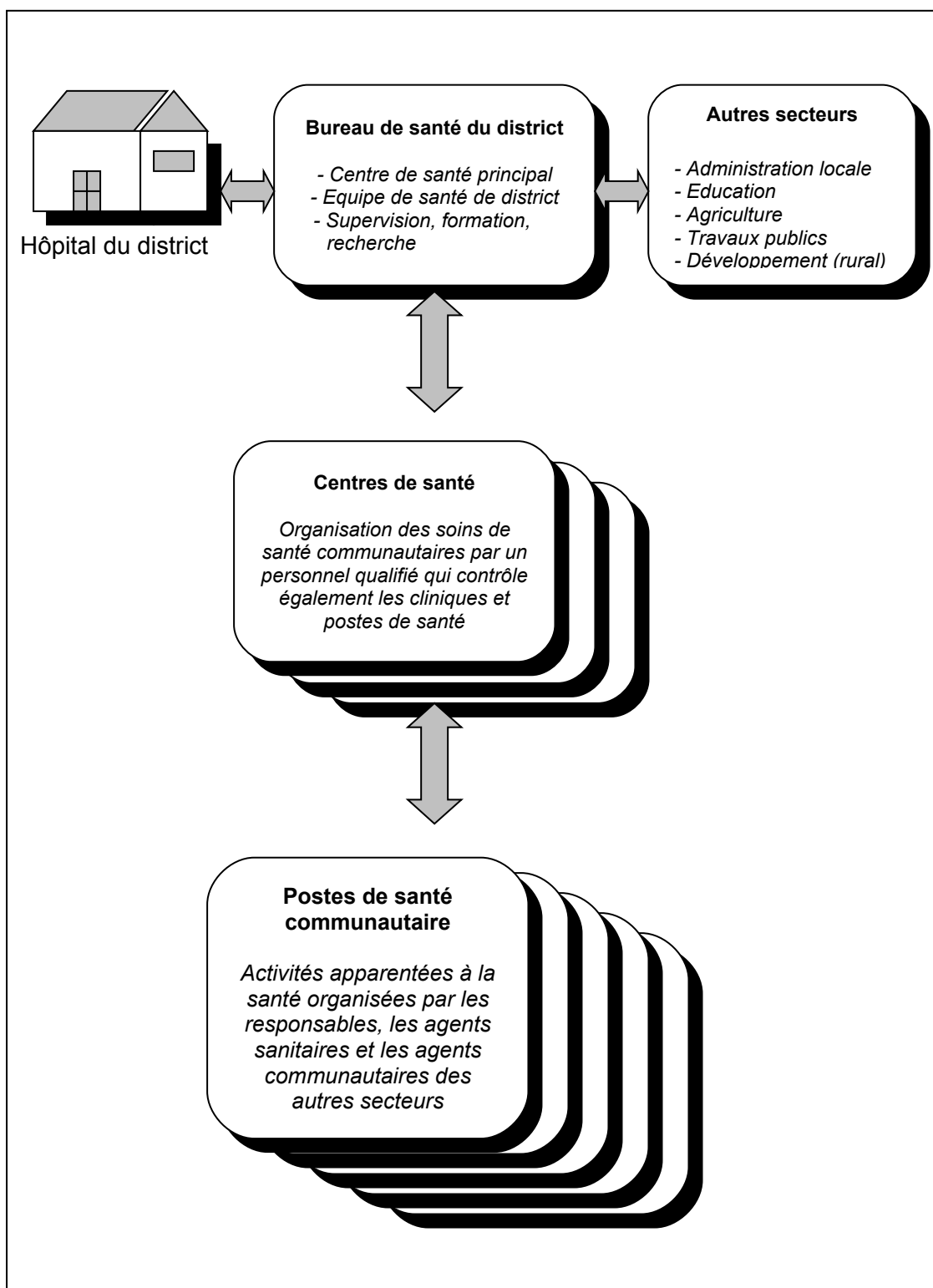
- informations permettant d'identifier les problèmes sanitaires et les priorités ;
- informations permettant de définir une politique sanitaire ;
- informations concernant les causes ou les conséquences des problèmes de santé (environnement physique, social et économique, éducation, mode de vie, habitudes alimentaires...).

## **2. LE SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT**

Le système de santé comporte généralement trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique ou local. Le niveau périphérique est représenté dans beaucoup de pays par le système de santé de district.

### **2.1. Définition du système de santé de district (7)(8)**

Le système de santé de district est une fraction plus ou moins autonome du système national de santé (figure n° 2). Il comprend tout d'abord, une population bien délimitée vivant dans une unité administrative clairement définie et une région géographique, rurale ou urbaine. On y dénombre toutes les institutions et tous les individus y fournissant des soins de santé. Il est par conséquent, composé d'une large variété d'éléments liés entre eux et qui contribuent à la santé dans les foyers, les écoles, les lieux de travail et les communautés à travers le secteur de la santé et les secteurs qui lui sont apparentés. Ses activités sont coordonnées par un fonctionnaire (souvent un médecin chef de district) dont les fonctions consistent à organiser tous les éléments du système en une gamme suffisamment complète d'activités curatives, préventives, promotionnelles et de réadaptation dont le centre de santé sera le noyau. C'est dans un tel type de centre de santé que les populations iront se faire soigner et demander conseil. Ils offrent par conséquent aux personnels de santé l'occasion d'intégrer les programmes de santé publiques et prestation de soins de santé de base.



**Figure n° 2 : Le système de santé du district. (8)**



Au sommet du système de santé de district, se trouve le bureau de santé de district dirigé par une équipe multidisciplinaire supervisée par un médecin de santé publique. Une telle équipe est responsable de l'utilisation de toutes les ressources humaines, matérielles et financières pour assurer : l'organisation et l'administration du système de santé de district comportant un bureau de santé fonctionnel et un réseau de centres de santé disposant du personnel minimum requis.

L'organisation des interventions de santé publique et des activités liées à la santé fait également partie des attributions de cette équipe multidisciplinaire : il s'agit de la supervision des prestations des centres de santé, des activités communautaires de santé, et des activités des comités de santé.

Pour maximiser ces ressources, plusieurs niveaux d'intégration seront nécessaires. Les membres des équipes de santé de district et les comités de développement de district pourront établir un programme cohérent d'activités pour chaque communauté ou zone de santé au sein de leur district.

## **2.2. Définition du district de santé**

C'est la plus petite unité urbaine ou rurale dans laquelle les programmes de soins de santé primaires peuvent être organisés par des personnels qualifiés. Les stratégies clefs des soins de santé primaires devraient être mises en œuvre dans ces districts sanitaires.

Le district de santé peut être organisé autour d'un hôpital local ou de district. Il est recommandé que les districts de santé coïncident avec les districts administratifs, afin de faciliter la collaboration et la coordination avec les autres secteurs et la mobilisation communautaire relevant des organisations politiques et sociales locales.

Ainsi organisés, les districts de santé seraient plus aptes à fournir les soins de santé et à assurer en même temps la contribution de la santé au développement, ainsi que celles des autres secteurs au développement sanitaire. Les communautés (gros villages ou groupes de petits villages) devraient organiser leurs activités de santé autour d'un centre de santé.

Chaque centre de santé servira ainsi une zone de santé ou une communauté. Un district de santé viable peut couvrir plusieurs zones de santé.

### **2.3. Le district, unité opérationnelle de mise en œuvre des soins de santé primaires (9)(10)**

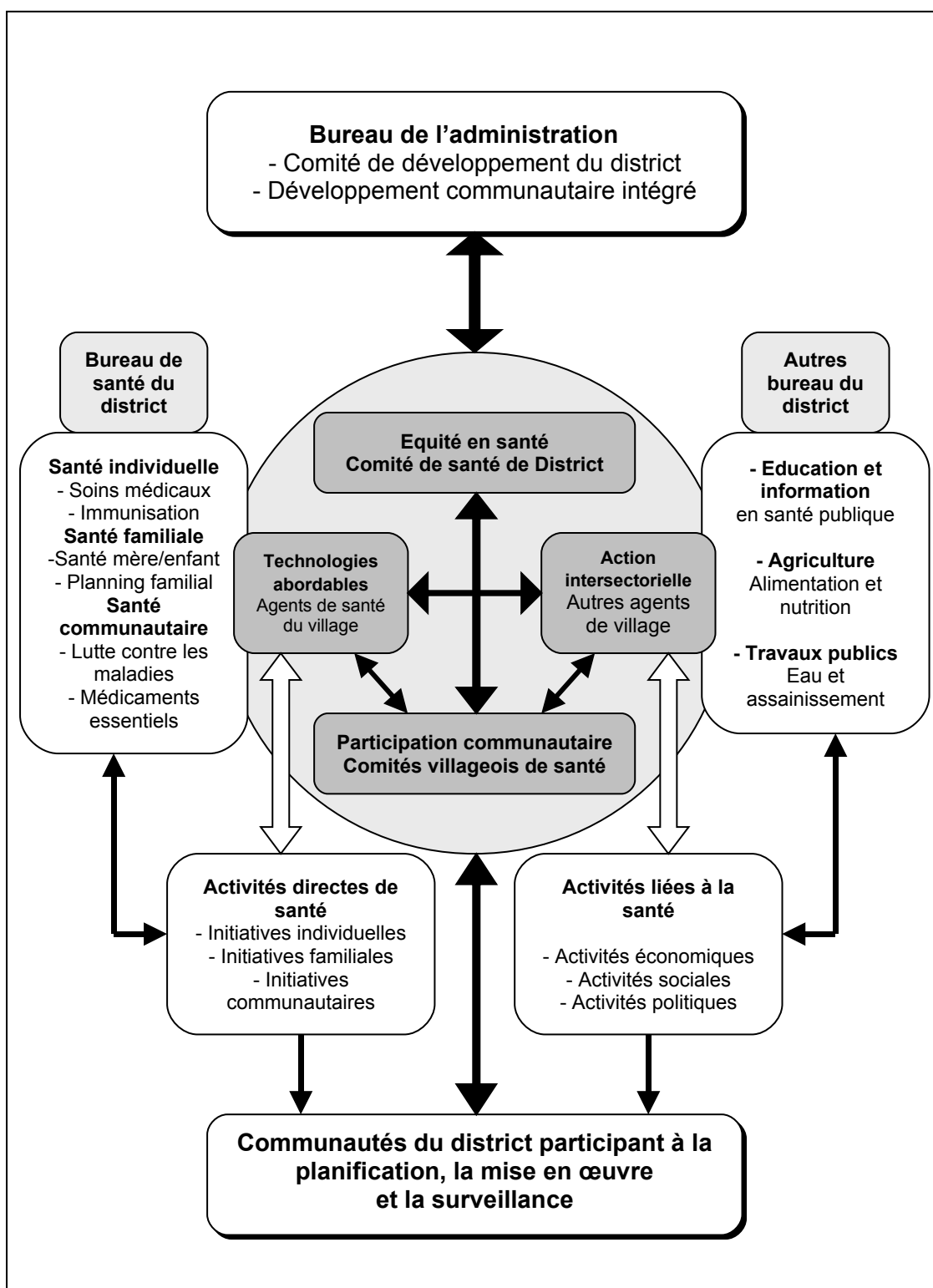
Le niveau du district est l'interface entre les populations vivant dans les groupes communautaires ou villages, et l'administration centrale que représentent les fonctionnaires locaux. Il est le site préféré des interventions des organisations non gouvernementales (figure n° 3). Pour qu'un district soit opérationnel, il doit disposer d'un personnel qualifié capable d'assumer les fonctions déléguées par le pouvoir central.

Les principes clés des soins de santé primaires que sont la participation communautaire, l'action intersectorielle, la disponibilité de technologies appropriées, l'équité et la justice sociale d'une part et les principales composantes des soins de santé primaires d'autres part, ne peuvent être appliqués simultanément qu'au niveau du district.

Quoique l'action intersectorielle soit possible à des niveaux plus élevés (intermédiaire, régional ou central), c'est au sein du district que les barrières sectorielles sont les plus fragiles. Des technologies complexes ou nouvelles développées au niveau central (ou importées) peuvent être adoptées au niveau intermédiaire mais ne peuvent être utilisées efficacement qu'en niveau local ou du district. Les technologies traditionnelles sont aussi concernées.

L'équité et la justice sociale, adoptées comme principe au niveau central, ne sauraient être effectives qu'à travers la décentralisation de l'autorité et de la responsabilité en faveur du niveau du district.

La participation communautaire et le contrôle social sont possibles et souhaitables dans toutes les structures et institutions des niveaux intermédiaires ou centraux, mais là encore, ce n'est qu'au niveau du district que la participation populaire devient effective.



**Figure n° 3 :** Le district unité opérationnelle des soins de santé primaires. (10)

Les populations des villages et communes mettent en œuvre les initiatives de santé communautaire pour le bénéfice des individus, des ménages et des communautés. De telles activités sont entreprises par les comités villageois de santé (ou organes similaires) souvent assistés par les agents de santé communautaire et d'autres travailleurs de première ligne.

Les comités villageois de développement entreprennent aussi des activités indirectement liées à la santé, telles que les initiatives économiques, sociales et politiques des « comités villageois de développement ». Les communautés d'un district participent ainsi à la planification, à la mise en œuvre et à la surveillance des activités de santé et de développement.

Leurs initiatives (de foyers) devraient s'inspirer des programmes de santé de district et renforcer les programmes apparentés à la santé dans les domaines de l'éducation, de l'information, de l'alimentation et de la nutrition et des travaux publics (approvisionnement en eau et assainissement).

Les gouvernements fournissent les équipes de gestion du district de santé ainsi que les équipes travaillant dans les centres de santé. Ces équipes encouragent et appuient les initiatives communautaires et organisent les paquets de santé du district.

## **2.4. Intégration des soins de santé primaires dans le paquet de santé du district (11)(12)(13)**

### ***2.4.1. Un paquet minimum de santé pour tous pour les systèmes de santé de district***

La réalisation de l'objectif de la santé pour tous, requiert des stratégies qui visent à la fois les problèmes sanitaires des individus de tous les groupes d'âge, des ménages et des membres de la communauté. En font également partie les réfugiés, les personnes déplacées et les groupes vulnérables.

Dans les pays en développement, il paraît plus logique de se focaliser sur la survie de l'enfant, la maternité sans risque et la disponibilité d'une main d'œuvre en bonne santé. Il existe aujourd'hui un consensus au sein de la communauté

internationale selon lequel un paquet minimum de santé soigneusement défini au niveau du district, pourrait améliorer la réalisation des objectifs de la santé pour tous.

Le paquet intégré de santé basé sur la déclaration d'Alma Ata comprend :

- Un éventail d'activités de santé publique, incluant les éléments comprenant les vaccinations contre les maladies infectieuses, le planning familial, la fourniture de médicaments essentiels.
- Des services de santé fournis à la population du district à travers un réseau de centres de santé.
- Des initiatives de santé communautaire stimulées et renforcées par les prestations des centres de santé (figure n° 4).

Le réseau des centres de santé du district fournit une base opérationnelle pour la mise en œuvre du paquet d'activités agréées. C'est à ce niveau qu'un programme de santé de district, financé par le gouvernement ou par un donateur, devrait permettre de forger un partenariat continu avec les communautés participantes. La charge financière devrait être partagée entre les populations, le gouvernement et les partenaires extérieures.

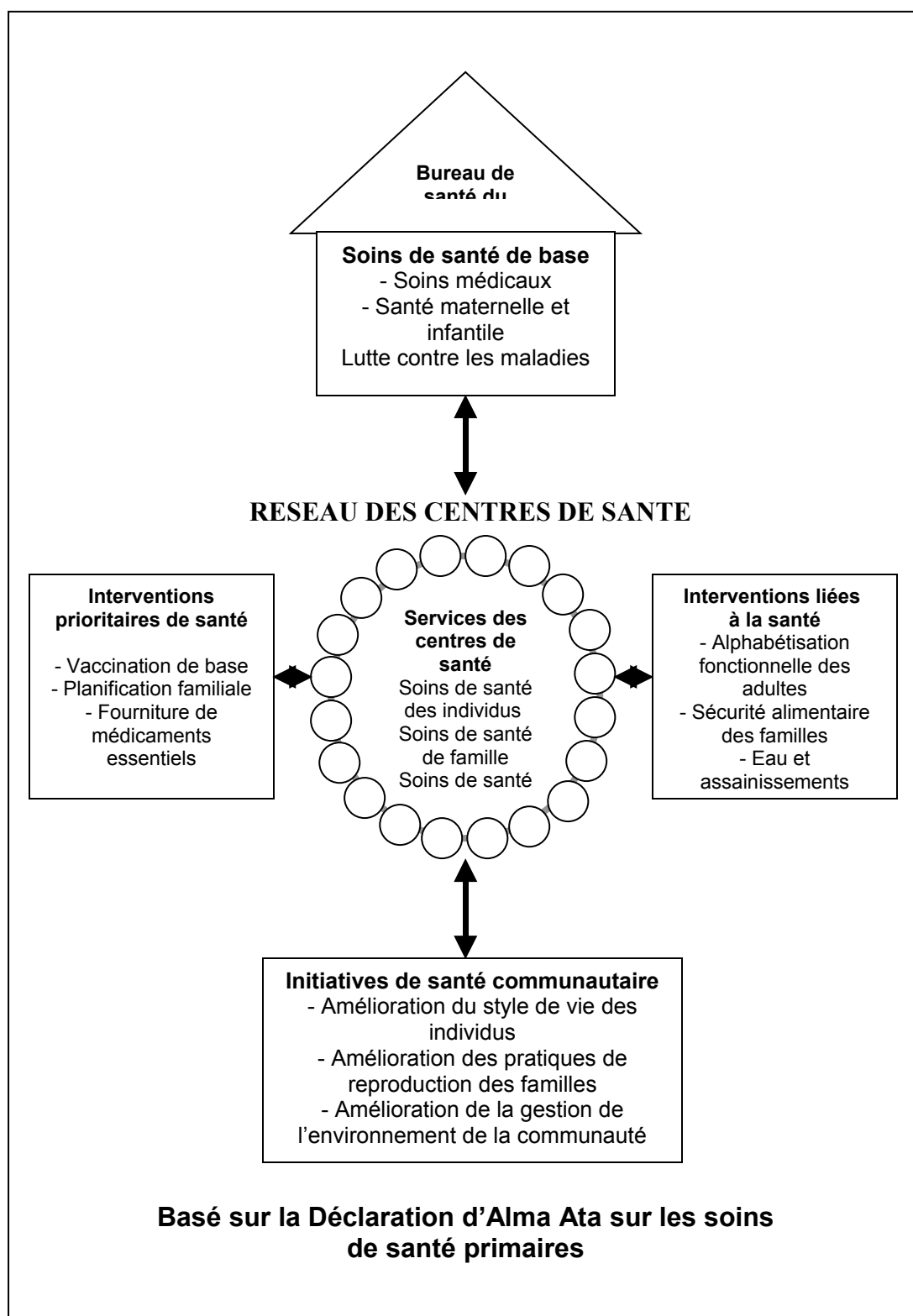
Les autorités nationales devront définir un paquet minimum disponible pour tous les districts de santé, en prenant en considération les éléments suivants :

*i) Soins de santé de base*

Il s'agit essentiellement de :

- soins médicaux,
- santé maternelle et infantile,
- lutte contre la maladie.

Ces activités forment un noyau bien déterminé de services conçus pour assurer de meilleurs soins de santé pour les individus, les familles et les communautés dans leurs centres de santé. Les activités de soins de santé de base seront supposées avoir un effet significatif sur la survie de l'enfant, la maternité sans risque et la disponibilité d'une main d'œuvre en bonne santé ainsi que sur l'état de santé de la population du district.



**Figure n° 4 : Paquet minimum Santé Pour Tous au niveau du district. (13)**

### *ii) Interventions prioritaires de santé*

Les autorités sanitaires du district sont censées fournir le matériel et les technologies appropriées pour la vaccination de base, le planning familial et l'approvisionnement en médicaments essentiels. Ici le défi essentiel consiste à fournir le soutien financier et logistique requis pour assurer que ce matériel soit disponible dans les centres de santé et utilisé effectivement dans les services du centre de santé. Ces interventions sanitaires prioritaires permettront d'assurer une couverture sanitaire adéquate.

### *iii) Interventions liées à la santé*

Elles comprennent :

- l'alphabétisation sanitaire fonctionnelle des adultes,
- la sécurité alimentaire des ménages,
- l'approvisionnement en eau et assainissement.

Elles seront organisées dans les centres de santé et d'autres lieux, en collaboration avec les départements responsables de l'éducation, de l'agriculture, du travail et de l'hydraulique. Les membres de l'équipe du centre de santé coopéreront avec leurs homologues d'autres départements pour faciliter l'accès de la communauté aux besoins apparentés à la santé.

## **2.4.2. Programmes spéciaux de santé du district (14)(15)(16)**

Quelques uns des programmes spéciaux devraient être :

- ceux qui sont centrés sur la population, basés sur la communauté et gérés par le district et
- ceux qui sont importants pour vaincre les obstacles majeurs dans la réalisation de la santé pour tous. Ils devraient être mis en œuvre à travers le réseau de centres de santé du district. Trois de ces programmes sont décrits ci-dessous.

### *i) Lutte contre le VIH/SIDA*

En vue de ralentir et finalement arrêter la pandémie, il est nécessaire de décentraliser en faveur du district, les activités multisectorielles de la santé et des

secteurs connexes qu'elles requièrent. Cette mesure facilitera la mobilisation générale des populations contre le VIH/SIDA. Les objectifs de la lutte contre ce fléau pourraient consister à promouvoir une sensibilisation accrue à l'égard de la menace publique que constitue le VIH/SIDA, encourager les autorités locales à assumer la responsabilité de la prise en charge et du financement de la lutte contre ce fléau ; inciter l'équipe de santé du district, avec l'appui des niveaux provincial et central à inclure dans le programme VIH/SIDA les activités de laboratoire, d'épidémiologie et de soins aux sidéens ; encourager les groupes importants de la population (femmes, travailleurs et hommes) à s'impliquer dans la lutte contre le SIDA et plus spécialement, à entreprendre des activités susceptibles de protéger les membres de leurs familles.

*ii) Autres activités de promotion de la santé (17)(18)(19)*

Le paquet de santé du district comprend un minimum d'éléments qui seront mis en œuvre par le réseau de centres de santé. Selon le profil épidémiologique du district et la perception des autres problèmes par les communautés, d'autres activités pourront être ajoutées ou substituées à partir du menu « à la carte » de programmes sanitaires (figure n° 5).

Pour ce faire, on tiendra compte :

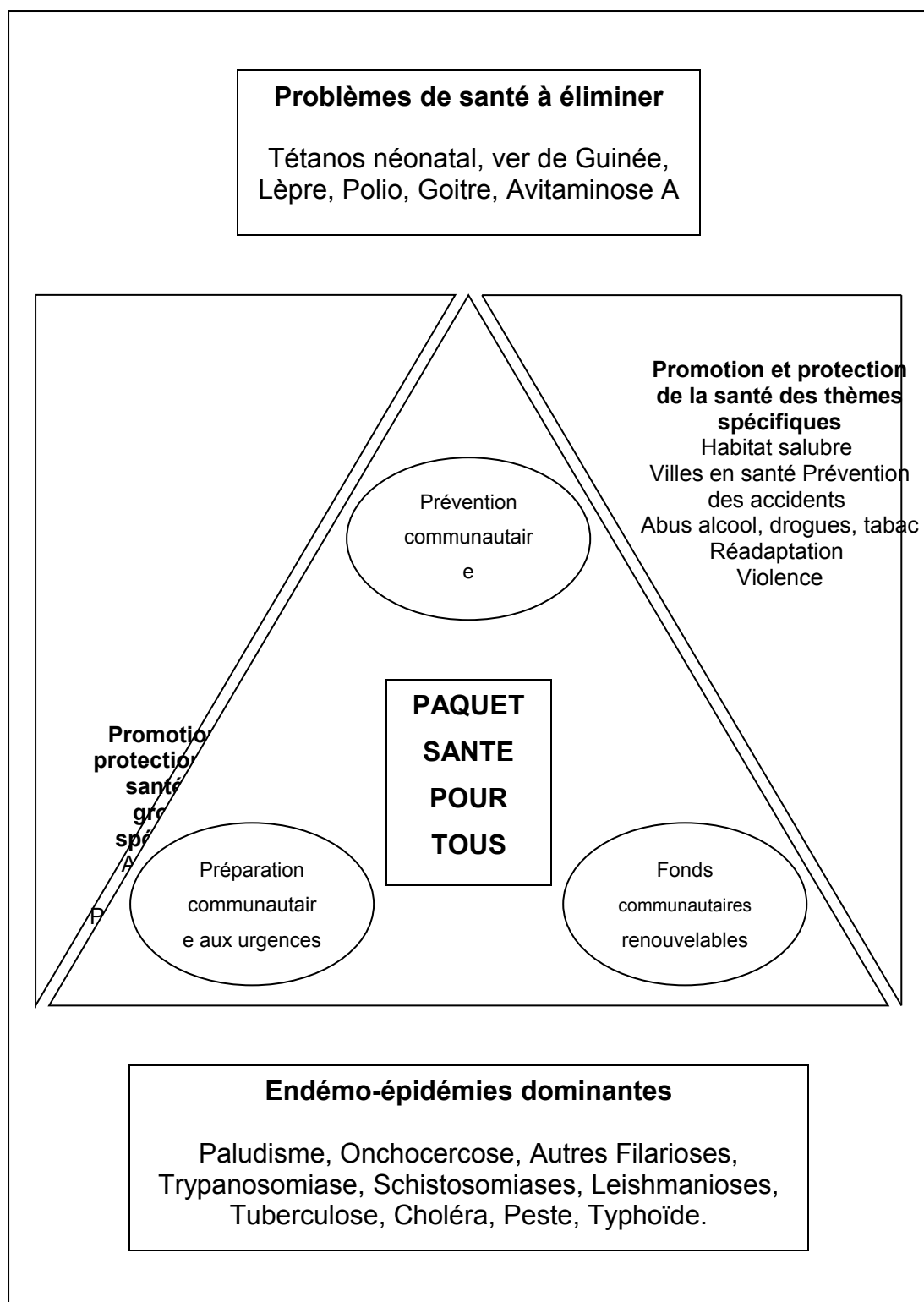
- des différences de priorités sanitaires entre les districts,
- du changement des priorités sanitaires en fonction des solutions satisfaisantes appliquées à certains problèmes de santé du district,
- de la disponibilité des ressources additionnelles pour le développement sanitaire du district.

Le choix des activités « à la carte » peut s'appliquer aux interventions ou programmes suivants :

- promotion de la santé des adolescents,
- campagne anti-tabagique, anti-alcool,
- lutte contre le goitre,
- élimination de la lèpre,
- lutte contre l'abus des drogues,
- lutte contre le diabète et l'hypertension artérielle,



- habitat et santé.



**Figure n° 5 : Programmes spéciaux de santé du district. (19)**

*iii) Urgences sanitaires et secourisme (20)(21)*

Ce programme requiert de mettre en place une organisation locale placée sous la gérance du district, un système d'information à assise communautaire, un mécanisme de préparation, de formation de secouristes et de simulation ; un système d'alerte précoce et des ressources renouvelables en cas de besoin.

Les objectifs opérationnels consisteraient à sensibiliser les communautés aux risques de catastrophes et sur la vulnérabilité des populations ; mettre en place un système d'alerte précoce ; renforcer les mesures de lutte contre les maladies, de manière à minimiser les risques ; coordonner les activités de préparation aux urgences au sein de la communauté ; élaborer un plan sanitaire d'urgence fondé sur la mobilisation des ressources disponibles sur place ; veiller à ce que la formation des agents de santé communautaire inclut les urgences sanitaires et le secourisme et améliorer les plans d'urgence existants et l'état de préparation des équipes d'urgence du district.

**2.5. L'équipe de santé de district (22)(23)**

L'équipe de santé de district a une composition multi-disciplinaire ; elle est dirigée par un médecin chef de district ayant bénéficié d'une formation et d'une expérience en santé publique. Chaque membre de l'équipe a des fonctions spécifiques d'appui à la mise en œuvre du paquet (figure n° 6).

Le médecin chef de district assure le leadership de l'équipe. L'assistant médical/infirmier praticien s'occupe de diagnostic simple, des mesures de prévention et de traitement ; l'infirmière/sage-femme supervise les activités de Santé Maternelle et Infantile (SMI) Planification Familiale (PF) tandis que l'infirmière de santé publique exécute des tâches d'épidémiologie et de contrôle des maladies prévalentes. L'éducateur de santé communautaire mène des activités d'éducation sanitaire et nutritionnelle. L'assistant statisticien s'occupe des registres et statistiques sanitaires. L'agent chargé de la maintenance et des fournitures assume la responsabilité des activités de gestion des équipements, logistiques et fournitures. Le technicien de laboratoire se charge des examens de laboratoire de santé. L'assistant d'hygiène

supervise les activités d'assainissement et d'approvisionnement communautaires en eau. L'assistant de pharmacie est responsable des médicaments essentiels, des préparations pharmaceutiques et phyto-pharmaceutiques, tandis que l'assistant administratif se charge de fournir d'appui administratif et des services généraux.

L'équipe de santé de district supervise le réseau des centres de santé du district. Parallèlement, elle gère le centre de santé principal chargé d'accueillir les malades évacués des autres centres de santé.

### **Médecin de Santé Publique**

Leader de l'équipe de santé  
Soutien opérationnel aux soins de santé primaires

### **Assistant Médical/Infirmier Prescripteur**

Diagnostic simple, prévention et traitement

**Infirmier/Sage-femme/Infirmier de Santé Publique** Santé maternelle et infantile, planning familial

### **Technicien de Santé Communautaire/ Infirmière épidémiologiste**

### **Educateur en Santé Communautaire**

Education sanitaire et nutrition

### **Assistant Chargé des Registres Sanitaires**

Registres sanitaires et statistiques

### **Technicien Chargé des Approvisionnements et de la Maintenance**

Maintenance, Logistique et Approvisionnements

### **Technicien de Laboratoire Médical**

Examens de laboratoire de santé

### **Technicien de la Salubrité de l'environnement**

Salubrité de l'environnement, Approvisionnement et eau du public

### **Assistant de Pharmacie**

Médicaments essentiels, préparations pharmaceutiques

### **Administrateur**

Soutien des services administratifs et généraux

**Figure n° 6 :** Equipe de santé de district : membres et activités. (23)

### **3. SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE**

Voici, selon l'OMS, le système d'information sanitaire idéal :

- C'est un système « population-based »

Les individus de la population considérée sont pris en compte et l'ensemble de cette population est intégré dans le système d'information.

- C'est un système « problem-oriented »

Il n'est pas basé sur le fonctionnement des institutions de santé. Au contraire, une orientation par problème permet la prise en compte d'aspects pertinents de la santé de la population.

- C'est un système décentralisé

L'information à recueillir est définie en fonction des besoins locaux, gérée par les véritables responsables de la santé. Ceci permet que les décisions soient prises aussi près que possible de l'endroit où elles seront appliquées, et un meilleur contrôle de la validité des données et de leur utilisation.

- C'est un système intégré

Il prend en compte des données en provenance de sources diverses, venant du secteur sanitaire comme des secteurs extra-sanitaires. Pour éviter la perte d'information, il faut conserver les données élémentaires à l'échelle locale, ce que permet seul un système à la fois décentralisé et intégré.

**DEUXIEME PARTIE :**  
**ANALYSE DU SYSTEME D'INFORMATION DANS LE SERVICE DE**  
**SANTE DE DISTRICT DE BRICKAVILLE**



## **ANALYSE DU SYSTEME D'INFORMATION DANS LE SERVICE DE SANTE DE DISTRICT DE BRICKAVILLE**

### **1. CADRE D'ETUDE**

La présente étude a été menée au Bureau de Santé de District (BSD) de Brickaville et concerne le district de santé tout entier.

#### **1.1. Présentation générale du district de santé de Brickaville**

##### ***1.1.1. Situation géographique et climatique***

Le district de santé de Brickaville fait partie de la province de Toamasina. Il est limité : (figure n° 7)

- Au Nord, par le fivondronana de Toamasina II
- A l'Ouest, par les fivondronana d'Ambatondrazaka et de Moramanga
- Au Sud, par le fivondronana de Vatomandry
- A l'Est, par l'Océan Indien

Le district de santé s'étend sur une superficie de 5.297 Km<sup>2</sup>.

Le climat est chaud à longueur d'année avec une période de pluie pendant 9 mois par an. C'est une zone de cyclones et les inondations qui surviennent pendant les périodes cycloniques sont souvent dévastatrices.

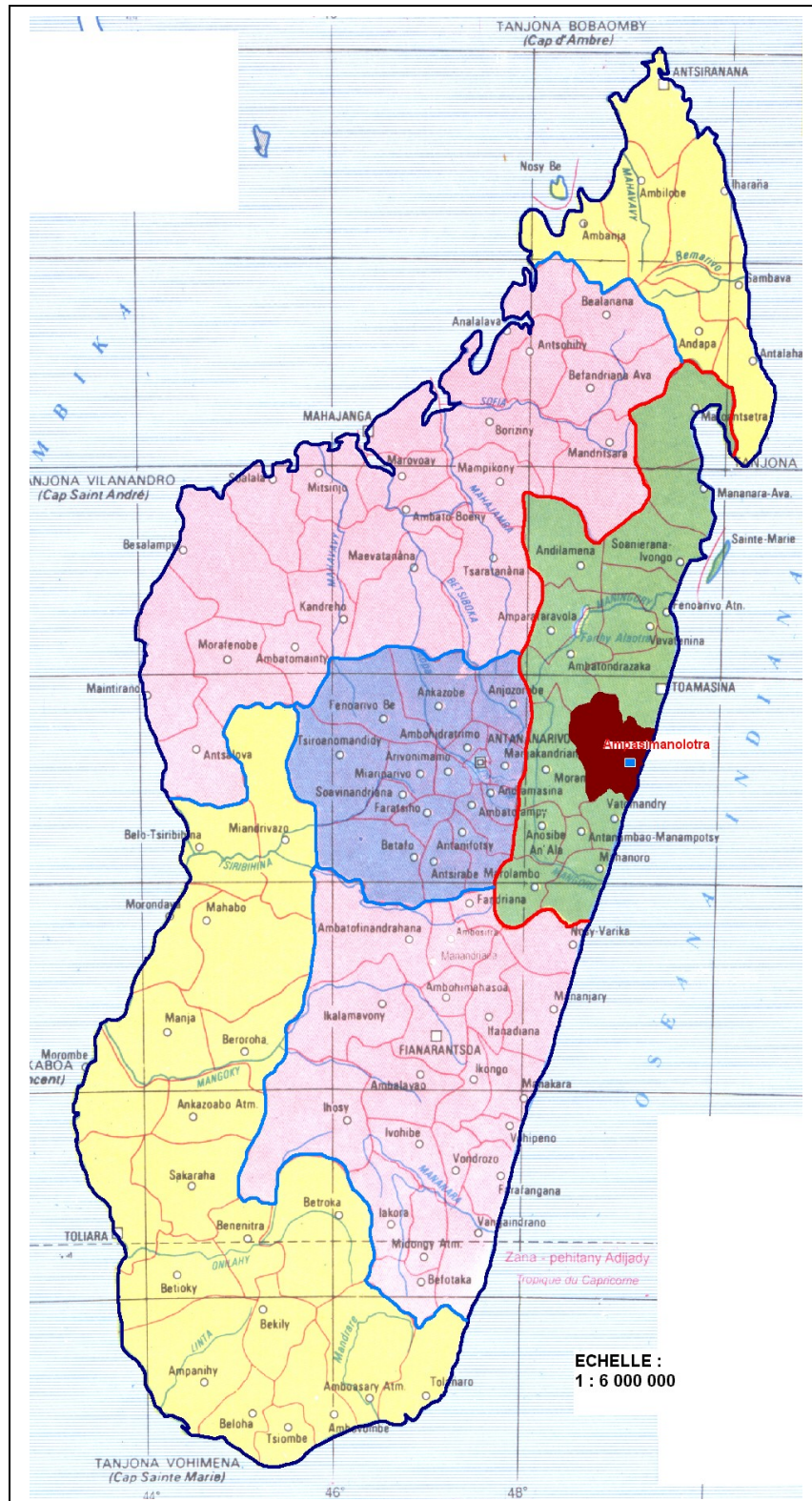
Le district sanitaire est traversé par la route nationale n° 2 (RN2) et par la voie ferrée qui relie Moramanga à Toamasina.

##### ***1.1.2. Démographie***

En 2002, le district de santé compte 166.347 habitants dont :

- 6.653 enfants de 0 à 11 mois,
- 29.942 enfants de 0 à 59 mois,
- 37.262 femmes en âge de procréer,

- 8.317 grossesses attendues.





**Figure n° 7 : Le district de santé de Brickaville.**

*Source : PNUD : Développement. 1991 Dirasset.*

En outre, on compte 7 ONG oeuvrant dans le secteur de la santé, 7 dépôts de médicaments, et une pharmacie grossiste privée qui appuie l'approvisionnement en médicaments.

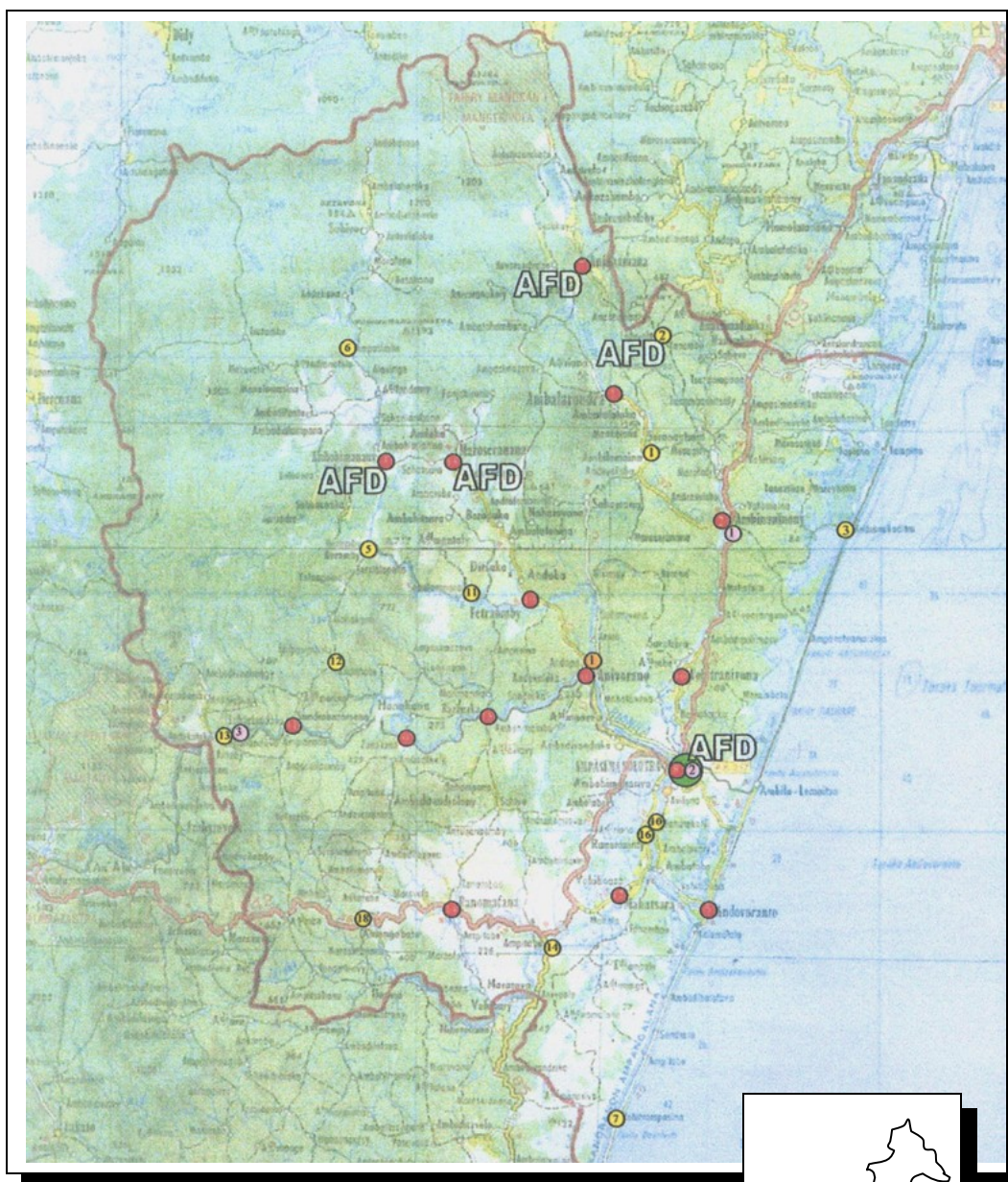
**1.1.3. Les formations sanitaires**

Le district sanitaire compte un Centre Hospitalier de District du niveau 1 ou CHD<sub>1</sub>, 17 Centres de Santé de Base du niveau 2 ou CSB<sub>2</sub>, 16 Centres de Santé de Base du niveau 1 ou CSB<sub>1</sub> et 4 centres de santé privé (Figure n° 8).

5 CSB<sub>1</sub> ne sont pas fonctionnels actuellement.

**1.2. Le Bureau de Santé de District ou BSD**

Le BSD assure la gestion du Service de Santé de District ou SSD de Brickaville. Il est dirigé par un médecin chef de district de santé.



District de

Légende :



CHD<sub>2</sub>



CSB<sub>2</sub>

CSB<sub>2</sub> privé

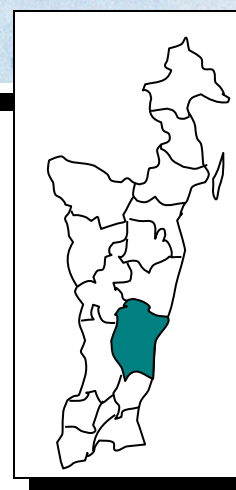


CHD<sub>1</sub>



CSB<sub>1</sub>

CSB<sub>1</sub> privé



**Figure n° 8 :** Les formations sanitaires du district sanitaire de Brickaville.

### 1.3. Organisation

- Le BSD siège dans la ville de Brickaville (Figure n° 9).



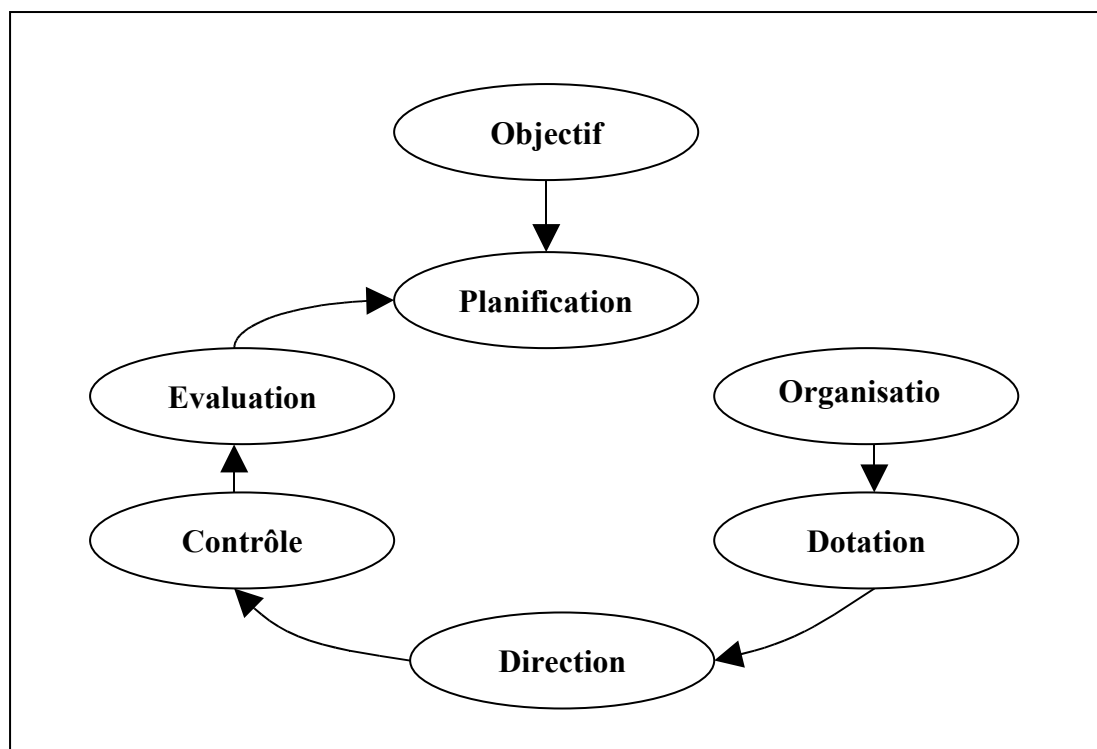
**Figure n° 9 :** Le bureau de santé de district de Brickaville.

- Le district de santé est géré par :
  - L'EMAD restreinte composée :
    - . du médecin inspecteur
    - . de l'adjoint technique
    - . de l'adjoint administratif
    - . du médecin chef du CHD<sub>1</sub>
  - L'EMAD élargie inclut :
    - . un chirurgien dentiste
    - . un médecin représentant les CSB<sub>2</sub>
    - . un infirmier représentant les CSB<sub>1</sub>
    - . un employé de service représentant le personnel d'appui
    - . un dispensateur représentant le personnel communautaire

## 2. METHODOLOGIE

### 2.1. Méthode d'étude (24)(25)

- L'analyse du système d'information du service de santé du district de Brickaville se base sur la méthode d'analyse systémique. Elle porte successivement sur : (Figure n° 10)
  - La planification des services en 2002
  - L'organisation des services
  - La dotation des ressources
  - La direction des services
  - Le contrôle, le suivi et la supervision
  - L'évaluation



**Figure n° 10 :** Les différents éléments de l'analyse systématique, étapes principales du processus de gestion.

## 2.2. Les paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

- L'objectif général du SSD
- Les éléments de la planification
- L'organisation
- Les ressources :
  - formations sanitaires
  - personnel
  - budget
- Plan de supervision (indicateurs)
- Plan d'évaluation (indicateurs)

## 3. RESULTATS

### 3.1. Le Programme de Travail Annuel ou PTA 2002

Le PTA comporte 7 objectifs.

**Tableau n° 1 : Les objectifs du PTA 2002.**

N°	Dénomination des objectifs
1	Adapter le cadre juridique et institutionnel du système de santé aux priorités de la PNS
2	Mettre en place des services de qualité au niveau du district sanitaire
3	Développer le système hospitalier
4	Adapter le développement des ressources humaines aux budgétisations du système de santé
5	Optimiser l'utilisation de l'ensemble des ressources financières du secteur santé
6	Augmenter la disponibilité en médicaments essentiels et en produits sanguins
7	Développer la lutte contre les maladies transmissibles

**Tableau n° 2 : Activités réalisées par le SSD.**

N°	Dénomination	Financement	Réalisation	Réalisation	% de
----	--------------	-------------	-------------	-------------	------

		prévu	financière	physique	réalisation physique
1	• Rapports mensuels des formations sanitaires	6.720.000	0	12/12 mois	100%
	• Supervision directe trimestrielle	6.720.000	2.040.000	33/132	25%
	• Monitoring/6 mois	13.464.362	13.464.362	2/2	100%
2	• Formation des chefs CSB en SSP	0	0		0
	• Re-dynamisation des cosan	0	0	4/28	14%
	• Réhabilitation du BSD	0	0	0	0
3	• Dotation en matériel et équipements des CSB			29/29	100%
	• Dotation en matériel roulant	0	0	0	0
4	• Approvisionnement des CSB en médicaments	210.265.700	233.558.356	33/33	100%
5	• Approvisionnement en médicaments/lèpre			28/28	100%
	• Campagne d'élimination de la lèpre	6.240.000	6.240.000	IEC/Traitement /Suivi des malades	100%
	• Dotation en chloroquine des dispensateurs			50/200	25%
6	• Organisation des journées de lutte IST/SIDA/Palu/choléra			Mobilisation sociale dans les 17 communes	100%
	• Approvisionnement en ME des points de vente communautaire	217.250.000	147.725.000	5.909	60%
7	• Approvisionnement en vaccins	0	0	BCG : 9.800 doses DTC/HB : 12.700 Polio : 15.840 ATR : 5.000 ATT : 5.500	84% 50,9% 39,6% 50,1% 22%
	• Vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des FE	0	0	BCG : Polio 3 : DTC/HB3 : ATR : ATT2 :	62,6% 46,6% 46,6% 47,9% 20,3%
8	• Approvisionnement en pétrole	26.280.000	17.210.000	5.737 litres	65,4%
9	• Suivi des sites NAC	19.920.000	18.750.000 (94%)		100%

### 3.2. Ressources et infrastructures

#### 3.2.1. Les infrastructures sanitaires

Tableau n° 3 : Types de formations sanitaires et accessibilité.

N°	Commune	Type de formation sanitaire	Statut	Situation	Population totale	Population à – 5 km	Accessibilité globale	Km/ Bric-kaville
1	<b>Brickaville</b>	CHD <sub>1</sub>	Pub.	F	18.455	16.644	12/12mois	0
	• Brickaville	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	18.455	16.644	12/12	0
	• Maromamy	CSB	Priv.	F	18.455	16.644	12/12	5
	• Sahamorona	CSB <sub>1</sub>	Pub.	F	4.148	3.024	12/12	10
	• Sahatakoly	CSB <sub>1</sub>	Pub.	NF				10
2	<b>Mahatsara</b>	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	8.148	4.636	12/12	35
	• Ranomainty	CSB <sub>1</sub>	Pub.	F	6.326	6.326	12/12	12
	• Ampitabe	CSB <sub>1</sub>	Pub.	F	3.301	1.744	12/12	33
	• Manambonitra	CSB <sub>1</sub>	Pub.	F	3.527	1.206	12/12	33
3	<b>Ranomafana E.</b>	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	7.052	3.686	12/12	45
	• Antongobato	CSB <sub>1</sub>	Pub.	F	6.315	2.850	12/12	55
4	<b>Ampasimbe</b>	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	7.361	2.363	12/12	71
5	<b>Andevoranto</b>	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	7.821	2.143	12/12	35
	• Vohitrampasina	CSB <sub>1</sub>	Pub.	NF			12/12	70
6	<b>Vohitrانivona</b>	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	6.816	5.372	12/12	20
7	<b>Ambinaninony</b>	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	8.351	5.096	12/21	35
	• Andranokoditra	CSB <sub>1</sub>	Pub.	F	2.734	456	9/12	60
	• Marofody	CSB	Priv.	F			12/12	45
8	<b>Ambalarondra</b>	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	5.485	3.862	12/12	78
	• Ambilamaina	CSB <sub>1</sub>	Pub.	F	2.267	1.482	12/12	68
	• Lanivolo	CSB <sub>1</sub>	Pub.	F	2.975	1.119	9/12	74
9	<b>Anjahamany</b>	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	6.637	3.382	9/12	95
	• Andrano-ambolava	CSB <sub>1</sub>	Pub.	F	2.679	2.679	8/12	110
10	<b>Anivorano Est</b>	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	7.828	3.588	12/12	20
	• Anivorano E	CSB	Priv.				12/12	20
N°	Commune	Type de formation sanitaire	Statut	Situation	Population totale	Population à – 5 km	Accessibilité globale	Km/ Bric-kaville
11	<b>Razanaka</b>	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	6.564	4.710	12/12	35
12	<b>Fanasana</b>	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	4.779	2.919	12/12	55
13	<b>Lohariandava</b>	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	6.366	4.312	12/12	70
	• Ampasimbola	CSB <sub>1</sub>	Pub.	F	1.462	887	9/12	80
	• Andekaleka	CSB	Priv.	F			12/12	72
14	Andekaleka Ambinanidrano	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	5.840	2.419	8/12	90
15	Fetraomby	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	11.658	3.241		50
	• Sahalampona	CSB <sub>1</sub>	Pub.	NF				62
16	Maroseranana	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	6.121	1.902	9/12	70
	• Ambodilendemy	CSB <sub>1</sub>	Pub.	NF			8/12	80
	• Ambatolampy	CSB <sub>1</sub>	Pub.	NF			8/12	110

17	Ambohimananana	CSB <sub>2</sub>	Pub.	F	3.126	1.400	9/12	90
	• Bezamba	CSB <sub>1</sub>	Pub.	F	2.205	1.147	9/12	95
	17 communes	1 CHD <sub>1</sub> 17 CSB <sub>2</sub> 16 CSB <sub>1</sub> 4 CSB	34 Pub. 4 Priv	5 CSB <sub>1</sub> NF	166.347	94.595 56,9%		

**F** : Fonctionnelle

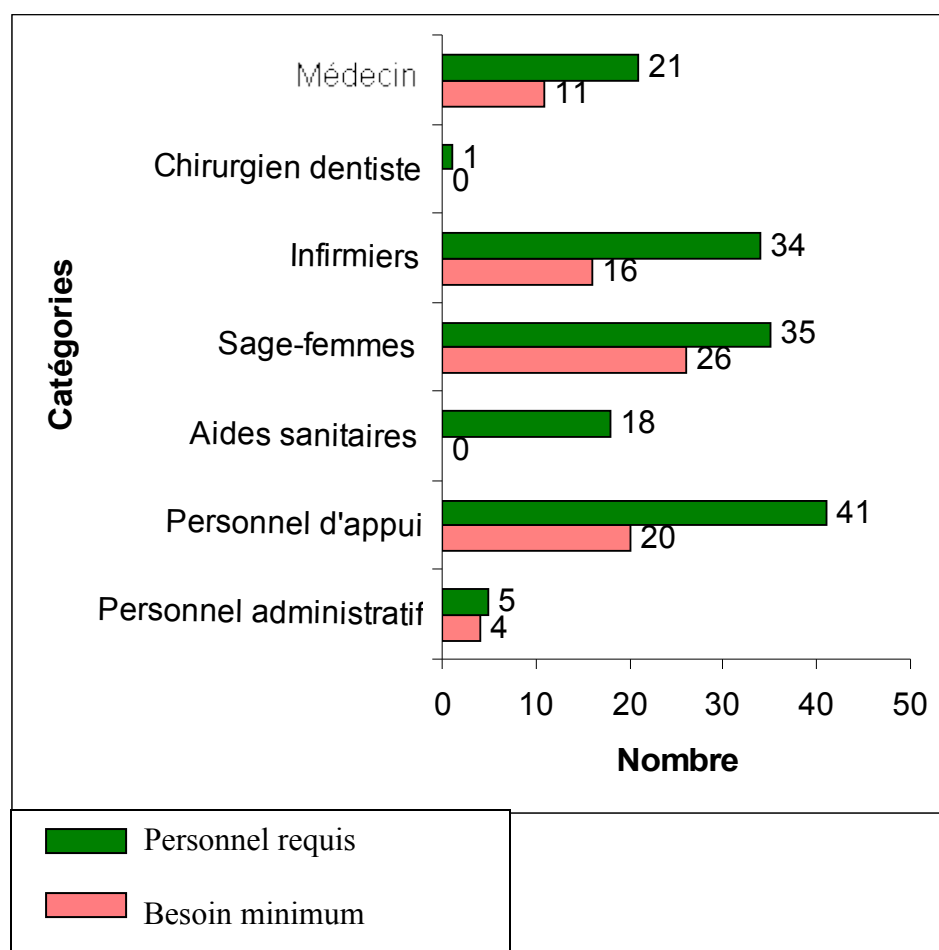
**NF** : Non Fonctionnelle

### 3.2.2. Ressources

**Tableau n° 4** : Situation du personnel du SSD en 2002.

Catégorie	Personnel requis	Existant en début d'année	Restant en fin d'année	Besoin minimum
• Médecin diplômé de santé publique	2	1	1	1
• Médecins généralistes	19	17	9	10
• Chirurgien dentiste	1	1	1	0
• Infirmiers	34	19	18	16
• Sage-femmes	35	7	9	26
• Aides sanitaires	18	18	18	0
• Personnel d'appui	41	23	21	20
• Personnel administratif	5	2	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>155</b>	<b>88</b>	<b>78</b>	<b>77</b>





**Figure n° 11 :** Diagramme des besoins en personnel du SSD de Brickaville.

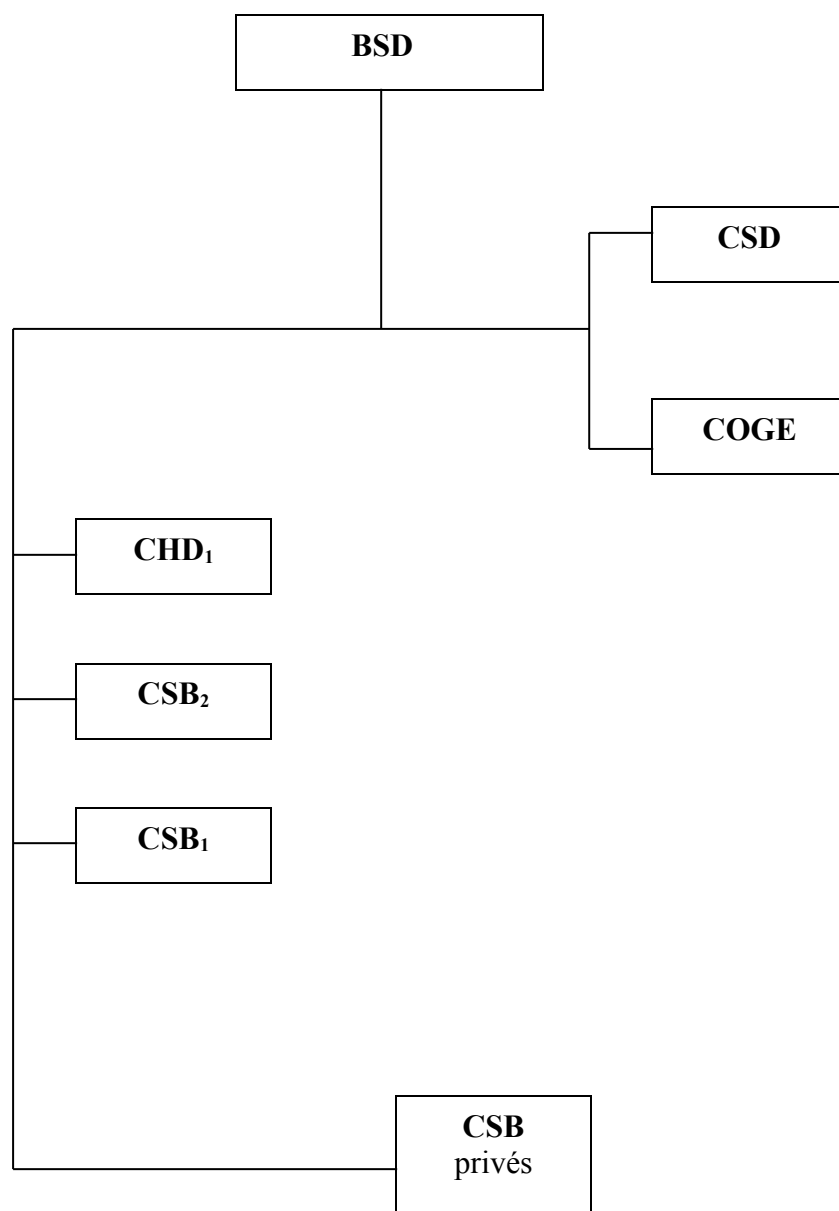
**Tableau n° 5 :** Utilisation du crédit de fonctionnement 2002 alloué par l'Etat.

Crédit alloué	Crédit utilisé	Utilisation	Montant
215.530.781	200.918.102		
		Bureau de santé du district	141.223.076
		CHD <sub>1</sub>	14.192.122
		CSB <sub>2</sub> et CSB <sub>1</sub>	45.502.904
		TOTAL	200.918.102

**Tableau n° 6 :** Total du budget utilisé par le SSD de Brickaville en 2002.

Origine du financement	Montant	Pourcentage
OMS et UNICEF	140.503.860	19,6
Budget de fonctionnement (sans les médicaments)	215.530.781	30,0
Participation financière des usagers	230.738.276	32,2
Médicaments dotation initiale (financement multiple DPL)	130.364.256	18,2
	<b>717.137.173</b>	<b>100%</b>

**Médecin chef de  
District**



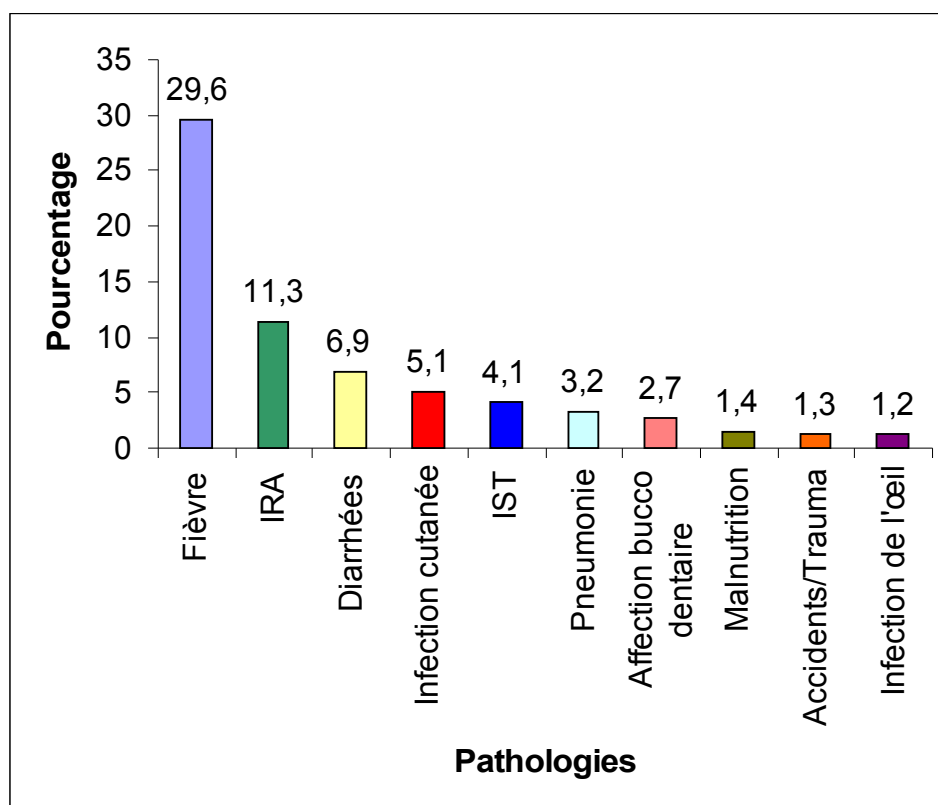
**Figure n° 12 : Organigramme du SSD de Brickaville.**

### **3.3. Direction, contrôle et évaluation**

**Tableau n° 8 : Situation des pathologies 2002.**

N°	Dix premières pathologies	Nombre	Pourcentage
1	Fièvre (suspicion de paludisme)	23.299	29,6

2	IRA	8.915	11,3
3	Diarrhées	5.428	6,9
4	Infection cutanée	4.034	5,1
5	IST	3.227	4,1
6	Pneumonie	2.527	3,2
7	Affections bucco-dentaires	2.176	2,7
8	Malnutrition	1.174	1,4
9	Accidents/traumatisme	1.025	1,3
10	Infections de l'œil et annexes	1.004	1,2



**Figure n° 13 :** Diagramme de représentation des pathologies selon leur fréquence.

**Tableau n° 9 :** Evaluation des activités par indicateurs.

N°	Indicateurs	Pourcentage	Tendance/2001
1	Taux d'utilisation des CE	69%	↘
2	Taux des ordonnances prescrites	65,2%	↘
3	Taux des ordonnances servies	94,6%	↘
4	Taux d'utilisation des CPN	46%	↘

5	Taux d'utilisation des maternités	13,4%	↘▲
6	Décès maternel	0,4%	→▲
7	Taux d'utilisation des consultations post-natales	29,8%	→▲
8	Taux de couverture contraceptive	12,6%	↘▲
9	Taux de couverture BCG	62,6%	↘▲
10	Taux de couverture DTC/HBP <sub>3</sub>	46,6%	↘▲
11	Taux de couverture ATR	47,9%	↘▲
12	Taux de couverture ATT <sub>2</sub>	20,3%	↘▲
13	Recette moyenne par ordonnance	(2058 Fmg)	→▲
14	Dépense moyenne par cas	(1900 Fmg)	→▲
15	Taux de recouvrement PFU	82%	→▲

### 3.4. Support des informations et fonctionnement

#### 3.4.1. Les supports

Les supports des informations sont essentiellement :

- Au niveau des formations sanitaires

- Les registres

##### *Registres de consultations externes*

- \* Registres des médicaments.
- \* Registres du matériel.
- \* Registres des activités préventives (CPN, surveillance nutritionnelle, planification familiale, vaccination, IEC).
- \* Carnets de santé.
- \* Ordonnances.

- Au niveau du district de santé

- Rapports mensuels d'activités
- Comptes-rendus de services
- Notes de services
- Décisions
- Instructions permanentes...

**TROISIEME PARTIE :  
COMMENTAIRES, DISCUSSIONS  
ET SUGGESTIONS**

## COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

### 1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

#### 1.1. Méthodologie

L'analyse du système d'information du service de santé du district de Brickaville repose sur une base systémique. Il a été donc vu successivement :

- le système de planification des activités et l'information des réalisateurs ;
- les systèmes d'organisation et de dotation des ressources et l'information des personnes ou services concernés ;
- le système d'exécution des services ;
- et les systèmes de contrôle et d'évaluation des activités ;
- l'information sanitaire donne la photographie permanente de la morbidité spécifique, des situations des ressources permettant une surveillance et un contrôle adaptés à chaque situation ;
- dans les registres de santé par exemple, on peut voir comment sont détectés les cas et comment ces cas sont pris en charge.

Compte tenu du nombre et des types d'information requis, les données disponibles ne sont jamais complètes. Ceci amène à considérer la place de l'épidémiologie dans le système d'information sanitaire.

#### *i) L'analyse épidémiologique*

Une analyse épidémiologique est une opération qui consiste à rechercher, rassembler et recueillir de l'information, puis à l'analyser en vue de déterminer la répartition des problèmes de santé.

Dans cette optique, les techniques d'analyse épidémiologique peuvent compléter l'analyse systémique.

## *ii) Les méthodes d'évaluation*

Il est intéressant d'avoir une idée sur les résultats de la mise en œuvre d'un système d'information donnée. Dans cette optique, l'utilisation des méthodes d'évaluation peut également jouer un rôle important dans l'analyse d'un système d'information.

## **1.2. Résultats**

### ***1.2.1. Planification***

Le système de santé de district de Brickaville a visé en 2002, 7 objectifs généraux qui sont présentés au tableau n° 1. Ces objectifs ont déterminé la réalisation de 9 activités : selon le tableau n° 2, on a :

- La réalisation des rapports mensuels, des supervisions trimestrielles et du monitoring :
  - Les informations rapportées montrent au moins deux types de situation :

L'état d'exécution du programme

Les rapports mensuels permettent, non seulement d'identifier les formations sanitaires qui font périodiquement leurs rapports, mais aussi de savoir quelles sont les activités réalisées durant le mois concerné, quelle est la situation par rapport au mois précédent, que faut-il faire pour améliorer les performances et/ou la qualité des services.

- La situation des ressources

Les rapports mensuels font également état de l'utilisation des ressources disponibles d'une part, et des besoins les plus pressants d'autre part.

- La formation du personnel, et la redynamisation des comités de santé.



La compétence du personnel et la participation active des comités de santé sont déterminantes dans le développement des activités de santé. Il est donc important de suivre l'évolution et l'exécution des programmes de formation du personnel et de mobilisation communautaire.

- La dotation en matériel et équipements.
- L'approvisionnement en médicaments des formations sanitaires.
- L'approvisionnement en médicaments pour la lutte contre la lèpre et la dotation en chloroquine des dispensateurs.
- La réalisation des journées IST/SIDA/Paludisme/choléra et l'approvisionnement en moustiquaires imprégnés des points de vente communautaire.
- L'approvisionnement en vaccins et la vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes.
- L'approvisionnement en pétrole.
- Le suivi des sites NAC.

Ces activités ont été élaborées sous forme de PTA (programme de travail annuel) et réalisées en fonction des ressources disponibles.

La pénurie des ressources financières, matérielles et humaines explique le fait qu'une grande partie du PTA prévu n'a pas été réalisée.

### ***1.2.2. Organisation***

L'organigramme du service de santé de district de la figure n° 12 montre le Bureau de Santé de District ou BSD assisté par le Comité de Santé de District (CSD) et le Comité de Gestion (COGE). La formation d'orientation recours du district est représentée par le CHD<sub>1</sub> (Centre Hospitalier de District du niveau 1). Chaque commune dispose d'un CSB<sub>2</sub> (Centre de Santé de Base du niveau 2). Et au niveau de

certaines Fokontany il y a des CSB<sub>1</sub> (Centre de Santé de Base du niveau 1). Quatre formations sanitaires privées sont installées dans le district sanitaire.

### ***1.2.3. Ressources et infrastructures***

#### *i) Les infrastructures sanitaires*

- La ville de Brickaville dispose d'un CHD<sub>1</sub> et d'un CSB<sub>2</sub>.
- Chacune des 17 communes du district de santé dispose d'un CSB<sub>2</sub>.
- 16 CSB<sub>1</sub> sont installés au niveau des Fokontany parmi lesquels 5 ne sont pas fonctionnels.
- 4 centres de santé privés complètent les formations sanitaires publiques.

Le taux d'accessibilité géographique de la population est estimé à 56,9% - 24 formations sanitaires se trouvent à plus de 30 km à pieds de Brickaville. 11 formations sanitaires se trouvent dans la forêt à plus de 50 km de Brickaville. La marche à pieds permet seule d'y accéder.

#### *ii) Les ressources*

##### **\* Ressources humaines**

Le personnel du district de santé se trouve dans une situation critique. En effet, à la fin de l'année 2002, le SSD ne disposait plus que de :

- 10 médecins
- 1 dentiste
- 18 infirmiers
- 9 sage-femmes
- 18 aides sanitaires
- 21 personnels d'appui
- 1 personnel administratif

Le besoin minimum est de :

- 11 médecins

- 16 infirmiers
- 26 sage-femmes
- 20 personnels d'appui
- 4 personnels administratifs

Ce besoin minimum est vital et est devenu urgent pour le SSD de Brickaville, compte tenu des catastrophes naturelles (cyclones) et du volume d'activités à réaliser.

\* Les ressources financières

Le tableau n° 5 montre qu'en 2002, le SSD de Brickaville disposait d'un budget total de :

717.137.173 Fmg qui se décompose comme suit, selon l'origine du financement :

- Etat (Budget de fonctionnement) : 215.530.781 Fmg (30%)
- PFU : 230.738.276 Fmg (32,2%)
- OMS et UNICEF : 140.503.860 Fmg (19,6%)
- Autres financement (DPL et autres) : 13.364.256 Fmg (18,2%)

Ce budget donne théoriquement à chaque habitant 4.312 Fmg environ (0,7 \$US)

\* Matériel et équipements

Le matériel et les équipements acquis en 2002 sont présentés au tableau n° 6. Ils sont constitués essentiellement par :

- 17 lits métalliques avec housses
- 30 kits sage-femmes
- 29 kits SMI
- 4 tables d'examen
- 5 kits stérilets
- 1 rétroprojecteur
- 3 ventilateurs
- 1 table ordinateur

- 3 chaises
- 1 tablette de décharge
- 1 machine à écrire
- 4 kits tensiomètres-stéthoscopes
- 6 potences

#### ***1.2.4. Contrôle et évaluation***

Le tableau n° 9 montre la valeur des indicateurs utilisés :

Parmi ces taux, on peut relever

- le taux d'utilisation des CE : 69%
- le taux d'utilisation des CPN : 46%
- le taux d'utilisation des maternités : 13,4%
- le taux de couverture contraceptive : 12,6%
- le taux de couverture BCG : 62,6%
- le taux de couverture DTC P<sub>3</sub> : 46,6%
- le taux de couverture ATR : 47,9%
- le taux de couverture ATT<sub>2</sub> : 20,3%

Ces chiffres montrent qu'il reste encore beaucoup à faire dans le SSD de Brickaville.

## **2. SUGGESTIONS**

Pour améliorer la situation du district sanitaire, nos suggestions sont les suivantes :

- un renforcement des ressources ;
- une meilleure adaptation du système d'information et de gestion des activités.

### **2.1. Renforcement des ressources**

Le renforcement des ressources porte sur :

### ***2.1.1. Le personnel de santé du district***

Le district de santé doit bénéficier d'une dotation adéquate en personnel conformément à la demande exprimée du SSD :

- 11 médecins
- 16 infirmiers
- 26 sage-femmes
- 20 personnels d'appui
- 4 personnels administratifs

Ces besoins en personnel doivent être satisfaits pour permettre au SSD de fonctionner conformément à la politique nationale de santé.

Il faut noter que la présence d'un personnel adéquat permet d'obtenir les informations relatives à son domaine, plus facilement et de façon correcte. L'inexistence d'un personnel spécifique peut entraîner la non réalisation de toutes les activités relatives à la compétence du personnel concerné.

### ***2.1.2. L'infrastructure***

Les 5 CSB<sub>1</sub> devenus non fonctionnels doivent être réhabilités et opérationnels le plus rapidement possible. Il s'agit de :

- Sahatakoly (commune de Brickaville)
- Vohitrampasina (commune d'Andevoranto)
- Sahalampona (Commune de Fetraomby)
- Ambodilendemy (commune de Maroseranana)
- Ambatolampy (commune de Maroseranana)

Ces 5 CSB<sub>1</sub> concernent 35.000 habitants environ. Il s'agit d'un groupe de population qui se trouve entre 10 et 110 km de Brickaville.

L'infrastructure sanitaire subit souvent des modifications imprévisibles : destruction d'une formation sanitaire par des inondations ou des cyclones, Hôpital

devenu inutilisable faute d'entretien... Il faut signaler que dans une région comme celle de Brickaville, les catastrophes naturelles sont fréquentes surtout pendant les périodes de pluies.

Les moyens locaux sont souvent inexistants ou insuffisants pour assurer une réhabilitation correcte des infrastructures abîmées.

### ***2.1.3. Le financement de la santé dans le district sanitaire***

#### *i) Budget prévisionnel*

- Le district de santé de Brickaville, avec une population de 166.347 habitants, aurait besoin pour fonctionner normalement de dépenser 10.000 francs malagasy par habitant par an.

Cette somme serait destinée aux soins préventifs et curatifs de santé d'une part, et à la prise en charge des dépenses de fonctionnement administratives d'autre part. Ainsi, le budget prévisionnel serait de 1.664.370.000 Fmg.

- Le tableau n° 7 montre le profil de morbidité en 2002 (malades vus et traités au niveau des formations sanitaires publiques du district de santé) :
  - Fièvre (suspicion de paludisme) : 23.299 cas
  - IRA : 8.915 cas
  - Diarrhées : 5.428 cas

Compte tenu de la situation, nous proposons pour une meilleure prise en charge de la santé de la population, un budget annuel de 1 dollar US/habitant c'est à dire 166.347 \$ ( $\approx$  998.082.000 Fmg). Sur ce budget, 500 millions doivent être réservés aux médicaments et consommables médicaux.

L'origine du financement peut provenir par exemple :

- de l'Etat pour 430.000.000 Fmg
  - de l'OMS/UNICEF : 280.000.000 Fmg
  - des autres financeurs (Banque Mondiale – Banque Africaine pour le développement, etc.) : 288.082.000 Fmg
- 
- 998.082.000 Fmg

Ceci exige évidemment une volonté politique ferme et une collaboration harmonieuse intersectorielle.

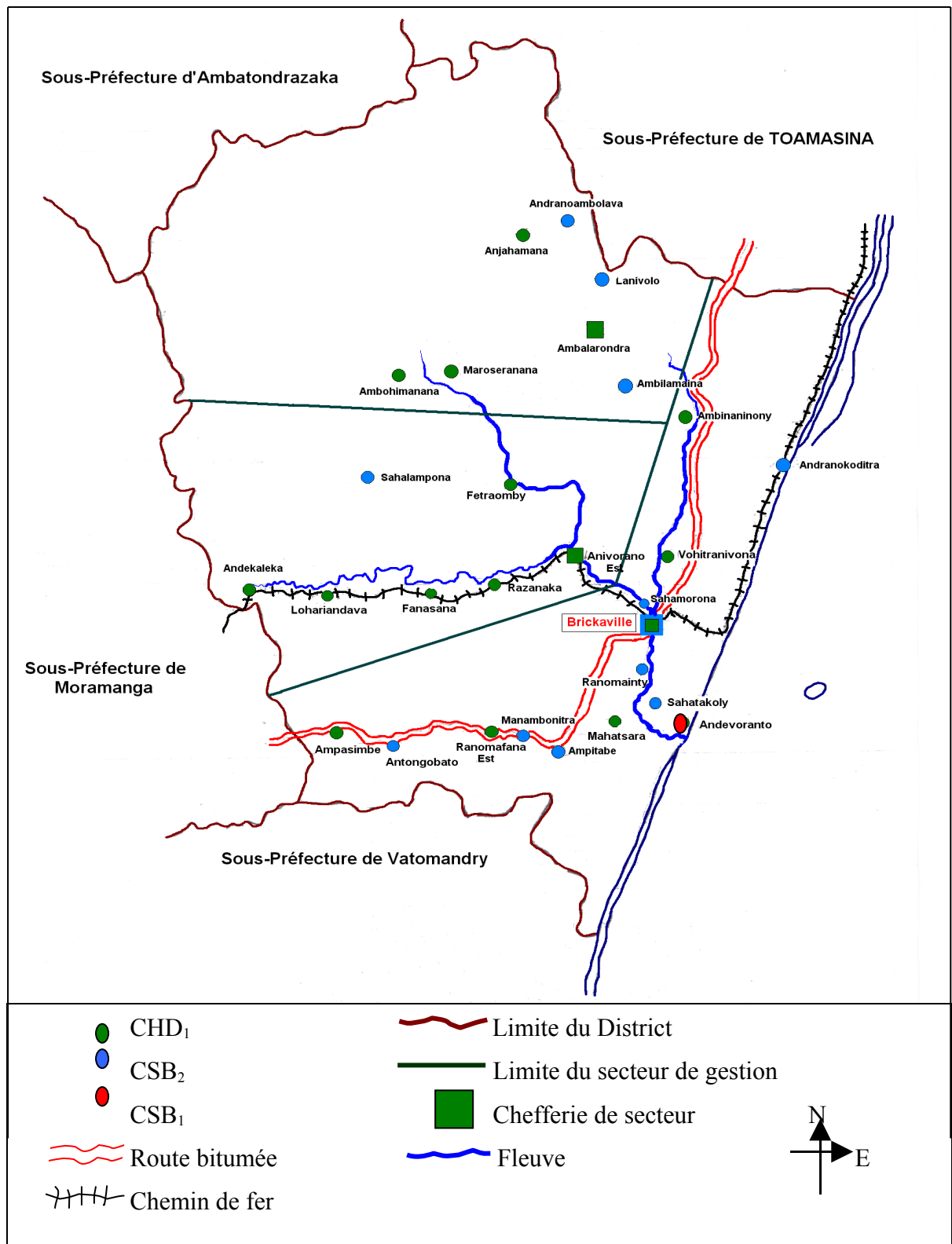
La participation des bailleurs de fonds est généralement conditionnée par les politiques et programmes préalablement négociés par l'Etat. Il faudrait donc que le District de santé de Brickaville dispose en temps voulu d'un programme de travail annuel ou PTA bien ficelé pour mettre de son côté le maximum de chance d'obtenir au moins une partie consistante de ses besoins budgétaires.

Des financements hors PTA peuvent être obtenus par des actions de collaboration du district de santé avec des partenaires privés : par exemple, l'appui des Organisations Non Gouvernementales ou ONG, la participation financière des usagers des formations sanitaires, les dons et aides accordés par des opérateurs socio-économiques évoluant dans le district de santé comme les industriels et/ou les opérateurs de l'hôtellerie.

## **2.2. Une meilleure adaptation du système de gestion des activités de santé**

Compte tenu de l'étendue du district de santé, du climat pluvieux, et de l'insuffisance des moyens de communications, nous proposons la mise en place de 3 secteurs d'information et de gestion des services de santé, avec comme centres de coordination et de gestion les points suivants : Brickaville, Anivorano et Ambalarondra.

La figure n° 14 montre comment devrait s'organiser ces centres.



**Figure n° 14 :** Proposition d'un système d'information et de gestion du district de santé de Brickaville.



- Le secteur de Brickaville comprend : 7 CSB<sub>2</sub> : (7 communes)
  - Brickaville
  - Mahatsara
  - Ranomafana
  - Ampasimbe
  - Andevoranto
  - Vohitranivona
  - Ambianinony
  
- Le secteur d'Anivorano comprend : 6 CSB<sub>2</sub> (6 communes)
  - Anivorano-Est
  - Razanaka
  - Fanasana
  - Lohariandava
  - Andekaleka
  - Fetraomby
  
- Le secteur d'Ambalarondra comprend : 4 CSB<sub>2</sub> (4 communes)
  - Ambalarondra
  - Maroseranana
  - Ambohimana
  - Anjahamana

Le médecin chef du CSB<sub>2</sub> tête de secteur est également le médecin chef de secteur. Ce dernier travaille sous les directives directes du médecin chef de district sanitaire. Le chef de secteur assure la supervision et le circuit des informations dans son secteur et rend compte périodiquement au médecin chef de district sanitaire.

Les informations de santé circulent sous plusieurs formes :

*i) Sous forme de rapports ou de compte rendu*

Dans le sens ascendant du système de santé, les supports d'informations les plus utilisés sont :

- **Les rapports d'activités**

Ces rapports d'activités sont des rapports périodiques mensuels et/ou annuels. Ils concernent le plus souvent les activités techniques de santé qui se rapportent au paquet minimum de santé : consultations externes, consommation des médicaments essentiels pour les activités curatives ; consultations prénatales ou CPN, surveillance nutritionnelle et pesées, séances de vaccination (Programme Elargi de Vaccination ou PEV), Planification Familiale, Information – Education – Communication ou IEC).

- **Compte-rendu**

Le compte-rendu de service se rapporte généralement à des informations techniques et/ou administratives plus ou moins ponctuelles : par exemple, les compte rendus de prise de service d'un personnel nouvellement affecté ou de cessation de service d'un personnel qui part à la retraite.

Les compte-rendus peuvent également informer les instances supérieures sur la survenue d'une épidémie et la situation constatée pour permettre à ces instances de prendre les décisions qui s'imposent, ou informer sur la situation des ressources (exemple, état de stock des médicaments essentiels) afin de recevoir rapidement les éléments qui manquent au niveau de la formation sanitaire.

*ii) Sous forme de note de service ou de documents divers*

Ces formes d'information se voient surtout dans le sens descendant du système de santé.

- **Les notes de service**

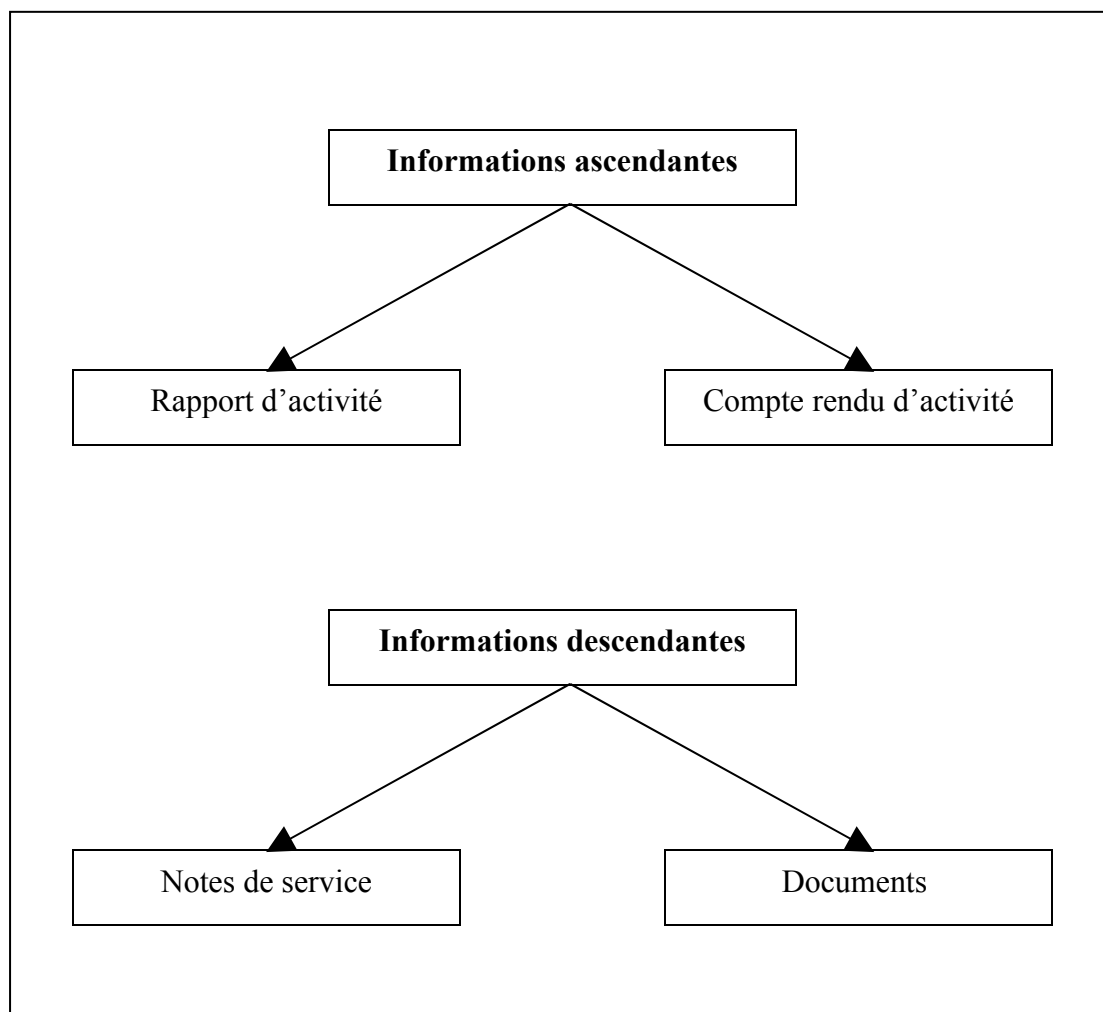
Les notes de service véhiculent généralement les ordres ou directives qui émanent du Bureau de santé de district et qui sont destinés au personnel des formations sanitaires du district de santé.

Il s'agit de décisions qui requièrent des comptes-rendus de la part des destinataires.

- **Les documents**

Il peut s'agir par exemple de documents techniques (guide thérapeutique, ordinogramme...) destinés à aider le personnel technique dans la réalisation de leur mission.

Il peut s'agir également de documents à remplir et à retourner au niveau du Bureau de santé de district : par exemple, les fiches de supervision indirecte qui vont permettre aux responsables concernés de corriger ou de développer les mesures qui ont été adoptées antérieurement.



**Figure n° 15 :** Schémas d'organisation de la circulation des informations.

## **CONCLUSION**



## CONCLUSION

Le fonctionnement satisfaisant d'un système de santé peut être évalué sur la base de son organisation d'une part, (objectif, stratégies, schémas de fonctionnement) et sur la base de ressources disponibles et effectivement utilisées (personnel, matériel, et budget) d'autre part. C'est la qualité du système d'information mis en œuvre qui va permettre de mesurer les résultats obtenus par l'utilisation des systèmes adoptés.

L'étude menée à Brickaville sur la gestion des services de santé basée sur le système de santé de district montre que le district de santé peut constituer un cadre efficace pour la mise en œuvre des soins de santé primaires et d'un système d'information et de gestion permettant d'assurer le bon fonctionnement de l'organisation adoptée. Quelques conditions sont toutefois requises pour la bonne réalisation des programmes : d'abord il faut qu'un minimum de ressources soit disponible en permanence. Il s'agit d'un personnel suffisant et de qualité acceptable (médecins, dentistes, infirmiers, sage-femmes, laborantins, personnel d'appui et personnel administratif).

Il s'agit également d'un matériel adéquat (tensiomètre, stéthoscope, lits avec housses, balances pèse-bébé, pèse-personne, chaîne du froid, stérilisateurs, médicaments essentiels et consommables médicaux). Il s'agit enfin d'un budget suffisamment fourni pour la mise en œuvre du paquet minimum d'activités (des activités préventives : planification familiale, surveillance nutritionnelle, consultations pré et post-natales, IEC et vaccinations ; des activités curatives : consultations externes, soins infirmiers et médicaments).

Il faut ensuite une utilisation rationnelle des ressources disponibles et un programme de travail annuel conforme aux besoins essentiels de santé de la population.

Il faut enfin un système d'information qui s'adapte aux besoins de gestion du système de santé. Comme il s'agit ici d'un système de santé de district situé dans une région où les moyens de communication sont rarement disponibles (routes insuffisantes, pas de téléphones pour joindre la majorité des formations sanitaires, déplacement à pieds le plus souvent entraînant des retards importants dans la transmission des messages), le fonctionnement par sectorisation paraît le plus indiqué pour obtenir une coordination et un contrôle acceptables des activités programmées.



## **BIBLIOGRAPHIE**

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Monekosso G.L. La gestion sanitaire au niveau de district de la médiocrité à l'excellence dans les prestations sanitaires. OMS Afrique, 1994 : 15-25.
2. Vaughan J.P. Morow R.H. Manuel d'épidémiologie pour la gestion de la santé au niveau du district, OMS Genève, 1991 : 186.
3. OMS. Personnel local de santé et la communauté face aux catastrophes naturelles. OMS Genève, 1989 : 97.
4. Blum H.L. Planning for health 2<sup>nd</sup> ed. Human sciences Press, 1981: 155-156.
5. Amonoo-Lartson R. Ebrahim G.J. Loyal H.J. Ranken J.P. District Health care. Challenges for planning Organisation and Evaluation in Developing countries, Mac-Millan Press, 1984: 67-68.
6. Flahout D. Piot M. Franklin A. Supervision des personnels de santé au niveau du district. OMS Genève, 1988 : 18.
7. Monekosso G.L. A health district as the operational unit for primary health care. Tropical Doctor, 1993: 23.
8. OMS. Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, OMS Genève, 1981: 32.
9. Mahler M. La santé pour tous d'ici l'an 2000. Santé du monde. OMS Genève, 1981 ; 3 : 22.
10. Pearson L.B. Vers une action commune pour le développement du tiers-monde. Le rapport pearson. Denoël éd. 1969 : 510.
11. Couet J.F. Bremond J. Pays sous-développés ou pays en voie de développement ? Hatier éd. 1979 : 79.

12. Albertini J.M. Mécanismes du sous-développement et du développement. Les éditions ouvrières, 1981 :319.
13. OMS. Elaboration d'indicateurs pour l'évaluation des progrès en matière de santé, OMS Genève, 1981 : 12.
14. Dumoulin J. Les techniques de la planification de la santé, comment progresser ? Sciences sociales et santé éd. 1983 ; 4 : 41-74.
15. Monekosso G.L. Lambo E. Efficient management of district health systems. WHO/AFRO éd. 1993 : 23-31.
16. UNICEF. Vers une politique nationale des soins de santé primaires. Stratégie d'implantation de l'initiative de Bamako en Mauritanie. UNICEF, Afrique 1990 : 11-23.
17. OMS-UNICEF. Conférence parafricaine sur le financement communautaire des services de santé (Rapport) OMS-UNICEF, 1990 ; 1 : 5-16.
18. Silverman M. The epidemiology of drug promotion. International journal of health services, 1977 ; 7 : 157-166.
19. Yudkin J. Provision of Medicines in a developing country. The Lancet, 1978 : 810-812.
20. Maynard A. Launois R.J. La réforme du système de santé Britannique. Les cahiers institut la Boetie. Masson éd. 1989 : 33.
21. De Sardan O.J.P. Peasant logic and development projects logics. Sociologica Ruralis éd. 1988 : 28.
22. Dabis F. Drucker J. Moren A. Epidémiologie d'intervention. Arnette éd. 1992 : 44-53.

23. Morton R.F. Hebel J.R. Epidémiologie et biostatistique. Une introduction programmée. Doin éd. 1983 : 23-32.
24. Schwartz D. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes. Flammarion éd. 1993 : 55-61.
25. Mortow R.F. Hebel J.R. Epidémiologie et biostatistique, une introduction programmée, 2è édition Doin. 1989 : 19-26.

## 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 mamofady 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 mahatanteraka 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 RAKOTOVAO Joseph Dieudonné**

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

**Signé : Professeur RAJAONARIVELO PAUL**