

ANDRINJANAHARY Ainatiana

**EVALUATION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES DANS UN CENTRE
DE SANTE DE BASE**

Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE : 2014

N° 8612

**EVALUATION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES DANS UN CENTRE
DE SANTE DE BASE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 31 octobre 2014 à Antananarivo

par

Monsieur ANDRINJANAHARY Ainatiana

Né le 20 juin 1987 à la Cité des 67 hectares

Pour obtenir le grade de

« DOCTEUR EN MEDECINE »

(Diplôme d'Etat)

Directeur de Thèse : Professeur RANDRIA Mamy Jean de Dieu

MEMBRES DU JURY :

Président : Professeur RANDRIA Mamy Jean de Dieu

Juges : Professeur ANDRIANASOLO Roger

: Professeur RANDRIAMANANTSOA Lova Narindra

Rapporteur : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi



MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO

FACULTE DE MEDECINE

☎/Fax : 22 277 04 - ✉ : BP. 375 Antananarivo
E-mail : facultedemedecine_antananarivo@yahoo.fr

I. CONSEIL DE DIRECTION

A. DOYEN

M. ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana

B. VICE-DOYENS

❖ **Médecine Humaine**

- Troisième Cycle Long (Internat Qualifiant, Clinicat, Agrégation et Formations Professionnalisantes)

Pr. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck
Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora

- **Scolarité**

- 1^{er} et 2^{ème} cycles et communication
- 3^{ème} cycle court (stage interné, examens de clinique et Thèses)

Pr. RAHARIVELO Adeline
Pr. VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle

- Téléenseignement, LMD et projets

Pr. ROBINSON Annick Lalaina
Pr. SOLOFOMALALA Gaëtan Duval

- Recherche

Pr. RAVELOSON Nasolotsiry Enintsoa

❖ **Pharmacie**

Pr. SAMISON Luc Hervé

❖ **Médecine Vétérinaire**

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO
Henriette

C. SECRETAIRE PRINCIPAL

- Administration Générale et Finances

Mr. RANDRIANJAFIARIMANANA Charles Bruno

II. CONSEIL D'ETABLISSEMENT

PRESIDENT

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO
Henriette

III. CHEFS DE DEPARTEMENT

- Biologie
- Chirurgie
- Médecine
- Mère et Enfant
- Pharmacie
- Santé Publique
- Sciences Fondamentales et Mixtes
- Tête et cou
- Vétérinaire

Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat
Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora
Pr. RABEARIVONY Nirina
Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao
Dr. RAOELISON Guy Emmanuel
Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie
Pr. AHMAD Ahmad
Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam
Pr. RAFATRO Herintsoa

IV. CONSEIL SCIENTIFIQUE

PRESIDENT

Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana

V. COLLEGE DES ENSEIGNANTS

A. PRESIDENT

Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense

B. ENSEIGNANTS PERMANENTS

B.1. PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENTS SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Dermatologie Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

- Endocrinologie et métabolisme Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

- Néphrologie Pr. RAJAONARIVELO Paul
Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa

- Neurologie Pr. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba Alain

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO Noëline
Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Administration et Gestion Sanitaire Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO
Henriette

- Education pour la Santé Pr. ANDRIAMANALINA Nirina Razafindrakoto

- Santé Communautaire Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné

- Santé Familiale Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin

- Statistique et Epidémiologie Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anatomie Pathologique Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa

- Radiodiagnostic et Imagerie Médicale Pr. AHMAD Ahmad

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Ophtalmologie Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette
Pr. BERNARDIN Prisca

B.2. PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| - Hématologie Biologique | Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat |
| - Parasitologie | Pr. RAZANAKOLONA Lala RasoamialySoa |

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| - Chirurgie Cardio-Vasculaire | Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès |
| - Chirurgie Générale | Pr. RAKOTO-RATSIMBA HeryNirina |
| - Chirurgie Pédiatrique | Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana |
| | Pr. HUNALD Francis Allen |
| - Chirurgie Thoracique | Pr. RAKOTOVAO Hanitrana Jean Louis |
| - Chirurgie Viscérale | Pr. SAMISON Luc Hervé |
| | Pr. RAKOTOARIJAONA Armand Herinirina |
| - Orthopédie Traumatologie | Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude |
| | Pr. SOLOFOMALALA Gaëtan Duval |
| - Urologie Andrologie | Pr. RANTOMALALA HarinirinaYoël Honora |
| | Pr. RAKOTOTIANA AuberlinFelantsoa |

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- | | |
|------------------------------------|---|
| - Cardiologie | Pr. RABEARIVONY Nirina |
| | Pr. RAKOTOARIMANANA Solofonirina |
| - Dermatologie Vénérologie | Pr. RAMAROZATOVO Lala Soavina |
| - Hépatogastro-Entérologie | Pr. RAMANAMPAMONJY RadoManitrana |
| - Maladies Infectieuses | Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu |
| | Pr. ANDRIANASOLO RadonirinaLazasoa |
| - Médecine Interne | Pr. VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle |
| - Néphrologie | Pr. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck |
| | Pr. RANDRIAMANANTSOA Lova Narindra |
| - Psychiatrie | Pr. RAHARIVELO Adeline |
| | Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense |
| - Radiothérapie-Oncologie Médicale | Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINA Florine |
| - Réanimation Médicale | Pr. RAVELOSON NasolotsiryEnintsoa |

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- | | |
|---------------------------|--|
| - Gynécologie Obstétrique | Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao |
| | Pr. RANDRIAMBELOMANANA Joseph Anderson |
| - Pédiatrie | Pr. ROBINSON Annick Lalaina |

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- | | |
|---------------|--|
| - Physiologie | Pr. RAKOTOAMBININA Andriamahery Benjamin |
|---------------|--|

DEPARTEMENT TETE ET COU

- | | |
|---|-----------------------------------|
| - Neuro-Chirurgie | Pr. ANDRIAMAMONJY Clément |
| | Pr. RABARIJAONA Mamiarisoa |
| - Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale | Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam |

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| - Pharmacologie | Pr. RAFATRO Herintsoa |
|-----------------|-----------------------|

B.3. MAITRES DE CONFERENCES

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie Dr. RAJAONATAHINA DavidraHendrison

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALISTES MEDICALES

- Endocrinologie et Métabolisme Dr. RAKOTOMALALA Andrinirina Dave Patrick
- Neurologie Dr. ZODALY Noël
- Pneumo-phtisiologie Dr. RAKOTOMIZAO Jocelyn Robert
Dr. RAKOTOSON JoëlsonLovaniaina

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Gynécologie Obstétrique Dr. RASOLONJATOVO Jean de la Croix

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie Thoracique Dr. RASOLONJATOVO Andrimihaja Jean Claude

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique Dr. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi
Dr. RATSIMBASOA Claude Arsène
Dr. RAKOTONIRINA El-C Julio

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Sciences Ecologiques, Vétérinaires Dr. RAHARISON FidiniainaSahondra
Agronomiques et Bioingénieries
- Evolution – Ecologie – Paléontologie - Dr. RASAMOELINA Andriamanivo
Ressources Génétiques Harentsoaniaina

DEPARTEMENT PHARMACIE

- Pharmacologie Générale Dr. RAMANITRAHASIMBOLA David
- Pharmacognosie Dr. RAOELISON Emmanuel Guy
- Biochimie Toxicologie Dr. RAJEMIARIMOELISOA Clara Fredeline
- Chimie Organique et Analytique Dr. RAKOTONDRAMANANA
Andriamahavola Dina Louisimo

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Biophysique Dr. RASATA RaveloAndriamparany

B.4. ASSISTANTS

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Virologie Dr. KOKO
- Technologie Dr. RAHARIMALALA Edwige Marie Julie

DEPARTEMENT PHARMACIE

- Procédés de Production, Qualité et Contrôle des Produits de Santé Dr. RAVELOJAONARATSIMBAZAFIMAHEFA
Hanitra Myriam

C. ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

C.1. PROFESSEURS EMERITES

Pr. ANDRIAMBAO Damasy	Pr. RAKOTOMANGA Samuel
Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur	Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA S.U
Pr. ANDRIANARISOA Ange Christophe Félix	Pr. RAKOTOZAFY Georges
Pr. AUBRY Pierre	Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe
Pr. FIDISON Augustin	Pr. RAMONJA Jean Marie
Pr. RABARIOELINA Lala	Pr. RANDRIAMAMPANDRY
Pr. RABENANTOANDRO Casimir	Pr. RANDRIANASOLO Jean Baptiste Olivier
Pr. RABETALIANA Désiré	Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery Honoré Blaise
Pr. RADESA François de Sales	Pr. RATSIVALAKA Razafy
Pr. RAJAONA Hyacinthe	Pr. RAZANAMPARANY Marcel
Pr. RAKOTOMANGA Robert	Pr. ZAFY Albert

C.2. CHARGE D'ENSEIGNEMENT

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie Générale

Pr. RAVELOSON Jean Roger

DEPARTEMENT TETE ET COU

- ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Pr. RAKOTO FanomezantsoaAndriamparany

VI. SERVICES ADMINISTRATIFS

AFFAIRES GENERALES

COMPTABILITE

PERSONNEL

SCOLARITE

TROISIEME CYCLE LONG

CHEFS DE SERVICES

M. RANDRIANARISOA RijaHanitra
M. RATSIMBAZAFIARISON Nivoson Espérant
Mme RAKOTOARIVELO LivaHarinivo Vonimbola
Mme SOLOFOSAONA R. Sahondranirina
Mme RANIRISOA Voahangy

VII. IN MEMORIAM

Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson	Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard
Pr. RAJAONERA Frédéric	Pr. RAZAFINTSALAMA Charles
Pr. ANDRIAMASOMANANA Veloson	Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme
Pr. RAKOTOSON Lucette	Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre
Pr. ANDRIANJATOVO RARISOA Jeannette	Pr. MANAMBELONA Justin
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa	Pr. RAZAKASOA Armand Emile
Pr. RAKOTOBÉ Alfred	Pr. RAMIALIHARISOA Angéline
Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide	Pr. RAKOTOBÉ Pascal
Dr. RAKOTONANAHARY	Pr. RANAIVOZANANY Andrianady
Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël	Pr. RANDRIANARIVO
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin	Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
Pr. RAMANANIRINA Clarisse	Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder	Pr. RAHAROLAHY Dhels
Pr. RANIVOALISON Denys	Pr. ANDRIANJATOVO Jean José
Pr. RAKOTOVAO RivoAndriamiadana	Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand
Pr. RAVELOJAONA Hubert	Pr. RANDRIAMBOLOLONA RASOAZANANY Aimée
Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel	Pr. RATOVO Fortunat
Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme	Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel
Pr. RAKOTONIAINA Patrice	Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé
Pr. RAKOTO- RATSIMAMANGA Albert	Dr. RAZAKAMANIRAKA Joseph
Pr. RANDRIANARISOLO Raymond	Pr. ANDRIANJATOVO Joseph
Dr. RABEDASY Henri	Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie
Pr. MAHAZOASY Ernest	Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné
	Pr. KAPISY Jules Flaubert

DEDICACES

« Par la grâce de Dieu, je suis ce que je suis, et sa grâce envers moi n'a pas été vaine » I Corinth 15¹⁰

Je dédie cette thèse :

A Dieu tout puissant

Je remercie le Seigneur de m'avoir donné la chance d'achever mes études dans la sérénité !

A la mémoire de mes grands-parents

Que leur âme repose en paix !

A ma mère

Qui n'a pas ménagé ses peines, ses efforts et qui ne cesse de m'encourager.

Puisse Dieu t'accorder une bonne santé et une longue vie !

A mon grand frère

Merci pour ton soutien et tes conseils !

A ma famille

Toute mon affection !

A tous mes amis

En souvenir des années passées ensemble.

Avec toute mon amitié !

A NOTRE MAITRE, PRESIDENT ET DIRECTEUR DE THESE

- **Monsieur le Docteur RANDRIA Mamy Jean de Dieu**
Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Maladies
Infectieuses à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.

*« Vous nous avez accueilli avec amabilité et bienveillance. Vous nous avez fait
l'honneur de présider et de diriger notre Jury de Thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude »*

A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE

- **Monsieur le Docteur ANDRIANASOLO Roger**

Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Santé Publique à la
Faculté de Médecine d'Antananarivo

Ph.D. en Sciences de la Nutrition, Nutritionniste de Santé Publique.

- **Monsieur le Docteur RANDRIAMANANTSOA Lova Narindra**

Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Néphrologie à la
Faculté de Médecine d'Antananarivo.

« Qui ont accepté très spontanément de siéger dans ce jury.

Nous leur sommes très reconnaissants d'avoir voulu porter intérêt à ce travail.

Soyez en vivement remerciés »

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE

- **Monsieur le Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi**

Maître de Conférences à la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Diplômé de Paris de Santé Publique et Médecine Sociale.

« Malgré vos multiples et lourdes responsabilités, vous n'avez pas ménagé votre temps pour nous encadrer avec bonne volonté et patience à la réalisation de ce travail. Vous avez bien voulu nous faire l'honneur de rapporter cette thèse. Veuillez accepter ici l'expression de nos sentiments respectueux ».

**A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO**

Monsieur le Professeur ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana

« Nous vous exprimons nos hommages les plus respectueux »

**A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES
HOPITAUX D'ANTANANARIVO**

Qui nous ont donné le meilleur d'eux-mêmes pour faire de leurs élèves de bons praticiens.

« En témoignage respectueux pour les précieux enseignements qu'ils nous ont généreusement prodigués. Recevez ici l'expression de notre vive reconnaissance »

**A TOUT LE PERSONNEL ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE DE LA
FACULTE DE MEDECINE D'ANTANANARIVO**

« Pour le chaleureux et sympathique accueil qu'il a bien voulu nous réserver »

**A TOUS CEUX QUI, DE PRES OU DE LOIN, ONT CONTRIBUE A LA
REALISATION DE CET OUVRAGE**

« Trouvez ici l'expression de notre grande reconnaissance et nos très vifs remerciements »

SOMMAIRE

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	01

PREMIERE PARTIE :RAPPELS

1. LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES.....	02
1.1. Définition.....	02
1.2. Cadre de développement sanitaire.....	02
2. EVALUATION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES.....	05
2.1. Indicateurs des activités essentielles de santé.....	09
2.1.1. Couverture des pesées.....	10
2.1.2. Couverture contraceptive.....	10
2.1.3. Couverture vaccinale.....	10
2.1.4. Accessibilité aux médicaments essentiels.....	11
2.2. Autres indicateurs.....	12
2.2.1. Les indicateurs de natalité et de fécondité.....	12
2.2.2. Les indicateurs cliniques.....	12
2.2.3. L'espérance de vie.....	13

DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS

1. MÉTHODES.....	15
1.1. Cadre d'étude.....	15
1.1.1. Plan et organisation du CSB2.....	15
1.1.2. Personnel.....	17
1.1.3. Secteur sanitaire.....	17
1.2. Type d'étude.....	19
1.3. Durée d'étude.....	19
1.4. Période d'étude.....	19
1.5. Population cible.....	20
1.5.1. Critères d'inclusion.....	20
1.5.2. Critères d'exclusion.....	20

1.6. Echantillonnage et taille de l'échantillon.....	20
1.7. Recueil des données.....	20
1.8. Saisie et traitement.....	21
1.9. Limite de l'étude.....	21
1.10. Considérations éthiques.....	21
1.11. Paramètres d'étude.....	21
2. RÉSULTATS.....	23
2.1. Le paquet minimum d'activités.....	23
2.2. Evaluation des activités préventives.....	24
2.2.1. Surveillance nutritionnelle.....	24
2.2.2. Consultations prénatales (CPN).....	26
2.2.3. Planification familiale (PF).....	28
2.2.4. Vaccination.....	30
2.3. Evaluation des activités curatives.....	32
2.3.1. Consultations externes.....	32
2.3.2. Approvisionnement en médicaments.....	34

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

1. LE PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES OU PMA.....	37
2. EVALUATION DES ACTIVITES PREVENTIVES.....	39
2.1. Surveillance nutritionnelle.....	39
2.2. Consultation Prénatale (CPN).....	40
2.3. Planification familiale.....	40
2.4. Vaccination.....	41
3. EVALUATION DES ACTIVITES CURATIVES.....	42
3.1. Les consultations externes.....	42
3.2. L'approvisionnement en médicaments.....	42
3.3. Les ruptures de stock.....	45
3.4. Contrôle des stocks.....	47

CONCLUSION.....	51
------------------------	-----------

REFERENCES BIBLIOGRAPHIES

LISTE DES TABLEAUX

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Tableau I :	Le personnel du CSB2 d'Isotry Central.....	17
Tableau II :	Répartition de la population selon le fokontany.....	19
Tableau III :	Présentation du paquet minimum d'activités offert au CSB2 d'Isotry central.....	23
Tableau IV :	Couverture de pesées réalisée en 2012 pour les enfants ayant effectué au moins une séance de pesée au CSB2 d'Isotrycentral.....	24
Tableau V :	Situation nutritionnelle des enfants pesés au CSB2 d'Isotry central en 2012.....	24
Tableau VI :	Femmes enceintes ayant réalisé au moins une séance de CPN au CSB2 d'Isotry central en 2012.....	25
Tableau VII :	Proportion de femmes enceintes à problèmes identifiées au CSB2...	25
Tableau VIII :	Proportion de FAP utilisatrices régulières de méthodes contraceptives modernes en 2012.....	26
Tableau IX :	Répartition des utilisatrices régulières selon la méthode contraceptive utilisée.....	26
Tableau X :	Proportion d'enfants cibles complètement vaccinés.....	27
Tableau XI :	Taux de couverture vaccinale par type de vaccin réalisé.....	27
Tableau XII :	Profil des morbidités enregistrées au CSB2 d'Isotry central en 2012	28
Tableau XIII :	Classement des 5 premières maladies les plus fréquemment enregistrées selon la tranche d'âge.....	29
Tableau XIV :	Répartition des ordonnances selon qu'elles soient complètement servies ou non.....	29
Tableau XV :	Répartition des ordonnances non servies correctement selon le type de non accessibilité.....	30
Tableau XVI :	Répartition des ruptures de stock selon leur durée en 2012.....	30
Tableau XVII :	Les médicaments objets de ruptures de stock.....	31

LISTE DES FIGURES

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Figure 1 :	Ventilation fonctionnelle de l'objectif de la santé pour tous.....	04
Figure 2 :	Le système de santé de district.....	06
Figure 3 :	Paquet minimum d'activités de soins de santé primaires au niveau du district.....	07
Figure 4 :	Plan schématique du CSB2 d'Isotry Central.....	15
Figure 5 :	Le CSB2 d'Isotry central : vue de face.....	16
Figure 6 :	Carte du secteur sanitaire du CSB2 d'Isotry Central.....	18
Figure 7 :	Modèle d'inventaire idéal.....	40
Figure 8 :	Exemple de feuilles de commande préétablies.....	49
Figure 9 :	Le système de contrôle à deux casiers.....	50

LISTE DES ABREVIATIONS

ATR	: Antirougeoleux
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
CI	: Contraceptifs Injectables
CO	: Contraceptifs Oraux
CPN	: Consultation Périnatale
CSB2	: Centre de Santé de Base niveau 2
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
DTCop Polio	: Diphtérie, Tétanos, Coqueluche et Poliomyélite
EDS	: Enquête Démographique Sanitaire
ET	: Ecart Type
FAP	: Femmes en Age de Procréer
IEC	: Information, Education et Communication
IPA	: Indice Poids Age
IRA	: Infection Respiratoire Aiguë
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PF	: Planning Familial
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La mondialisation met à rude épreuve la cohésion sociale de nombreux pays. Les problèmes économiques mettent du temps pour se résoudre et les populations manifestent de plus en plus d'impatience face à l'incapacité des services de santé à assurer une couverture nationale répondant à des demandes précises et aux nouveaux besoins, ainsi qu'au fait que leurs prestations ne correspondent pas à leurs attentes.

On reconnaît aujourd'hui que des populations ont été laissées à la traîne, un peu comme il y a 3 décennies, avant la déclaration à Alma-Ata d'une nouvelle façon de concevoir la santé. La déclaration d'Alma-Ata affichait clairement ses valeurs : justice sociale et droit à une meilleure santé pour tous, participation et solidarité autour d'un mouvement de soins de santé primaires[1].

La traduction de ces valeurs en réformes concrètes s'est faite de manière inégale. Aujourd'hui cependant, l'équité en matière de santé occupe une place de plus en plus importante.

« Evaluation des soins de santé primaires dans un centre de santé de base » est une étude qui part de l'hypothèse que l'évaluation annuelle peut guider l'amélioration des activités du paquet minimum de services de santé. Les objectifs de recherche visent à :

- déterminer le contenu du paquet minimum d'activités,
- évaluer le travail fourni au niveau de chaque activité essentielle,
- suggérer des éléments d'amélioration.

L'étude comprend, outre l'introduction et la conclusion, trois parties principales qui sont les rappels sur les soins de santé primaires, la méthode et les résultats, et enfin les discussions et suggestions.

PREMIERE PARTIE :RAPPELS

RAPPELS SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

1. LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

1.1. Définition

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et technologies scientifiquement et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles au sein de la communauté, à travers leur pleine participation, et à un coût que celle-ci et le pays peuvent s'offrir, pour se maintenir à chaque phase de leur développement, dans l'esprit de l'autofinancement et de l'autodétermination.

Ils font partie intégrante à la fois du système de santé du pays dont ils représentent la fonction centrale et le but principal et social de la communauté. C'est le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé. Les soins de santé primaires s'intéressent aux principaux problèmes sanitaires de la communauté à travers des activités appropriées de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation[2].

1.2. Cadre de développement sanitaire

L'élaboration d'un cadre de développement pour la santé exige :

- de subdiviser l'objectif de la santé pour tous en composantes de soins de santé individuelle, familiale et communautaire qui s'intègrent et peuvent être considérées comme une liste de contrôle pour déterminer les priorités et les cibles ;
- d'établir les districts de santé en tant qu'unités opérationnelles de planification, d'organisation et de financement des activités de santé communautaire ;
- d'organiser un réseau national de développement sanitaire fournissant un soutien opérationnel, technique et stratégique aux activités mises en œuvre aux niveaux local, intermédiaire et central.

La pierre angulaire du cadre de développement sanitaire réside en la ventilation fonctionnelle de l'objectif de la santé pour tous en sous objectifs

opérationnels axés sur les cibles que représentent les individus, les familles et les communautés, en particulier les moins privilégiés et les plus démunis et à risque (figure 1)[2].

Certains sous objectifs visent les individus, notamment la survie des enfants, la santé des adolescents et le bien-être des personnes âgées ; certains autres axés sur la famille, comprennent la santé de la femme, la nutrition et le régime alimentaire, l'hygiène et l'assainissement, l'éducation à la vie familiale, la réadaptation et les soins médicaux primaires ; le troisième jeu de sous objectifs centrés sur la santé communautaire comprend l'alphabétisation des adultes, la sécurité de l'emploi, un habitat adéquat et sain, l'approvisionnement en eau saine et en denrées alimentaires, la salubrité de l'environnement, l'éducation et l'information en matière de santé, la mobilisation sociale, la lutte contre les maladies, la fourniture en médicaments essentiels et le financement de la santé communautaire.

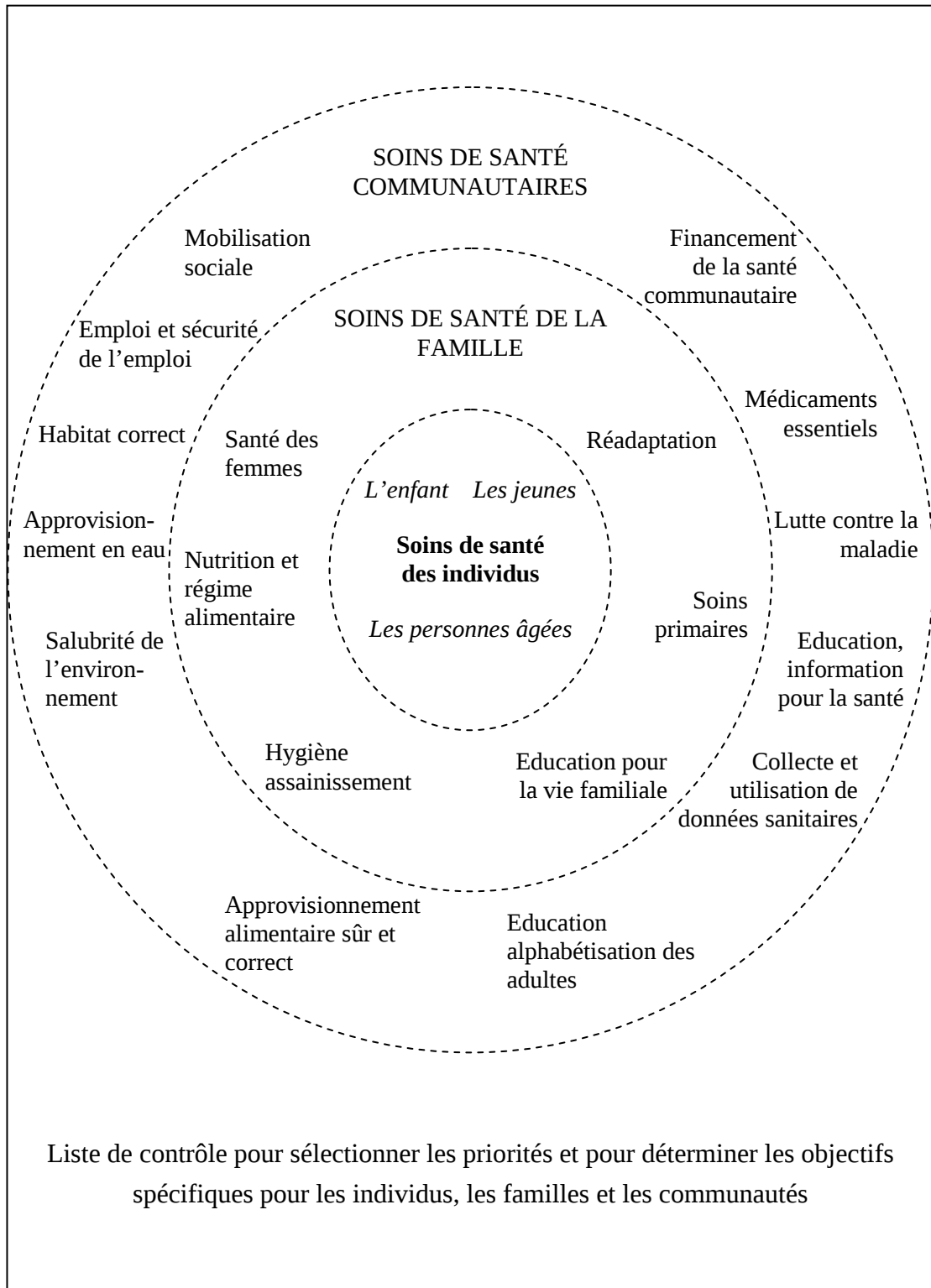


Figure 1 : Ventilation fonctionnelle de l'objectif de la santé pour tous.

1.2.1. *Le paquet de santé de district*

1.2.1.1. Le district de santé

Le district de santé est la plus petite unité urbaine ou rurale, dans laquelle les programmes des soins de santé primaires peuvent être organisés par des personnels qualifiés. Le district de santé peut être organisé autour d'un hôpital local ou de district. Les communautés 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[3, 5].

1.2.1.2. Le système de santé de district

Il s'agit d'une fraction plus ou moins autonome du système national de santé (figure 2). Il comprend une population bien délimitée vivant dans une unité administrative clairement définie et une région géographique, rurale ou urbaine.

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. L'équipe est responsable de l'organisation et de 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 ; de l'organisation des interventions de santé publique et des activités liées à la santé ; de la supervision des prestations des centres de santé en soins essentiels intégrés.

1.2.1.3. Le paquet minimum de santé pour tous au niveau du district

La réalisation de l'objectif de la santé pour tous, requiert des stratégies qui visent les problèmes sanitaires des individus de tous les groupes d'âges, des ménages et des membres de la communauté. Dans les pays en développement, il est 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 (figure 3).

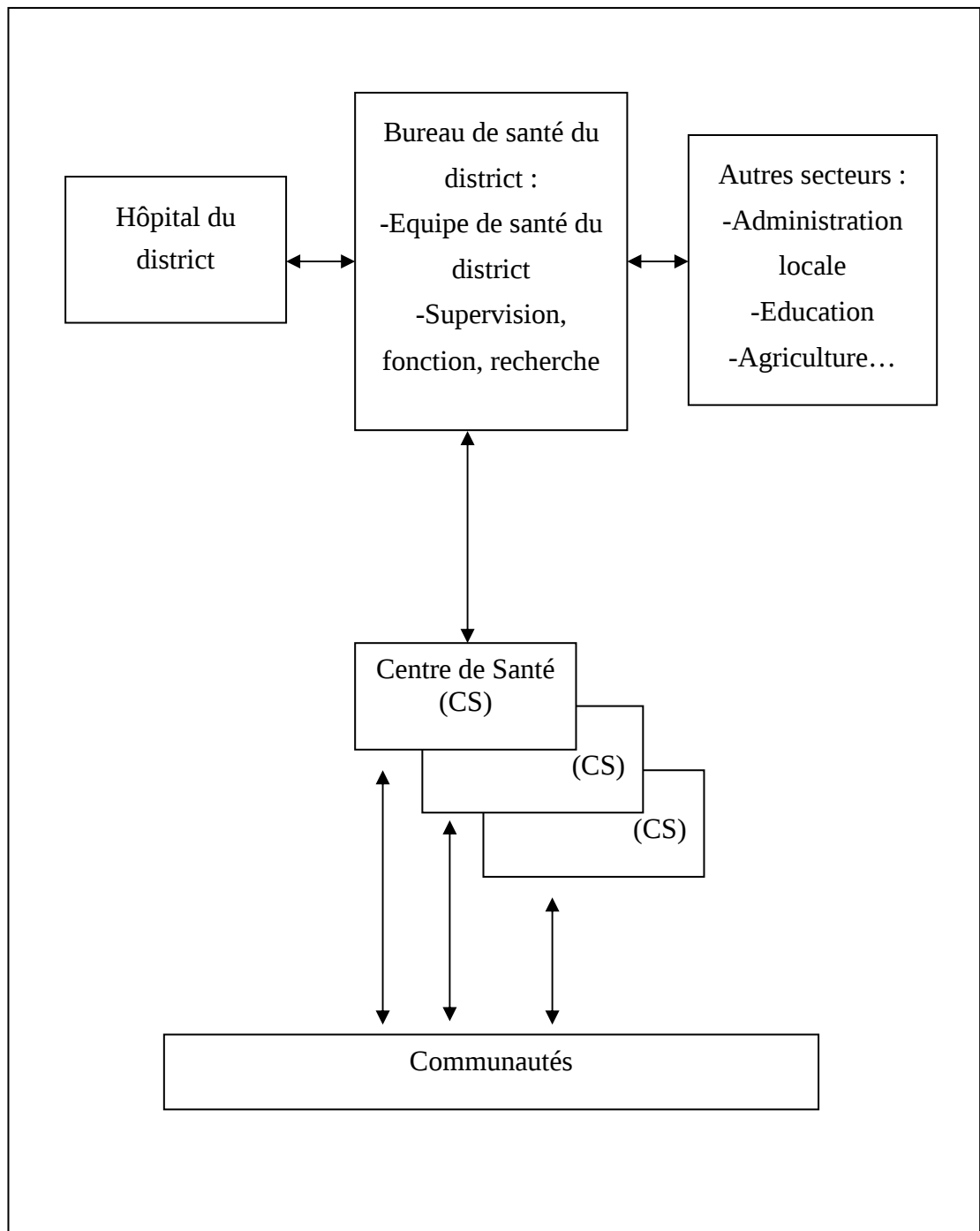


Figure 2 : Le système de santé de district.

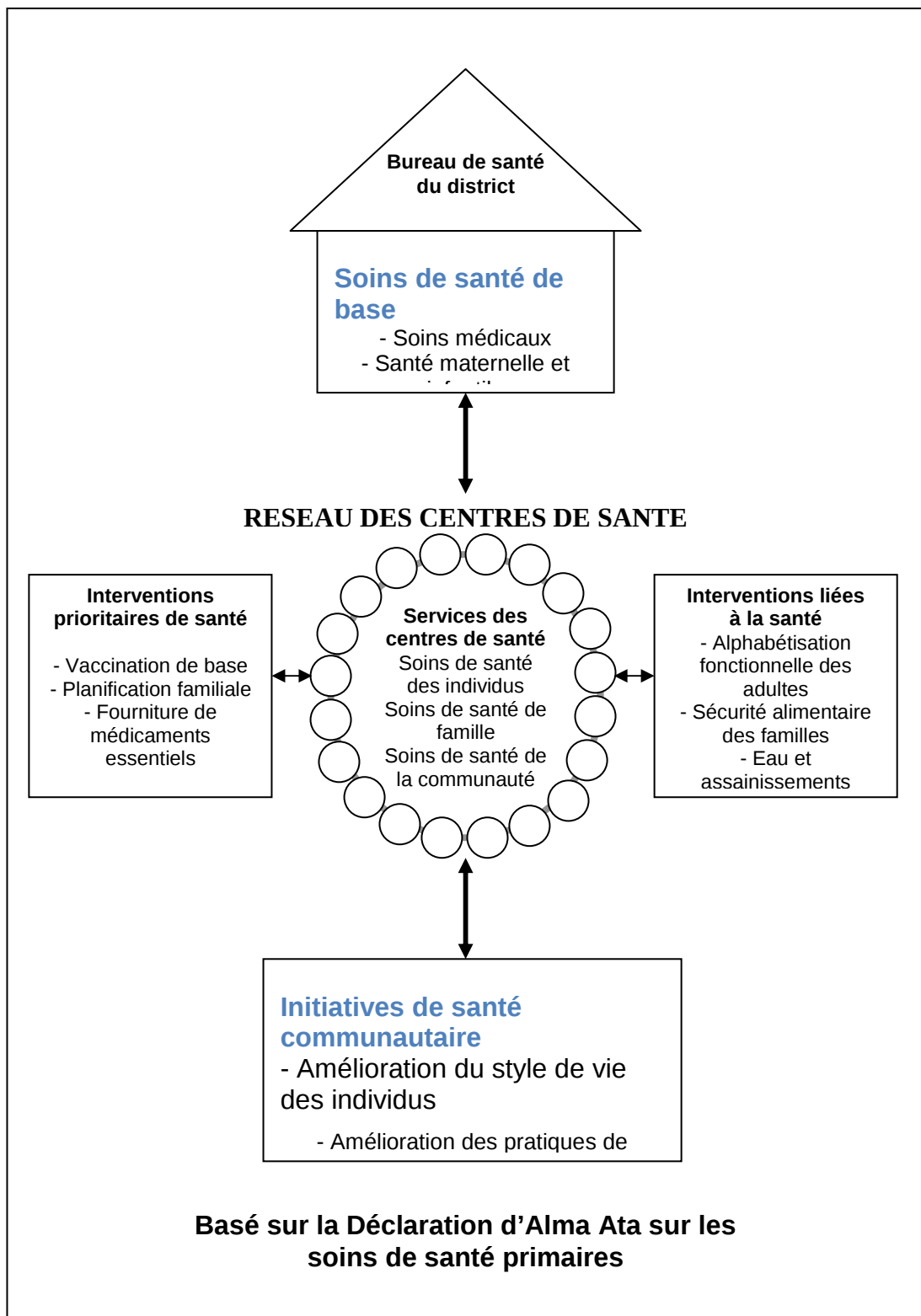


Figure 3 : Paquet minimum d'activités de soins de santé primaires au niveau du district.

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

i) Soins de santé de base

Il s'agit de :

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

Ceci consiste en un noyau bien déterminé d'activités conçues pour assurer de meilleurs soins de santé pour les individus, les familles et les communautés dans leurs centres de santé.

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. Les interventions sanitaires prioritaires permettront d'assurer une couverture sanitaire adéquate[2-6].

iii) Interventions liées à la santé

Elles comprennent :

- l'alphabétisation fonctionnelle en santé,
- la sécurité alimentaire familiale,
- l'approvisionnement en eau et l'assainissement.

Elles seront organisées dans les centres de santé et d'autres lieux, en collaboration avec les départements responsables des secteurs concernés[7].

2. ÉVALUATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

L'évaluation cherche à déterminer les résultats concrets des interventions de santé en mesurant les activités, les ressources et les produits. Elle est basée sur l'établissement de critères et d'indicateurs spécifiques de progrès. Les rapports périodiques des centres de santé sont utilisés pour préparer l'état cumulatif des progrès enregistrés.

L'évaluation répond essentiellement à la question : et puis quoi ? par exemple, quels sont les résultats observables des interventions de santé ?

La réponse dépendra du niveau évalué (district, centre de santé). Chaque niveau répond seulement aux questions le concernant. Les objectifs de l'évaluation peuvent être catégorisés comme suit :

- évaluation des activités pour déterminer si ce qui est prévu a été accompli ;
- évaluation des ressources pour déterminer si les ressources affectées à une intervention ont été utilisées de façon efficace (produits) et efficaces (économie) ;
- évaluation des résultats pour déterminer quels sont les services de santé rendus par les prestations réalisées et si ces résultats ont résolu les problèmes correspondants, on atteint les objectifs visés et avec quel impact (par exemple, les conséquences des actions entreprises pour atteindre les objectifs prévus)[8-12].

L'évaluation systématique nécessite l'établissement d'indicateurs spécifiques de progrès et de critères permettant d'estimer le changement et le progrès obtenu par rapport aux buts et objectifs du programme. Ceux qui auront été retenus seront intégrés dans le système d'information sanitaire du district.

Les indicateurs devront répondre aux conditions suivantes :

- les données qu'ils nécessitent sont aisément disponibles ou simples à recueillir et à interpréter,
- ils sont aussi objectifs que possibles,
- ils sont numériquement mesurables,
- ils sont sensibles aux changements que les interventions sanitaires tentent de promouvoir.

La disponibilité d'une série de critères d'évaluation des activités bien compris et acceptés par le personnel de santé constituera une méthode efficace de motivation

du personnel de santé à prendre des initiatives, plutôt que d'avoir à être contrôlés ou forcés continuellement, pour obtenir les comportements désirés.

2.1. Indicateurs des activités essentielles de santé

Les indicateurs des activités essentielles de santé concernent le paquet minimum d'activités offert à la population au niveau des formations sanitaires de base. Ces indicateurs sont importants dans la mesure où ils permettent d'évaluer les activités de santé de base.

2.1.1. Couverture des pesées

- Définition

C'est le pourcentage d'enfants de 0 à 3 ans selon le cas ayant effectué au moins une séance de pesée au cours d'une année[12].

- Formule : taux de couverture de pesées

$$\frac{\begin{array}{c} \text{Nombre d'enfants cibles ayant effectué} \\ \text{Au moins une séance de pesée} \end{array}}{\begin{array}{c} \text{Nombre total des enfants cibles du} \\ \text{secteur sanitaire} \end{array}} \times 100$$

- Communautaire

Dans certaines études, les enfants cibles sont âgés de 0 à 5 ans.

2.1.2. Couverture contraceptive

- Définition

C'est le pourcentage de femmes en âge de procréer, utilisatrices régulières des méthodes contraceptives modernes pour une année déterminée[12-15].

- Formule : taux de couverture contraceptive

$$\frac{\text{Nombre de femmes en âge de procréer, utilisatrices régulières des méthodes contraceptives modernes pendant une année}}{\text{Nombre total des femmes en âge de procréer du secteur sanitaire considéré pour une année donnée}} \times 100$$

- Commentaires

La couverture contraceptive peut concerner uniquement une méthode contraceptive moderne. L'étude peut aborder ainsi l'évaluation de l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne par un groupe de femmes en âge de procréer ou par les femmes en âge de procréer d'un secteur sanitaire donné.

2.1.3. Couverture vaccinale

- Définition

C'est le pourcentage d'enfants âgés de 0 à 11 mois complètement vaccinés avant leur premier anniversaire[16].

- Formule : taux de couverture vaccinale

$$\frac{\text{Nombre d'enfants âgés de 0 à 11 mois complètement vaccinés avant leur premier accouchement}}{\text{Nombre total d'enfants âgés de 0-11 mois d'un Secteur sanitaire donné, pour une année donnée}} \times 100$$

- Commentaires

La vaccination complète signifie qu'un enfant a eu le BCG, 3 doses de DTCoq, 3 doses de vaccin contre la poliomyélite, contre l'hépatite b et le vaccin antirougeoleux conformément aux prescriptions du calendrier de vaccination.

2.1.4. Accessibilité aux médicaments essentiels

- Définition

C'est le pourcentage de patients vus en consultations externes faisant l'objet d'ordonnances ayant été complètement servies à la formation sanitaire, lieu de consultation et soins[17-19].

- Formule : taux d'accessibilité aux médicaments essentiels

$$\frac{\text{Nombre d'ordonnances complètement servies pendant une année donnée}}{\text{Nombre total d'ordonnances prescrites durant l'année considérée}} \times 100$$

- Commentaires

Il faut noter que les ordonnances prescrites peuvent être complètement ou partiellement, ou pas du tout servies. Ceci montre que l'accessibilité aux médicaments essentiels dépend du coût total des médicaments prescrits dans l'ordonnance.

2.2. Autres indicateurs

Un indicateur est un outil qui peut permettre de comparer les populations entre elles, de porter un diagnostic de santé, d'évaluer une action de santé. Il n'existe pas de liste exhaustive d'indicateurs de santé, il faut donc créer ou utiliser l'indicateur le plus pertinent dans chaque situation. On distingue par exemple :

2.2.1. *Les indicateurs de natalité et de fécondité*

Par exemple :

- le nombre absolu de naissances,
- le taux brut de natalité,
- le taux de fécondité général,
- le taux brut de reproduction.

2.2.2. *Les indicateurs cliniques*

2.2.2.1. *Morbidité*

On distingue entre autres indicateurs :

- le taux d'incidence,
- le taux de prévalence.

2.2.2.2. *Mortalité*

On distingue entre autres indicateurs :

- le nombre absolu de décès,
- le taux brut de mortalité.

Il représente le nombre total de décès sur une année ramené au nombre de personne année. Pour bien analyser la mortalité d'autres valeurs sont intéressantes comme par exemple :

- le nombre de décès d'enfants de moins d'un an,
- le nombre de décès d'enfants de moins de 28 jours,
- le nombre de décès d'enfants de moins de 7 jours,
- le nombre de décès d'enfants mort-nés.

Les taux suivants peuvent être calculés :

- le taux de mortalité infantile,
- le taux de mortalité néonatale.

2.2.3. *L'espérance de vie*

L'espérance de vie à la naissance ou à âge donné est le reflet de l'évolution de la mortalité et exprime la durée moyenne de vie d'une population donnée à un âge donné ou à la naissance.

L'espérance de vie à la naissance, ou durée moyenne de vie, est la moyenne des âges de décès d'une génération. L'espérance de vie ne peut être calculée qu'une fois la génération totalement éteinte[20-21].

Toute politique de santé publique repose sur un système produisant les informations utiles pour décider, réaliser et évaluer l'efficacité des politiques entreprises. Il n'existe pas de système unique de collection de données, mais différents modes de recueil qui ne sont pas toujours coordonnés entre eux.

Deux types d'informations peuvent être recueillis :

- Des informations quantitatives qui sont les données traduites par un nombre par exemple, le poids, la taille, l'âge, le nombre de naissances, de décès... etc. Ces informations peuvent être rapportées d'une façon brute (comme le nombre d'évènements) ou relative (par un taux ou un ratio).

- Des informations qualitatives qui sont des données traduites en modalités. Par exemple l'intensité d'une douleur notée sur une échelle de 1 à 5 ou une mesure de l'incapacité fonctionnelle.

Enfin, il existe trois situations différentes qu'on peut étudier fréquemment comme l'observation, la surveillance et l'évaluation.

- L'observation

L'observation consiste en un recueil d'informations de base ayant pour objectif la gestion du système de santé et son amélioration régulière, à travers l'étude de phénomènes de santé à moyen et long terme. Elle peut intéresser l'état de santé et ses déterminants.

- La surveillance

La surveillance peut être définie comme un recueil d'informations ciblé sur des situations pathologiques avec pour finalité l'alerte et l'intervention rapide. Il s'agit là d'une observation à court terme.

- L'évaluation

L'évaluation est une mesure de situation ou de résultats d'activités planifiées avec des objectifs précis. Elle permet d'élaborer un programme d'action ou de réajuster un programme d'activités déjà en cours ou arrivé à une certaine période d'avancement.

DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS

METHODES ET RESULTATS

1. METHODES

1.1. Cadre d'étude

L'étude a été réalisée au CSB2 d'Isotry central. Il s'agit d'une formation sanitaire publique de base rattachée au district de santé d'Antananarivo renivohitra.

1.1.1. Plan et organisation du CSB2

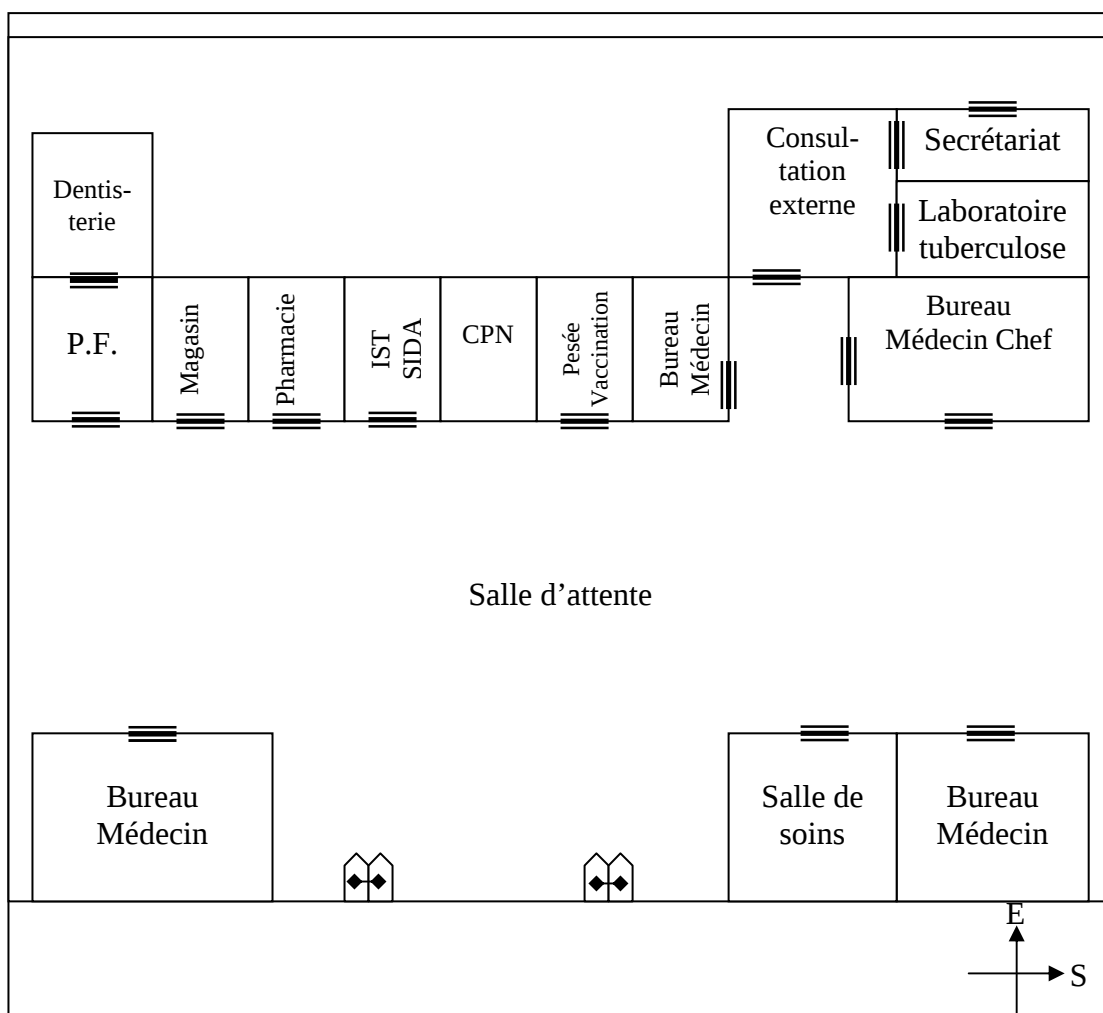


Figure 4 : Plan schématique du CSB2 d'Isotry Central.

Source : CSB2 Isotry Central.



Figure 5 : Le CSB2 d'Isotry central : vue de face.

Source : Collection personnelle.

Le CSB2 offre :

- Des services préventifs :
 - planification familiale,
 - IEC (Information, Education et Communication),
 - CPN,
 - vaccination,
 - surveillance nutritionnelle (pesées).
- Des services curatifs :
 - consultations externes,
 - soins infirmiers,

- service tuberculose,
- service IST/SIDA.
- Un service de laboratoire
- Une dentisterie

1.1.2. *Personnel*

Tableau I : Le personnel du CSB2 d'Isotry Central.

Catégorie de personnel	Nombre
Médecin	06
Infirmières	04
Responsables PTME	01
Dispensatrice	01
Secrétaire	01
Responsable de saisie	01
Servantes	02
Total	16

1.1.3. *Secteur sanitaire*

1.1.3.1. *Carte sanitaire* (figure 6)

Le secteur sanitaire du CSB2 d'Isotry Central couvre 14 fokontany situés dans le premier arrondissement de la ville d'Antananarivo. Il concerne, dans la majeure partie de son secteur, les bas quartiers de la ville.

Il s'agit généralement de quartiers peuplés avec un mélange de communautés pauvres. Les fokontany sont souvent inondés pendant la saison des pluies. L'eau potable n'est pas toujours disponible et le système d'évacuation des eaux usées, ainsi que l'évacuation des ordures posent souvent des problèmes.

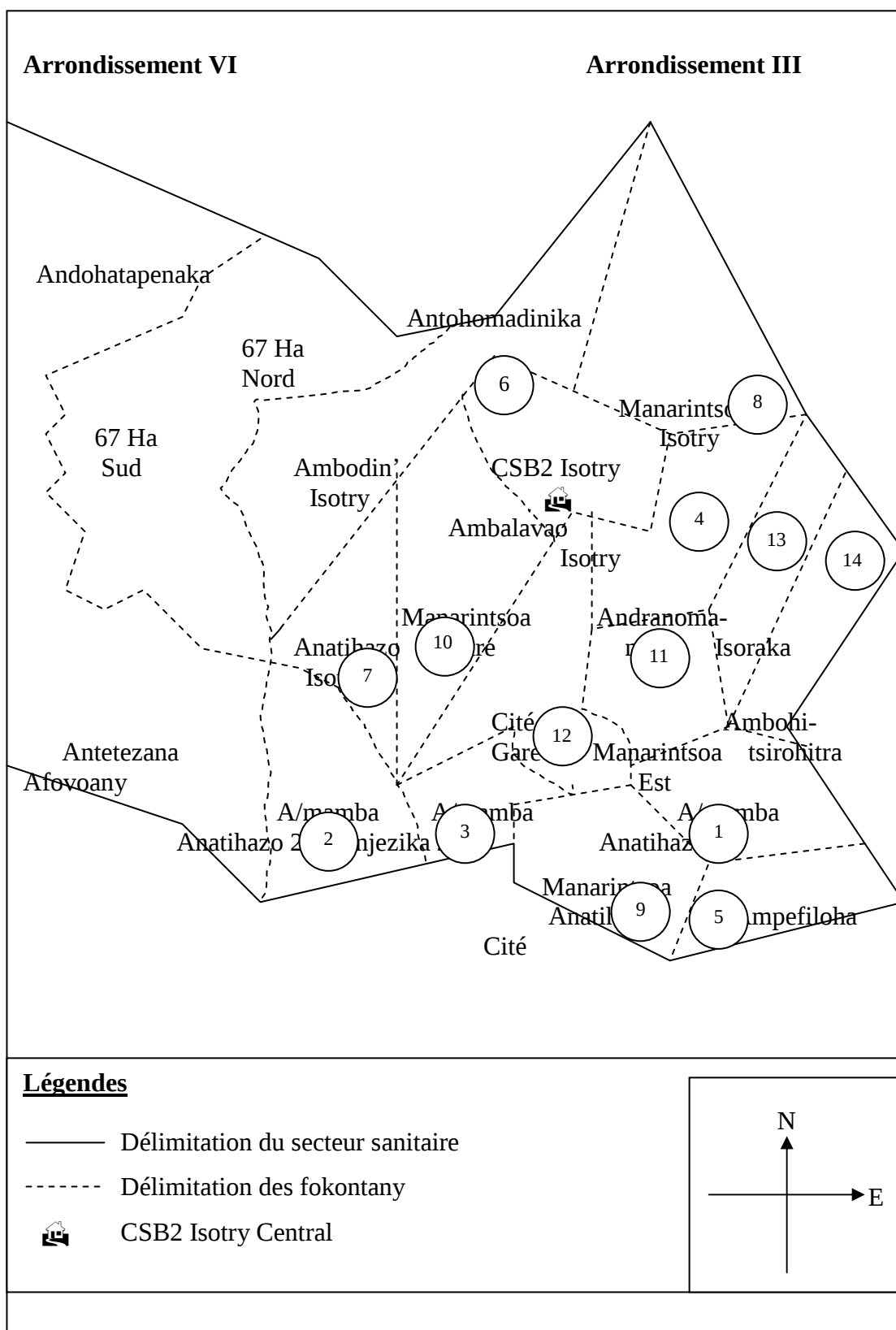


Figure 6 : Carte du secteur sanitaire du CSB2 d'Isotry Central.

Source : CSB2 Isotry Central.

1.1.3.2. Démographie

Tableau II : Répartition de la population selon le fokontany.

N°	Fokontany	Effectif	0 à 11 mois	0 à 3 ans
1	Andavamamba Anatihazo 1	5.611	198	550
2	Andavamamba Anatihazo 2	9 537	327	943
3	Andavamamba Anjezika 2	6 670	233	653
4	Andranomanalina 1	3 494	127	342
5	Ampefiloha cité	7 718	257	765
6	Ambalavao Isotry	4 561	161	447
7	Anatihazo Isotry	7 308	246	722
8	Manarintsoa Isotry	1 452	49	142
9	Manarintsoa Anatihazo	2 924	99	286
10	Manarintsoa Centre	4 235	151	415
11	Manarintsoa Est	8 153	273	798
12	Cité Gare	2 323	78	228
13	Isoraka	4 466	155	437
14	Ambohitsirohitra	2 350	83	230
	TOTAL	70 802	2.436	6.958

1.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale.

1.3. Durée d'étude

L'étude a duré 6 mois.

1.4. Période d'étude

La période d'étude va du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2012.

1.5. Population d'étude

La population d'étude est constituée par les habitants du secteur sanitaire du CSB2 d'Isotry central.

1.5.1. Critères d'inclusion

Sont retenus dans l'étude, les sujets cibles de chaque domaine d'activité.

- Surveillance nutritionnelle : 0 à 3 ans.
- Consultation prénatale : femmes enceintes.
- Planification familiale : 15 à 49 ans.
- Vaccination : 0 à 11 mois.
- Consultation externe : les sujets vus et traités en 2012.

1.5.2. Critères d'exclusion

Sont écartés de l'étude, les sujets cibles dont les dossiers ne sont par disponibles.

1.6. Echantillonnage et taille de l'échantillon

Il s'agit d'une étude exhaustive des sujets retenus.

Tailles des échantillons :

- Surveillance nutritionnelle
- Consultation prénatale
- Planification familiale
- Vaccination
- Consultation externe

1.7. Recueil des données

Les données ont été recueillies à partir des registres des activités et des fiches des activités manuellement.

1.8. Saisie et traitement

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

1.9. Limites de l'étude

Les activités d'IEC n'ont pas été évaluées faute de données exactes disponibles.

1.10. Considérations éthiques

Les données ont été obtenues avec l'autorisation du Médecin Chef du CSB2. Elles ont été exploitées dans le respect du secret médical.

1.11. Paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

- Le paquet minimum d'activités
- Evaluation des activités préventives
 - Surveillance nutritionnelle :
 - * Population cible
 - * Couverture de pesées
 - * Taux de malnutrition
 - Consultation prénatale :
 - * Population cible
 - * Couverture de CPN
 - * Taux de problème identifiés
 - Planification familiale :
 - * Population cible
 - * Couverture en planification familiale
 - * Proportion des utilisatrices de contraceptifs injectables

- Vaccination :
 - * Population cible
 - * Couverture vaccinale
 - * Taux de couverture par type de vaccin réalisé
- Evaluation des activités curatives
 - Consultations externes :
 - * Profil de morbidité
 - * Les maladies les plus fréquemment rencontrées
 - Approvisionnement en médicaments :
 - * Proportion d'ordonnances non servies
 - * Proportion d'ordonnances partiellement servies
 - * Nombre de ruptures de stock

2. RESULTATS

2.1. Le paquet minimum d'activités

- Contenu du paquet minimum

Le paquet minimum d'activités offert au CSB2 d'Isotry central comporte des activités préventives d'une part et des activités curatives d'autre part.

Tableau III : Présentation du paquet minimum d'activités offert au CSB2 d'Isotry central.

Activités préventives	
1	IEC (Information, Education et Communication)
2	PF (Planification Familiale)
3	CPN (Consultation Prénatale)
4	Pesées (Surveillance nutritionnelle)
5	Vaccination (Programme élargie de vaccination)
Activités curatives	
1	Consultations externes
2	Soins infirmiers
3	Distribution de médicaments essentiels

2.2. Evaluation des activités préventives

2.2.1. Surveillance nutritionnelle

→ Population cible : 0 à 3 ans

→ Nombre : 6.958

i) Couverture de pesées

Tableau IV : Couverture de pesées réalisée en 2012 pour les enfants ayant effectué au moins une séance de pesée au CSB2 d'Isotry central.

Dénomination	Effectif	Proportion
Enfants cibles ayant réalisé au moins une pesée au CSB2 en 2012	2.368	34
Enfants cibles non pesés au CSB2 en 2012	4.590	66
Total	6.958	100

ii) *Taux de malnutrition*

Tableau V : Situation nutritionnelle des enfants pesés au CSB2 d'Isotry central en 2012.

Dénomination	Effectif	Proportion
Poids normal	1.166	49,2
Malnutrition modérée	1.096	46,3
Malnutrition grave	106	4,5
Total	2.368	100

IPA : Indice Poids Age

ET : Ecart Type

Malnutrition modérée : IPA <-2 ET

Malnutrition grave : IPA <-3 ET

2.2.2. Consultations prénatales (CPN)

Population cible :

→ Femmes enceintes attendues au CSB2 en 2012 : 6.386

i) Couverture en CPN

Tableau VI : Femmes enceintes ayant réalisé au moins une séance de CPN au CSB2 d'Isotry central en 2012.

Dénomination	Effectif	Proportion
Au moins 1 CPN au CSB2 en 2012	4.184	65,5
Femmes enceintes du secteur sanitaire n'ayant pas eu de CPN au CSB2 en 2012	2.202	34,5
Total	6.386	100

ii) Grossesses à problèmes

Tableau VII : Proportion de femmes enceintes à problèmes identifiées au CSB2.

Dénomination	Effectif	Proportion
Femmes enceintes à problèmes	624	14,9
Femmes enceintes sans problèmes identifiés	3.560	85,1
Total	4.184	100

2.2.3. *Planification familiale (PF)*

Population cible :

→ Femmes en Age de Procréer (FAP) : 16.285

i) *Couverture contraceptive*

Tableau VIII : Proportion de FAP utilisatrices régulières de méthodes contraceptives modernes en 2012.

Dénomination	Effectif	Proportion
Utilisatrices régulières	3.808	23,4
Non utilisatrices et utilisatrices irrégulières	12.477	76,6
Total	16.285	100

Les méthodes contraceptives modernes concernées sont :

- les Contraceptifs Oraux (CO),
- les Contraceptifs Injectables (CI),
- le Dispositif Intra-Utérin (DIU).

ii) Contraceptifs injectables (CI)

Tableau IX : Répartition des utilisatrices régulières selon la méthode contraceptive utilisée.

Dénomination	Effectif	Proportion
Contraceptifs Oraux (CO)	1.428	37,5
Contraceptifs Injectables (CI)	2.344	61,6
DIU	36	0,9
Total	3.808	100

2.2.4. Vaccination

Population cible :

→ Enfants de 0 à 11 mois : 2.436

i) Couverture vaccinale

Tableau X : Proportion d'enfants cibles complètement vaccinés.

Dénomination	Effectif	Proportion
Enfants complètement vaccinés	1.863	76,5
Enfants non complètement vaccinés	573	23,5
Total	2.436	100

Enfants complètement vaccinés → enfants ayant effectué les :

- BCG
- (DTCP HB hib)₁
- (DTCP HB hib)₂
- (DTCP HB hib)₃
- ATR (Antirougeoleux)

ii) Couverture par type de vaccin concerné

Tableau XI : Taux de couverture vaccinale par type de vaccin réalisé.

Dénomination	Taux
BCG	90,5
DTCP HB hib (1, 2, 3)	73,8
ATR	65,3
Total	100

2.3. Evaluation des activités curatives

2.3.1. Consultations externes

Patients concernés → Patients vus en consultations externes et ayant fait l'objet d'une ordonnance : 7.006

i) Profil des morbidités enregistrées

Tableau XII : Profil des morbidités enregistrées au CSB2 d'Isotry central en 2012.

N°	Dénomination	0 à 4 ans	5 ans et plus	Total
1	Diarrhée sans déshydratation	256	365	621
2	Diarrhée avec déshydratation	158	151	309
3	Dysenterie	48	96	144
4	IRA	915	610	1.525
5	Pneumonie	2	4	6
6	Toux de plus de 3 semaines	8	33	41
7	Fièvre (état fébrile)	153	367	520
8	Coqueluche	0	0	0
9	Rougeole vacciné	38	0	38
10	Rougeole non vacciné	50	3	53
11	Ecoulement génital	0	285	285
12	Ulcération génitale	0	134	134
13	Infections cutanées	125	356	481
14	Affections buccodentaires	108	457	565
15	Infections de l'œil et annexes	163	473	636
16	Malnutrition	34	0	34
17	Hypertension artérielle	0	680	680
18	Accidents traumatismes	61	121	182
19	Epigastralgie	0	318	318
20	Méningite (suspicion)	2	4	6
21	Autres cas	143	285	428
	Total	2.264	4.742	7.006

ii) Les maladies les plus fréquemment enregistrées

Tableau XIII : Classement des 5 premières maladies les plus fréquemment enregistrées selon la tranche d'âge.

Dénomination	0 à 4 ans	5 ans et plus
1 ^{er} rang	IRA : 915	IRA : 1.525
2 ^e rang	Diarrhées : 462	Diarrhées : 1.074
3 ^e rang	Affections de l'œil et de ses annexes : 163	Hypertension artérielle : 680
4 ^e rang	Fièvre (état fébrile) : 153	Affections de l'œil et de ses annexes : 636
5 ^e rang	Infections cutanées : 125	Affections buccodentaires : 565

2.3.2. Approvisionnement en médicaments

i) Accessibilité aux médicaments

Tableau XIV : Répartition des ordonnances selon qu'elles soient complètement servies ou non.

Dénomination	Effectif	Proportion
Ordonnances complètement servies	6.020	85,9
Ordonnances non complètement servies ou non servies	986	14,1
Total	7.006	100

ii) Type de non accessibilité

Tableau XV : Répartition des ordonnances non servies correctement selon le type de non accessibilité.

Dénomination	Effectif	Proportion
Ordonnances incomplètement servies	670	68
Ordonnances pas du tout servies	316	32
Total	986	100

iii) Médicaments non disponibles et rupture de stock

Tableau XVI : Répartition des ruptures de stock selon leur durée en 2012.

Dénomination	Effectif	Proportion
Ruptures de moins de 15 jours	4	66,7
Rupture de stock de 15 jours et plus	2	33,3
Total	6	100

Tableau XVII : Les médicaments objets de ruptures de stock.

N°	Dénomination des médicaments objet de rupture de stock
1	Acide acétylsalicylique, comprimés à 500 mg
2	Tétracycline gélule à 250 mg
3	Benzoate de benzyle sulfirame lotion, flacon de 125 ml
4	Chloramphénicol collyre, flacon de 120 ml
5	Eosine solution aqueuse à 2%, flacon de 100 ml
6	Pommade antihémorroïdaire

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

DISCUSSION

Les résultats de notre étude ont présenté les services offerts à la population du secteur sanitaire du CSB2 d'Isotry central à travers le Paquet Minimum d'Activités ou PMA du CSB2.

1. LE PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES OU PMA

Comme dans toutes les formations sanitaires publiques de base urbaines de Madagascar, le CSB2 d'Isotry central offre un paquet minimum d'activités qui comporte des activités préventives d'une part, et des activités curatives d'autre part.

- Les activités préventives

Les activités préventives comportent :

- la planification familiale,
- la surveillance nutritionnelle qui se fait essentiellement par le biais des séances de pesée,
- la consultation prénatale ou CPN,
- la vaccination mise en œuvre par le biais du programme élargi de vaccination,
- l'IEC ou Information, Education et Communication.

- Les activités curatives

Les activités curatives comportent :

- la consultation externe et les soins infirmiers,
- la distribution des médicaments essentiels.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le paquet minimum d'activités comprend [2]:

- un éventail d'activités de santé publique,
- des services de santé fournis à la population à travers un réseau de centres de santé,
- des initiatives de santé communautaire stimulées et renforcées par les prestations des centres de santé.

Les autorités nationales définissent le contenu du paquet minimum à offrir au niveau des formations sanitaires du district.

Le paquet minimum d'activités acceptables et accessibles apportera aux populations bénéficiaires une meilleure santé, fondement du développement socio-économique. Son adaptation aux contextes nationaux, devra, néanmoins garantir la mise en œuvre d'interventions spécifiques en faveur de la survie de l'enfant, de la maternité sans risque et de la production d'une main d'œuvre saine.

- Pour la survie de l'enfant, il s'agit :
 - de soins aux nouveau-nés,
 - de promotion de l'allaitement au sein,
 - des aliments de sevrage,
 - de la surveillance de la croissance,
 - de la lutte contre les maladies diarrhéiques,
 - de la lutte contre les infections respiratoires aiguës et le paludisme,
 - des soins ophtalmiques primaires,
 - de la promotion de la santé buccodentaire.
- Pour la maternité sans risque, il s'agit :
 - de dépistage des risques maternels,
 - de la prophylaxie antipaludique,
 - de la lutte contre l'anémie et la malnutrition,
 - de la vaccination antitétanique,
 - du dépistage du cancer.
- Pour la main d'œuvre en bonne santé, il s'agit :
 - de la prévention des accidents,
 - de la lutte contre la violence,
 - de la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la drogue,
 - de la promotion de l'habitat salubre,
 - de la lutte contre le VIH/Sida et les maladies non transmissibles.

Au Burundi par exemple, le paquet minimum d'activités de santé comporte notamment en plus du contenu classique, le suivi des nourrissons, la lutte contre le VIH/Sida[4].

Il faut noter que le contenu du paquet minimum d'activités n'est pas obligatoirement ce qui a été mentionné. Les activités doivent répondre aux besoins de

la population. En conséquence, le PMA devrait contenir les activités qui répondent le mieux aux besoins de santé de la population concernée.

2. EVALUATION DES ACTIVITES PREVENTIVES

Environ 51% de la population ciblée utilisent les services de prévention.

2.1. Surveillance nutritionnelle

Nos résultats montrent que 34% des enfants âgés de 0 à 3 ans du secteur sanitaire du CSB2 d'Isotry central (avec 6.958 enfants cibles) ont réalisé au moins une séance de pesée en 2012, c'est-à-dire 2.368 enfants cibles.

Parmi ces enfants surveillés dans le domaine de la nutrition, 46,3% sont atteints de malnutrition modérée (IPA <-2ET) et 4,5% sont atteints de malnutrition grave (IPA <-3ET).

Il faut noter qu'à Madagascar, il y a des variations régionales ou provinciales du niveau de prévalence de la malnutrition.

Dans le domaine de l'insuffisance pondérale, le niveau de la prévalence est resté relativement stable depuis 1992 puisqu'il est passé de 39% à 42% en 2008 (EDS 2008). L'état nutritionnel des enfants pourrait être amélioré en renforçant les activités d'IEC (Information, Education et Communication) dans le domaine de la nutrition en visant en priorité les mères du secteur sanitaire du CSB2 d'Isotry central et particulièrement celles qui habitent les bas quartiers comme Andavamamba Anjezika 2 et Anatihazo Isotry.

En milieu urbain, l'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages est difficile car elle dépend en grande partie de l'approvisionnement des familles sur les marchés publics. La disponibilité alimentaire dépend surtout de la capacité du pouvoir d'achat des ménages, de la part consacrée à l'alimentation et de l'évolution du prix de la consommation[22].

En milieu rural, la production alimentaire conditionne la sécurité alimentaire des ménages. Elle est souvent constituée par le riz. Mais d'autres produits comme le manioc, le maïs et la pomme de terre peuvent renforcer le riz.

2.2. Consultation Prénatale (CPN)

Nos résultats montrent que 65,5% des femmes enceintes du secteur sanitaire du CSB2 d'Isotry central (avec 6.386 femmes enceintes attendues) ont réalisé au moins une séance de CPN en 2012, c'est-à-dire 4.184 femmes enceintes.

Parmi ces femmes enceintes vues en CPN, 624 (14,9%) ont des problèmes pour leur grossesse. Ceci semble inférieur par rapport au taux de prévalence des problèmes de la grossesse estimé généralement à 20% dans la plupart des études réalisées[7]. La couverture en CPN pourrait être améliorée en renforçant également les activités d'IEC/CPN pour que toutes les femmes enceintes soient suffisamment motivées et viendront faire plus souvent (au moins 4 CPN par grossesse) leur consultation prénatale.

2.3. Planification familiale

Les résultats de notre étude montrent que 23,4% des femmes en âge de procréer du secteur sanitaire du CSB2 d'Isotry central (avec 16.285 femmes de 15 à 49 ans) sont des utilisatrices régulières des méthodes contraceptives modernes (ici, les contraceptifs oraux, les contraceptifs injectables ou les dispositifs intra-utérins ou DIU) en 2012, c'est-à-dire 3.808 femmes en âge de procréer.

Sur 3.808 utilisatrices régulières des méthodes contraceptives modernes, 61,6% utilisent des contraceptifs injectables. D'après EDS 2004, les femmes malgaches préfèrent pour l'avenir utiliser la méthode injectable. Les jeunes femmes de moins de 30 ans ont déclaré plus fréquemment vouloir utiliser les méthodes injectables (50%) que la pilule (16%) et le condom (3%). On retrouve la même tendance chez les femmes plus âgées. Malgré tout, il faut noter que la couverture contraceptive est encore insuffisante.

Ici aussi, le renforcement des activités d'IEC est nécessaire dans le domaine de la planification familiale dans le but d'améliorer la couverture contraceptive. L'utilisation des médias est un moyen indispensable pour l'information et la sensibilisation en matière de contraception. Elle permet aussi la vulgarisation et le développement de la pratique contraceptive[23].

En plus des activités d'IEC, il faudrait améliorer également l'accessibilité aux méthodes contraceptives modernes. Il est important de mettre en place dans chaque fokontany des points de vente de condom. Les centres de planification familiale devraient également être augmentés afin d'améliorer l'accessibilité géographique aux méthodes contraceptives modernes.

La pratique de la contraception chez la femme en union peut être effective lorsqu'il y a discussion en la matière avec le conjoint. Le mari peut jouer un grand rôle dans la prise de décision de la femme pour l'utilisation des méthodes contraceptives. L'information des hommes sur les méthodes contraceptives modernes est donc aussi importante que celle des femmes.

2.4. Vaccination

Les résultats de notre étude montrent que la couverture vaccinale globale réalisée au CSB2 d'Isotry central en 2012 est de 76,5% (sur 2.436 enfants âgés de 0 à 11 mois, 76,5% ont été complètement vaccinés). Ceci veut dire que chaque enfant a reçu conformément au calendrier vaccinal, le vaccin BCG, trois doses de DTCoq Polio, HB et Hib (contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, l'hépatite B et l'haemophilus influenzae type b), et le vaccin contre la rougeole, avant son premier anniversaire.

Nos résultats montrent également que le taux de vaccination réalisé au CSB2 d'Isotry central en 2012 est de :

- 90,5% pour le BCG,
- 73,8% pour le DTCoq Polio HB Hib) 1, 2 et 3,
- 65,3% pour le vaccin contre la rougeole.

Ici encore l'amélioration de la couverture vaccinale devrait passer par le renforcement des activités d'IEC/vaccination auprès des mères. La réalisation par le Ministère chargé de la Santé de journées de vaccination peut aider à améliorer les taux de couverture vaccinale.

L'insuffisance de la couverture vaccinale peut être due à l'ignorance des mères des périodes de vaccination pour chaque type de vaccin. Elle peut aussi être la conséquence d'un problème d'accessibilité aux centres de vaccination.

3. EVALUATION DES ACTIVITES CURATIVES

Environ 9,9% de la population ont eu recours à la consultation externe du CSB2 en 2012.

3.1. Les consultations externes

En 2012, au CSB2 d'Isotry central, 7.006 patients ont été vus en consultation externe et ont fait l'objet d'une ordonnance. Les 5 premières maladies les plus fréquemment enregistrées sont :

- Pour les patients de 0 à 4 ans et par ordre de classement dégressif :
 - les infections respiratoires aiguës,
 - les diarrhées,
 - les infections de l'œil et de ses annexes,
 - le paludisme,
 - les infections cutanées.
- Pour les patients de 5 ans et plus et par ordre de classement dégressif :
 - les infections respiratoires aiguës,
 - les diarrhées,
 - l'hypertension artérielle,
 - les affections de l'œil et de ses annexes,
 - les affections buccodentaires.

Chez les patients âgés de 5 ans et plus, la fièvre (état fébrile) occupe le 6^e rang des morbidités enregistrées, alors que chez les moins de 5 ans, cette maladie occupe le 4^e rang des morbidités enregistrées.

3.2. L'approvisionnement en médicaments

A Madagascar, tout comme dans le secteur privé, les médicaments sont vendus dans le secteur public. Ceci pose pour les patients pauvres des problèmes d'accessibilité aux médicaments essentiels.

Sur 7.006 ordonnances prescrites au CSB2 d'Isotry central en 2012, les ordonnances complètement servies représentent 85,9%, et les ordonnances non

complètement servies représentent 14,1%. Parmi les ordonnances non complètement servies, on distingue, 68% d'ordonnances partiellement servies et 32% d'ordonnances qui n'ont pas été du tout servies.

Afin d'améliorer l'accessibilité des patients aux médicaments dont ils ont besoin, nos suggestions portent sur :

- Une baisse du prix de vente des médicaments

Au niveau des formations sanitaires publiques, les médicaments sont vendus avec une majoration de 35% sur le prix de revient. Notre première suggestion consiste à majorer seulement de 15% sur le prix de revient.

Une baisse du prix de vente des médicaments peut entraîner une amélioration de l'accessibilité financière des patients aux médicaments essentiels.

- Une amélioration de la prescription des médicaments

Ceci consiste à éviter les prescriptions irrationnelles et à réaliser des prescriptions rationnelles.

- Les prescriptions irrationnelles sont :

- * La prescription insensée

Ceci apparaît si un médicament est prescrit alors qu'un médicament moins cher aurait eu la même efficacité et la même innocuité.

- * La prescription excessive

Ceci apparaît quand la quantité délivrée est trop importante par rapport aux besoins du malade.

- * La prescription incorrecte

Ceci apparaît quand le médicament est prescrit à la suite d'un diagnostic incorrect.

- * La prescription multiple

Ceci apparaît quand deux médicaments ou plus sont utilisés alors qu'un seul aurait suffi.

- * La prescription insuffisante

Ceci apparaît quand les médicaments nécessaires ne sont pas prescrits.

- Réaliser une prescription rationnelle

Pour prescrire rationnellement le médecin doit :

- * faire un diagnostic exact,

- * choisir le meilleur médicament disponible,
- * le moins cher,
- * prescrire en quantité suffisante et selon des schémas thérapeutiques standard.

Pour chaque médicament, il faut prendre en compte à la fois :

- l'efficacité,
- la sécurité,
- le coût.

Pour que ceci soit réalisé, il faut que le prescripteur :

- Reçoive une formation adéquate
 - une formation suffisante en pharmacologie clinique,
 - une formation continue avec supervision.

Il est important d'avoir des sources objectives sur les nouveaux médicaments.

- Dispose de manuels de référence et des schémas thérapeutiques

Les manuels de référence, écrits sur place font partie intégrante des programmes de santé de l'état. De tels manuels ou guides thérapeutiques incluent les seuls médicaments disponibles dans le pays. Ils donnent les posologies appropriées à la population locale et les précautions spécifiques par rapport à des facteurs locaux, qu'ils soient génétiques, épidémiologiques ou d'environnement.

- Dispose de revues d'information sur les médicaments

Ces publications pourraient être :

- soit des circulaires,
- soit des bulletins qui couvrent plusieurs sujets et paraissent à intervalles réguliers,
- soit des journaux publiés sur une base hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle.

Ces publications ont pour but de fournir aux médecins, aux pharmaciens, aux infirmiers et aux auxiliaires médicaux des informations récentes sur les médicaments.

- Les étapes des activités d'approvisionnement doivent être respectées sous peine de problèmes de disponibilité et d'accessibilité.

Ces principales étapes sont :

- la sélection,

- la quantification des besoins,
- l'acquisition,
- le stockage,
- la distribution,
- et l'utilisation.

3.3. Les ruptures de stock

Les résultats de notre étude montrent la survenue, en 2012, au CSB2 d'Isotry central de 6 ruptures de stock en médicaments. Quatre de ces ruptures de stock ont duré moins de 15 jours mais les 2 dernières ruptures de stock ont persisté pendant 15 jours ou plus. Ces ruptures de stock ont concerné :

- l'acide acétylsalicylique comprimés à 500 mg,
- la tétracycline gélule à 250 mg,
- le benzoate de benzyle sulfirame lotion,
- le chloramphénicol collyre en flacon de 10 ml,
- l'éosine solution aqueuse à 2%,
- et la pommade antihémorroïdaire.

Afin d'éviter les ruptures de stock, nous suggérons l'utilisation du « modèle d'inventaire idéal »(figure 7).

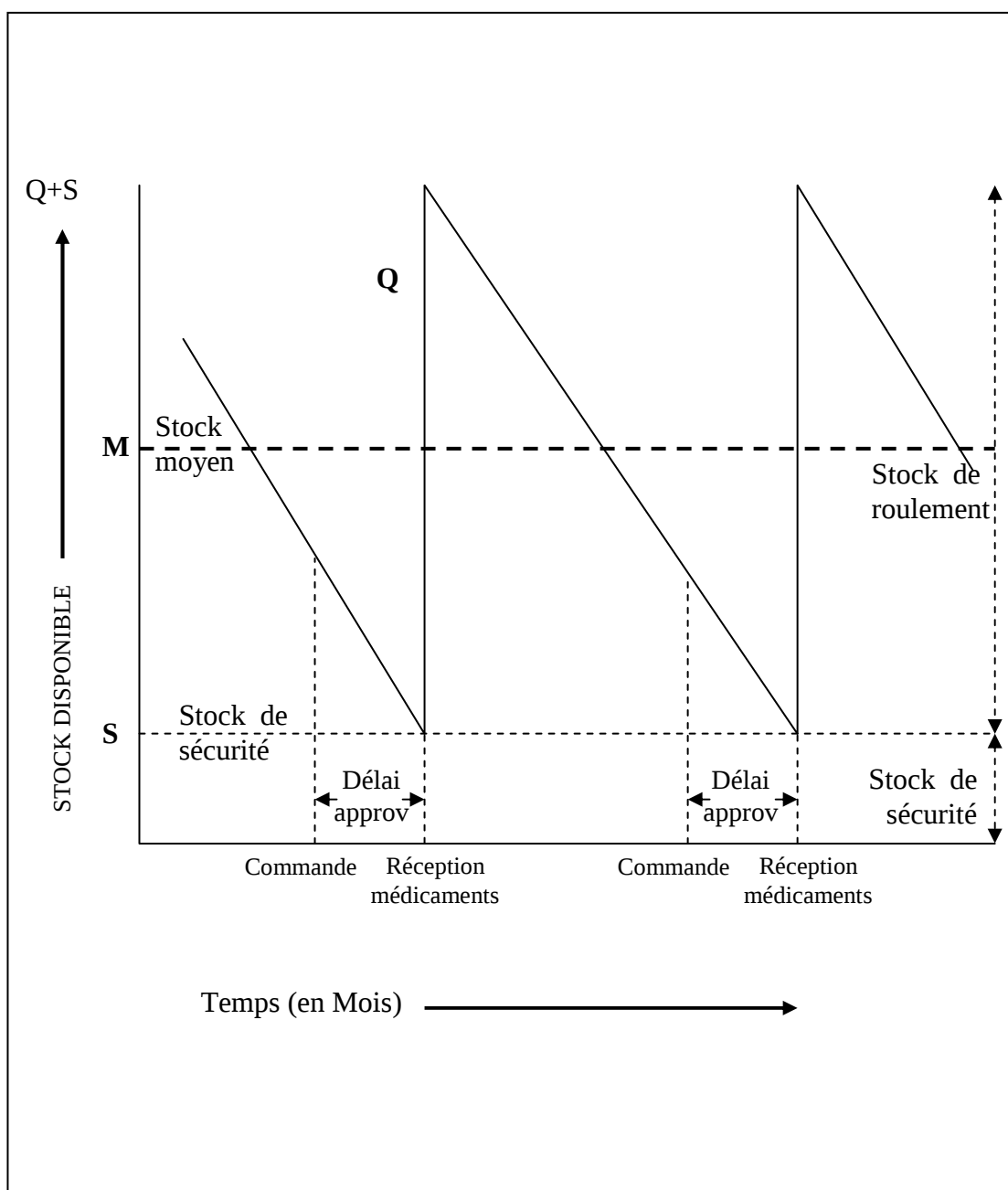


Figure 7 : Modèle d'inventaire idéal.

- Le stock disponible comporte deux éléments :

- Le stock de roulement

Le stock de roulement varie de 0 à la quantité commandée Q et représente le stock qui est utilisé pour satisfaire la demande entre les livraisons.

- Le stock de sécurité

Le stock de sécurité S appelé aussi stock de réserve ou stock tampon est là pour protéger contre les ruptures de stock qui peuvent arriver, si les livraisons sont en retard ou si le stock de roulement est consommé plus vite que prévu.

Dans un modèle idéal, les médicaments sortent en réponse à la demande et le stock disponible diminue régulièrement jusqu'au point où une commande doit être faite.

A la fin du délai d'approvisionnement pendant lequel ont lieu toutes les activités du cycle d'acquisition, la quantité commandée (Q) arrive et le niveau de stock revient à son point de départ maximum (Q+S).

- Le stock de roulement moyen est la moitié de la quantité commandée

$$\text{Stock de roulement moyen} = \frac{1}{2} Q$$

- Le stock disponible moyen (M) correspond au stock de sécurité plus le stock de roulement moyen.

$$\text{Stock disponible moyen} = M = S + \frac{1}{2} Q$$

Pour réduire le stock disponible moyen et donc réduire les coûts de tenue de stock, il faut diminuer soit le stock de roulement, soit le stock de sécurité, soit les deux[21].

3.4. Contrôle des stocks

Au niveau des formations sanitaires comme les centres de santé, il y a rarement un individu qui ait la responsabilité à plein temps du contrôle des stocks. Le dispensateur passe la plupart de son temps à délivrer les médicaments prescrits aux malades. Les agents de santé communautaires ont souvent la responsabilité de gérer le stock de médicaments de leur formation sanitaire[24-26].

Il y a au moins trois méthodes de contrôle de stock que nous suggérons d'utiliser :

- la méthode à « feuilles de commandes préétablies » ;
- la méthode de deux casiers ;
- le contrôle visuel.

3.4.1. *Le système à « feuilles de commandes préétablies »*

Dans cette méthode de contrôle, à chaque vérification, les stocks sont réapprovisionnés jusqu'à un certain niveau. Aucune fiche de stock n'est conservée.

Le seul document de contrôle de stock qui existe est une feuille pré-imprimée donnant pour chaque article sa description, son numéro de stock, l'unité dans lequel il a été commandé et le niveau maximum de stock. Cette feuille contient des colonnes supplémentaires suivant que le système est à une, deux ou trois étapes.

La figure 8 donne des exemples de feuilles utilisées pour des systèmes à une, deux ou trois étapes.

3.4.2. *Le système à deux casiers ou à deux rayons*

Le stock de chaque article est séparé en deux casiers, le casier de roulement et le casier de réserve. Quand le premier casier arrive à épuisement, l'agent de santé passe au second casier et s'aperçoit donc qu'il lui faut de nouveaux approvisionnements (figure 9).

a. VERSION A UNE ETAPE

MINISTERE DE LA SANTE
UNITE DES APPROVISIONNEMENTS
Commande préétablie pour 2 mois

Formation sanitaire : _____ Remise par (nom): _____
Période d'approvisionnement: _____ au _____
Date de la commande : _____ Formation sanitaire Réservé à l'entrepôt

N° de stock (1)	Description (2)	Unité de sortie (3)	Stock maximum (4)	Stock disponible (5)	Quantité nécessaire (6)	Quantité envoyée (7)
1.12.1	Adrénaline inj.1:1000	amp.	5			
5.01.1	Aspirine comp 500 mg	100	20			
8.04.1	Chloroquine tab.150 mg	100	10			

b. VERSION A DEUX ETAPES

MINISTERE DE LA SANTE
UNITE DES APPROVISIONNEMENTS
Commande préétablie pour 2 mois

Formation sanitaire: _____ Remise par (nom): _____
Période d'approvisionnement: _____ au _____
Date de la commande: _____ Formation sanitaire Réservé à l'entrepôt

N° de stock (1)	Description (2)	Unité de sortie (3)	Stock max. (4)	Stock disponible (5)	Quantité demandée (6)	Quantité approuvée (7)	Quantité envoyée (8)
1.12.1	Adrénaline inj.1:1000	amp.	5				
5.01.1	Aspirine comp 500 mg	100	20				
8.04.1	Chloroquine tab. 150 mg	100	10				

c. VERSION A TROIS ETAPES

MINISTERE DE LA SANTE
UNITE DES APPROVISIONNEMENTS
Commande préétablie pour 2 mois

Formation sanitaire : _____ Remise par (nom): _____
Période d'approvisionnement: _____ au _____
Date de la commande : _____ Formation sanitaire Réservé à l'entrepôt

N° de stock (1)	Description (2)	Unité (3)	Stock maximum (4)	Niveau de stock initial (5)	Stock disponible (6)	Consommation de 2 mois (7)	Quantité demandée (8)	Quantité approuvée (9)	Quantité envoyée (10)
1.12.1	Adrénaline inj.1:1000	amp	5						
5.01.1	Aspirine comp. 500 mg	100	20						
8.04.1	Chloroquine tab.150 mg	100	10						

Figure 8 : Exemple de feuilles de commande préétablies.

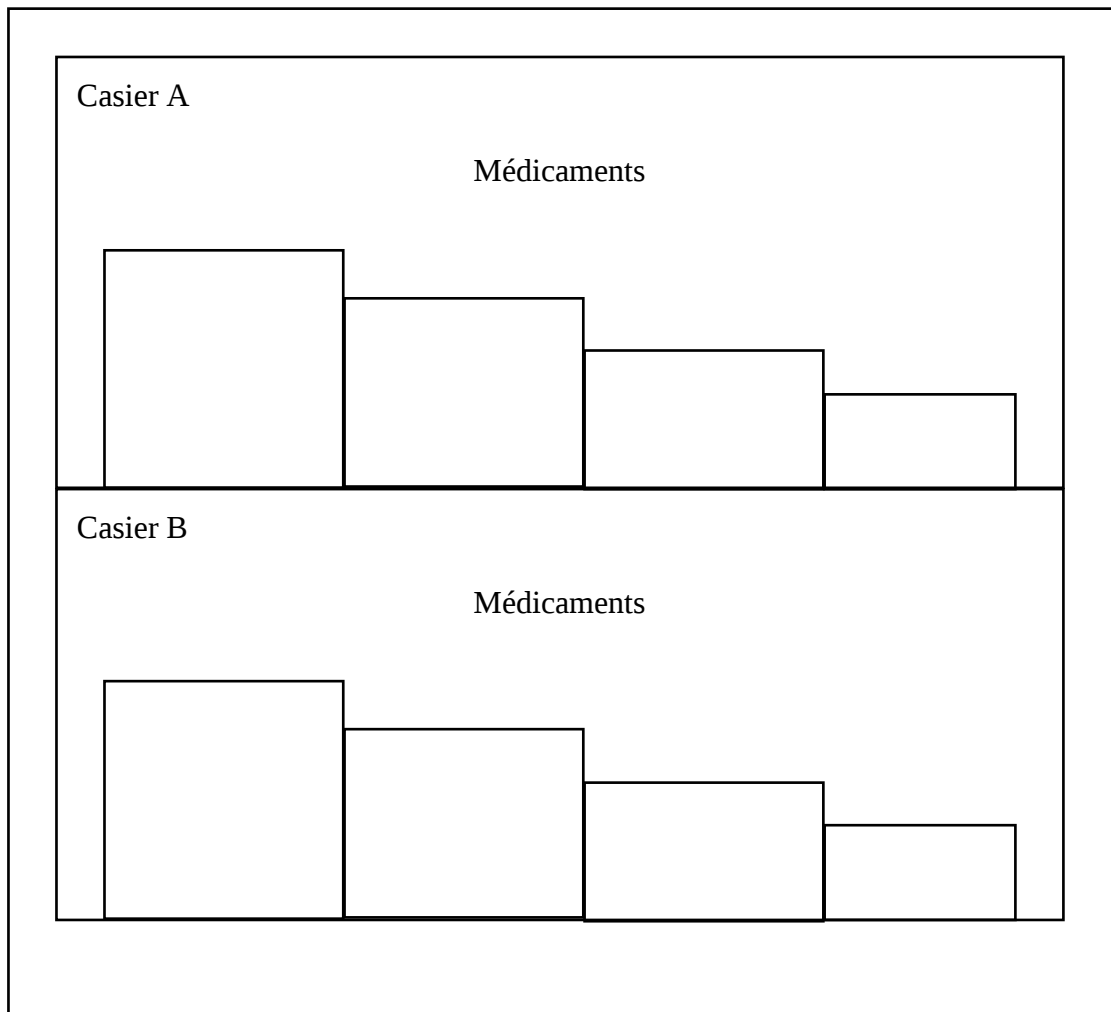


Figure 9 : Le système de contrôle à deux casiers.

3.4.3. *Le contrôle visuel d'inventaire*

Dans le contrôle visuel de stock, on se contente d'inspecter le stock pour savoir s'il faut faire de nouvelles commandes. C'est en somme, la forme la plus simple de contrôle de stock.

CONCLUSION

CONCLUSION

Au terme de notre étude sur l'évaluation des soins de santé primaires au CSB2 d'Isotry central, il faut noter tout d'abord que le paquet minimum d'activités offert à la population comporte des activités préventives d'une part, et des activités curatives d'autre part. Les résultats de notre étude montrent que les couvertures de services réalisées sont de 34% pour la surveillance nutritionnelle, 65,5% pour la consultation prénatale, 23,4% pour la planification familiale et 76,5% pour les activités de vaccination dans le cadre des activités préventives.

Pour les activités curatives, il faut noter pour l'année 2012, un nombre de 7.006 patients vus en consultation externe et ayant fait l'objet d'une ordonnance. Les maladies les plus fréquemment enregistrées sont les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, les affections de l'œil et de ses annexes, le paludisme, l'hypertension artérielle et les affections buccodentaires.

L'accessibilité aux médicaments essentiels est limitée puisqu'on note l'existence de 6 ruptures de stock concernant des médicaments essentiels et l'existence de 14,1% d'ordonnances incomplètement ou pas du tout servies. Nos suggestions ont porté essentiellement sur le renforcement des activités d'IEC concernant les objets des services préventifs, la réduction du prix de vente des médicaments essentiels et l'utilisation du modèle d'inventaire idéal de stock.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. World Health Organization. Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais. Genève : WHO; 2005.
2. Monekosso GL. La gestion sanitaire au niveau du district. Brazzaville : WHO ; 1994.
3. Sciamanna CN, Patel VA, Kraschnewski JL, Rovniak IS, Messina DA. A strength training program for primary care. Patients, central Pennsylvania Biomedica. 2014 ; 22 : 631-9.
4. Monekosso GL. A minimum health for all package for district health systems. Brazzaville : WHO ; 1994.
5. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis : Towards reconstruction and renewal. Annals of Internal Medicine. 2006 ; 138 : 244-57.
6. Stevenson D. Planning for the future long term care and the 2008 election. New England Journal of Medicine. 2008 ; 358 : 19-21.
7. Ratsimbazafy MBR, Mariko S. Santé de la mère et de l'enfant. In : Instat Enquête démographique et de Santé. Antananarivo : ORC Marco ; 2005 p. 125-9.
8. German H, Grimsson A, Walba AMW. Etudes sur la consommation pharmaceutique. Paris : SNIP ; 2001.
9. Howard E, Corey F. Insurance status and access to health services among poor persons. Genève : OMS ; 2003.
10. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contributions of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly. 2005 ; 83 : 457-59.
11. Le Flohic AM. Les maladies infectieuses et parasitaires, problématiques des pays en développement. Paris : Ellipses ; 2000.

12. Gentilini M. Médecine Tropicale. Paris : Médecine-Sciences, Flammarion ; 1993.
13. Pomey MP, Poullier JP, Lejeune B. Santé Publique. Paris : Ellipses ; 2000.
14. Dab W. La décision en santé publique, surveillance épidémiologique. Rennes : ENSP ; 2003.
15. Phillips DR. The demand for and utilisation of health services. London : M. PacionecroomHelm ; 2006.
16. Lejeune B. Les vaccinations. In : Pomey MP, Poullier JP, Lejeune B. Santé Publique. Paris : Ellipses ; 2000 p. 211-9.
17. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primaryhealth care in the driver'sseat. London : OUP ; 2006.
18. Scherger JE. What patients want. Journal of family practice. 2006 ; 50 : 137-9.
19. World HealthOrganization. Pour un système de santé plus performant. Genève : WHO; 2000.
20. Jamison DT, Breman JG, Measham AR. Priorités en matière de santé : Gestion des services de santé. Washington : Banque Mondiale ; 2006.
21. Schoen C. Taking the pulse of health care systems : expériences of patients withhealthproblems in six countries. HealthAffairs. 2005 ; 109 : 45-9.
22. Razafiarisoa B, Randrianaivo A, Rakotonirina S, Mariko S. Allaitement et état nutritionnel. In : Instat Enquête démographique et de santé. Antananarivo : ORC Macro ; 2005 p. 161-90.
23. Rambeloson V. Planification familiale. In : Instat Enquête démographique et de santé. Antananarivo : ORC Macro ; 2005 p. 71-9.
24. Papiernik E. Vingt-ans d'épidémiologie périnatale. RevEpidém et Santé Publ. 2001 ; 597 : 45-8.

25. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*. 2005 ; 142 : 691-9.
26. Godin G. L'éducation pour la santé, les fondements psychosociaux. *Science Soc et San*. 2001 ; 22 : 103-8.

VELIRANO

*Etoanatrehan'AndriamanitraAndriananahary,
etoanoloan'ireompampianatraahy, sy ireompiara-nianatra tamiko eto amin'ity
toeram-pampianarana ity, ary etoanoloan'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 maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny
rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na ovianaary na amin'iza na amin'iza
aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.*

*Raha tafiditra an-tranon'olonaaho 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.*

*Tsykekeko ho efitra hanelanelana ny adidikoamin'ny olonatsaboiko ny anton-
javatraara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehanaaryara-tsaranga.*

*Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vaonotorontoronina aza, ary tsy
hahazomampiasany fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia
vozonanaaza.*

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

*Ho toavin'nympiara-belona amiko anie aho rahamahatanteraka 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 Directeur de Thèse

Signé : **Professeur RANDRIA Mamy Jean de Dieu**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : **Professeur ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana**

Name and first name : ANDRINJANAHARY Ainatiana

Title of the thesis : "EVALUATION OF PRIMARY HEALTH CARE IN A
HEALTH CENTER"

Heading : Public Health

Number of figures : 09 **Number of pages :** 51

Number of tables : 17 **Number of bibliographical references :** 26

SUMMARY

"Evaluation of primary health care in a health center" is a study that suggests elements for improving primary objective.

The results of our study indicate insufficient coverage for both preventive activities for the curative activities. Indeed, there is for example the following coverage rates : for nutritional surveillance 34% to 65,5% antenatal care, family planning 23,4% and 76,5% for vaccination. Curative services accuse problems of accessibility to essential medicines.

To improve the situation, our suggestions focus on the strengthening of information and education in the areas affected by the prevention and reduction of the selling price of drugs activities, as well as the use of ideal inventory stock model in the field of curative services.

Key-words : Accessibility - Cover - Bookseller - Inventory stock -
Primary Health Care.

Director of the thesis : Professor RANDRIA Mamy Jean de Dieu

Reporter of the thesis : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Address of author : Bloc 34 porte III cité des 67 ha Nord-Est

Nom et Prénom : ANDRINJANAHARY Ainatiana

Titre de la thèse : « EVALUATION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES DANS
UN CENTRE DE SANTE DE BASE »

Rubrique : Santé Publique

Nombre de figures : 09 **Nombre de pages :** 51

Nombre de tableaux : 17 **Nombre de références bibliographiques :** 26

RESUME

« Evaluation des soins de santé primaires dans un centre de santé de base » est une étude qui a pour principal objectif de suggérer des éléments d'amélioration.

Les résultats de notre étude montrent une couverture insuffisante aussi bien pour les activités préventives que pour les activités curatives. En effet, on note par exemple les taux couvertures suivants : pour la surveillance nutritionnelle 34%, pour la consultation prénatale 65,5%, pour la planification familiale 23,4% et pour la vaccination 76,5%. Les services curatifs accusent des problèmes d'accessibilité aux médicaments essentiels.

Afin d'améliorer la situation, nos suggestions portent essentiellement sur le renforcement des activités d'information et d'éducation dans les domaines concernés par les activités de prévention et sur la réduction du prix de vente des médicaments, ainsi que sur l'utilisation du modèle idéal d'inventaire de stock dans le domaine des services curatifs.

Mots-clés : Accessibilité - Couverture - Evaluation - Inventaire de stock - Soins de santé primaires.

Directeur de thèse : Professeur RANDRIA Mamy Jean de Dieu

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Adresse de l'auteur : Bloc 34 porte III cité des 67 ha Nord-Est