

ANDRINJANAHARY Lalaina Fidiarilala

**« EVALUATION ADMINISTRATIVE DES SERVICES OFFERTS AU CSB2
D'AMBOHIMANGAKELY »**

Thèse de Doctorat en Médecine

**UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE**

ANNEE : 2008

N° 7747

**« EVALUATION ADMINISTRATIVE DES SERVICES OFFERTS AU CSB2
D'AMBOHIMANGAKELY »**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 2008 à Antananarivo

par

**Monsieur ANDRINJANAHARY Lalaina Fidiarilala
Né le 19 juin 1979 à Soavinandriana - Antananarivo 101**

**Pour obtenir le grade de
« DOCTEUR EN MEDECINE »
(Diplôme d'Etat)**

MEMBRES DU JURY :

Président : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

Juges : Professeur FIDISON Augustin

: Professeur ANDRIANASOLO Roger

Rapporteur : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE
Année Universitaire 2007-2008

I. CONSEIL DE DIRECTION

A. DOYEN

M. RAJAONARIVELO Paul

B. VICE-DOYENS

- | | |
|--|--|
| - Appui à la Pédagogie, Stages Hospitaliers et Recherche | M. RANJALAHY RASOLOFOMANANA
Justin |
| - Relations Internationales, Communication et Technologie de l'Information et Communication à l'Enseignement | M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa |
| - Scolarité
* 1 ^{er} et 2 nd cycles
* 3 ^{ème} cycle court (stage interné, examen de clinique, thèses) | M. RAMANAMPAMONJY Rado Manitrana
M. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa |
| - Troisième cycle long et formation continue (Mémoires, D.U., MSBM, Agrégation) | M. SAMISON Luc Hervé |

C. CHARGE DE MISSION

M. RAJAONA Hyacinthe Régis

D. SECRETAIRE PRINCIPAL

- | | |
|---|-------------------------------------|
| - Administration, Affaires Générales, Finances, Ressources Humaines, Patrimoine, Troisième Cycle long et Formation Continue | Mme RASOARIMANALINARIVO Sahondra H. |
|---|-------------------------------------|

II. CONSEIL D'ETABLISSEMENT

PRESIDENT

M. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

III. CHEFS DE DEPARTEMENT

- | | |
|---|---|
| - Biologie | Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry |
| - Chirurgie | Pr. ANDRIAMAMONJY Clément |
| - Médecine | Pr. RAFARAMINO Florine |
| - Mère et Enfant | Pr. RAZAFIARIVAO Noëline |
| - Santé Publique | Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin |
| - Sciences Fondamentales et Mixtes et Pharmacie | Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa |
| - Tête et cou | Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette |
| - Vétérinaire | Pr. RASAMBAINARIVO John Henri |

IV. CONSEIL SCIENTIFIQUE

A. PRESIDENT

Pr. RAJAONARIVELO Paul

V. COLLEGE DES ENSEIGNANTS

A. PRESIDENT

Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

B. ENSEIGNANTS PERMANENTS

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

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie

Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Endocrinologie et métabolisme

Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

- Néphrologie

Pr. RAJAONARIVELO Paul

Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa

- Pneumologie-Phtisiologie

Pr. ANDRIANARISOA Ange

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie néonatale

Pr. RANDRIANASOLO Olivier

- Pédiatrie

Pr. RAZAFIARIVAO Noëline

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Administration et Gestion Sanitaire

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA
RAHANTALALAO Henriette

- Education pour la Santé

Pr. ANDRIAMANALINA Nirina

- Médecine du Travail

Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie

- Santé Communautaire

Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné

- Santé Familiale

Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA
Justin

- Statistiques et Epidémiologie

Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES ET PHARMACIE

- Anatomie Pathologique

Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel

Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa

- Anesthésie-Réanimation

Pr. RANDRIAMIARANA Mialimanana Joël

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Ophtalmologie Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO
Violette
Pr. BERNARDIN Prisca
- ORL et Chirurgie Cervico-faciale Pr. RABENANTOANDRO Casimir
- Stomatologie Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

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

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Biochimie Pr. RANAIVOCHARISOA Lala

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Dermatologie Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa
- Radiodiagnostic et Imagerie Médicale Pr. AHMAD Ahmad
- Radiothérapie-Oncologie Médicale Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINA
Florine

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Nutrition et Alimentation Pr. ANDRIANASOLO Roger

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Neuro-Chirurgie Pr. ANDRIAMAMONJY Clément

B.3. MAITRES DE CONFERENCES

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Hématologie biologique Pr. RAKOTO Alson Aimée Olivat

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie cardio-vasculaire Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Maladies Infectieuses Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Obstétrique Dr. RAZAKAMANIRAKA Joseph

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique Dr. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anesthésie Réanimation Pr. ANDRIANJATOVO Jean José

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Virologie M. KOKO

- Bactériologie, Virologie,
Maladies infectieuses Dr. RAJAONARISON Jean Joseph

C. ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

C.1. PROFESSEURS EMERITES

Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa	Pr. RAKOTOZAFY Georges
Pr. ANDRIAMBAO Damasy Seth	Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe
Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand	Pr. RAMONJA Jean Marie
Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur	Pr. RANDRIAMAMPANDRY
Pr. ANDRIANJATOVO Joseph	Pr. RANDRIAMBOLOLONA Aimée
Pr. AUBRY Pierre	Pr. RANDRIANARIVO
Pr. FIDISON Augustin	Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery Honoré Blaise
Pr. KAPISY Jules Flaubert	Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé
Pr. RABARIOELINA Lala	Pr. RATOVO Fortunat
Pr. RABETALIANA Désiré	Pr. RATSIVALAKA Razafy
Pr. RADESA François de Sales	Pr. RAZANAMPARANY Marcel
Pr. RAHAROLAHY Dhels	Pr. ZAFY Albert
Pr. RAJAONA Hyacinthe	
Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland	
Pr. RAKOTOMANGA Robert	
Pr. RAKOTOMANGA Samuel	
Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Suzanne U.	

C.2. CHARGE D'ENSEIGNEMENT

DEPARTEMENT BIOLOGIE

Pr. RAKOTO Alson Aimée Olivat	Hématologie
Pr. RAZANAKOLONA Lala Rasoamialy-Soa	Parasitologie

DEPARTEMENT CHIRURGIE

Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana	Chirurgie Pédiatrique
Pr. RAKOTOARIJAONA Armand Herinirina	Chirurgie viscérale
Pr. RAKOTO RATSIMBA Hery Nirina	Chirurgie générale
Pr. RAKOTOVAO Hanitrala Jean Louis	Chirurgie thoracique
Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora	Urologie Andrologie
Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. RAVELOSON Jean Roger	Chirurgie Générale
Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude	Orthopédie Traumatologie
Pr. SAMISON Luc Hervé	Chirurgie Viscérale
Pr. SOLOFOMALALA Gaëtan Duval	Orthopédie Traumatologie

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

Pr. RABEARIVONY Nirina	Cardiologie
Pr. RAHARIVELO Adeline	Psychiatrie
Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense	Psychiatrie
Pr. RAKOTOARIMANANA Solofonirina	Cardiologie
Pr. RAMANAMPAMONJY Rado Manitrana	Hépto-gastro-entérologie
Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu	Maladies Infectieuses
Pr. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck	Néphrologie
Pr. RANDRIANASOLO Faraniaina Marie Patricia	Dermatologie

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO Hery Rakotovao	Gynécologie Obstétrique
Pr. ROBINSON Annick Lalaina	Pédiatrie

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

Pr. ANDRIANJATOVO Jean José	Anesthésie-Réanimation
Pr. RABARIJAONA Hery-Zo	Anesthésie-Réanimation

DEPARTEMENT TETE ET COU

Pr. RABARIJAONA Mamiarisoa	Neuro-chirurgie
Pr. RAKOTO Fanomezantsoa Andriamparany	O-R-L et Chirurgie Cervico-Faciale
Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

VI. SERVICES ADMINISTRATIFS

SECRETAIRE PRINCIPAL

Mme RASOARIMANALINARIVO
Sahondra H.

CHEFS DE SERVICES

APPUI A LA PEDAGOGIE ET RECHERCHE

M. RAMARISON Elysée

FINANCIER, COMPTABILITE ET INFORMATIQUE

M. RANDRIARIMANGA Henri

RELATIONS INTERNATIONALES, COMMUNICATION ET TICE

M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin

RESSOURCES HUMAINES

Mme RAKOTOARIVELO Harimalala F.

SCOLARITE

Mme SOLOFOSAONA Sahondranirina

VII. IN MEMORIAM

Pr. RAJAONERA Richard
Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson
Pr. RAJAONERA Frédéric
Pr. ANDRIAMASOMANANA Veloson
Pr. RAKOTOSON Lucette
Pr. RAKOTO- RATSIMAMANGA Albert
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa
Dr. RABEDASY Henri
Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide
Dr. RAKOTONANAHARY
Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël
Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme
Pr. RAMANANIRINA Clarisse
Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder
Pr. RANIVOALISON Denys
Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana
Pr. RAVELOJAONA Hubert

Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel
Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme
Pr. RAKOTONIAINA Patrice
Pr. ANDRIANJATOVO RARISOA Jeannette
Pr. RANDRIANARISOLO Raymond
Pr. RAKOTOBÉ Alfred
Pr. MAHAZOASY Ernest
Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard
Pr. RAZAFINTSALAMA Charles
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin
Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre
Pr. MANAMBELONA Justin
Pr. RAZAKASOA Armand Emile
Pr. RAMIALIHARISOA Angeline
Pr. RAKOTOBÉ Pascal
Pr. RANAIVOZANANY Andrianady

DEDICACES

*« Combien acquérir la sagesse vaut mieux que l'or !
Combien acquérir l'intelligence est préférable à l'argent ! »*

PROVERBES XVI : 16

*« Par la grâce de Dieu, je suis ce que je suis, et sa grâce envers moi n'a pas été
vaine, loin de là, j'ai travaillé plus qu'eux tous, non pas moi toutefois, mais la grâce
de Dieu qui est avec moi »*

I CORINTHIENS XV : 10

Je dédie cette thèse :

- A la mémoire de mes grands parents

« Que votre âme repose en paix ! »

- A ma mère

Tu n'as jamais cessé de m'encourager pour que j'accomplisse mes études.

- A mon petit frère

Tu m'as toujours soutenu moralement et physiquement.

- A toute ma famille

- A tous mes collègues

-A tous mes amis

« Qu'ils trouvent ici l'expression de mes vifs et sincères remerciements ! »

A NOTRE MAITRE, PRESIDENT ET DIRECTEUR DE THESE

- **Monsieur le Docteur RAMAKAVELO Maurice Philippe**

Professeur Emérite en Médecine Préventive, Hygiène et Santé Publique à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.

Vice-Doyen, Responsable des Ressources Humaines et du Patrimoine à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.

« Vous nous avez toujours accueilli sans réserve et avec bienveillance malgré vos incompressibles obligations.

Vous nous faites aussi l'honneur d'accepter la présidence de notre jury.

Veillez trouver à travers ce travail l'expression de nos vifs remerciements et nos profondes reconnaissances ».

A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE

- **Monsieur le Docteur FIDISON Augustin**

Professeur Emérite en Anesthésie Réanimation à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.

- **Monsieur le Docteur ANDRIANASOLO Roger**

Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Santé Publique et de Médecine de Travail à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
Ph.D. en Sciences de la Nutrition, Nutritionniste de Santé Publique.

« Qui ont accepté de siéger dans ce jury.

Nous leur sommes très reconnaissant de vouloir porter intérêt à ce travail.

Qu'ils en soient 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, d'Economie de la Santé, Epidémiologie et de Médecine Tropicale.

« Qui n'a pas ménagé son temps pour nous encadrer avec patience et bonne volonté pour la réalisation de ce travail, et malgré ses nombreuses et lourdes responsabilités, a bien voulu nous faire l'honneur de rapporter et défendre cette thèse. Veuillez accepter l'assurance de notre profonde considération et nos sincères reconnaissances ».

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

Monsieur le Professeur RAJAONARIVELO Paul

« Notre vive admiration et l'expression de toute notre gratitude »

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

Pour avoir contribué à notre éducation et formation de médecin.

« Tous nos respects et l'expression de notre vive reconnaissance »

**A TOUS LES MEDECINS ET PERSONNELS DU CSB2
D'AMBOHIMANGAKELY**

« Nos vifs et sincères remerciements ».

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

*« Trouvez ici l'expression de ma grande reconnaissance et mes très vifs
remerciements »*

SOMMAIRE

SOMMAIRE

	PAGES
INTRODUCTION.....	01

PREMIERE PARTIE :

GENERALITES SUR L'UTILISATION DES SERVICES

1. LE CONCEPT D'UTILISATION.....	02
1.1. Utilisation de services demandée par le patient.....	02
1.2. Utilisation de services contrôlée par le médecin.....	02
2. MESURES DE L'UTILISATION.....	06
2.1. Notion d'épisode.....	06
2.1.1. Episode de maladie.....	06
2.1.2. Episode de soins.....	07
2.2. Indicateurs d'utilisation.....	07
2.2.1. Indicateurs d'utilisation des services.....	07
2.2.2. Indicateurs d'utilisation des ressources.....	09
2.3. Déterminants de l'utilisation.....	09
3. LA PROTECTION SOCIALE.....	12
3.1. Les risques diminuant les revenus des ménages.....	12
3.1.1. La maladie.....	12
3.1.2. La vieillesse.....	12
3.1.3. L'invalidité.....	13
3.1.4. Les catastrophes naturelles.....	13
3.1.5. Le chômage.....	13
3.2. Les risques augmentant les besoins financiers des ménages.....	13
3.2.1. La maladie.....	13

3.2.2. Les enfants.....	13
3.3. La prise en charge du risque social.....	14
3.3.1. La famille.....	14
3.3.2. L'assistance.....	15
3.3.3. Les assurances.....	16
3.3.4. La sécurité sociale.....	18

DEUXIEME PARTIE :
UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES COMMUNAUTES
AU CSB2 D'AMBOHIMANGAKELY

1. METHODOLOGIE.....	20
1.1. Lieu d'étude.....	20
1.1.1. Le CSB2 d'Ambohimangakely.....	20
1.1.2. Le secteur sanitaire.....	20
1.2. Méthode d'étude.....	23
1.2.1. Type d'étude.....	23
1.2.2. Période d'étude.....	23
1.2.3. Population d'étude et échantillonnage.....	23
1.2.4. Technique d'approche.....	23
1.2.5. Recueil des données.....	25
1.2.6. Saisie et traitement des données.....	25
1.2.7. Limites de l'étude et éthique.....	25
1.2.8. Paramètres d'étude.....	25
2. RESULTATS.....	27
2.1. Les services disponibles au CSB2.....	27
2.2. L'étude de l'utilisation des services.....	27
2.2.1. Services préventifs.....	28
2.2.2. Services curatifs.....	36

TROISIEME PARTIE :
COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	38
1.1. La vaccination.....	38
1.2. La planification familiale.....	39
1.3. La surveillance nutritionnelle.....	39
1.4. La consultation prénatale.....	39
1.5. Les consultations et soins.....	40
2. SUGGESTIONS.....	41
2.1. Mise en place d'un centre de santé accessible aux fokontany éloignés...	41
2.1.1. Objectif.....	41
2.1.2. Services proposés.....	41
2.2. Adoption d'un système de solidarité.....	42
2.2.1. Objectif.....	42
2.2.2. Principes.....	44
2.2.3. Mode de fonctionnement.....	44
2.3. Une information plus développée de la population sur les soins offerts..	45
2.3.1. Objectif.....	45
2.3.2. Stratégies.....	45
2.3.3. Modèle d'apprentissage pour le changement de comportement.....	45
CONCLUSION.....	49

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Tableau n° 01 :	Les indicateurs d'utilisation.....	08
Tableau n° 02 :	Déterminants de l'utilisation des services de santé.....	10
Tableau n° 03 :	Répartition de la population selon le fokontany et les tranches d'âge.....	22
Tableau n° 04 :	Indicateurs pour le monitoring du 2° semestre 2006 au CSB2 d'Ambohimangakely.....	24
Tableau n° 05 :	Répartition des enfants de 0 à 11 mois selon les vaccins reçus au CSB2.....	28
Tableau n° 06 :	Les indicateurs des vaccinations PEV.....	29
Tableau n° 07 :	Répartition des utilisatrices PF selon l'assiduité et régularité....	30
Tableau n° 08 :	Indicateurs de PF.....	31
Tableau n° 09 :	Répartition des enfants pesés selon leur régularité	32
Tableau n° 10 :	Les indicateurs de surveillance nutritionnelle.....	33
Tableau n° 11 :	Répartition des femmes enceintes vues en CPN selon le nombre de CPN réalisé.....	34
Tableau n° 12 :	Indicateurs de consultations prénatales.....	35
Tableau n° 13 :	Nombre d'ordonnances prescrites servies et non servies.....	36
Tableau n° 14 :	Indicateurs de consultations et soins.....	36

LISTE DES FIGURES

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
Figure n° 01 :	Utilisation de services demandée par l'individu.....	03
Figure n° 02 :	Utilisation de services contrôlée par le médecin.....	03
Figure n° 03 :	Point de départ et démarche de l'utilisation des soins de santé..	05
Figure n° 04 :	Episode de maladies et épisode de soins.....	06
Figure n° 05 :	Déterminants de l'utilisation des services de santé.....	11
Figure n° 06 :	Les quatre niveaux d'intervention dans la prise en charge du risque social.....	14
Figure n° 07 :	Les diverses formes d'assurances.....	17
Figure n° 08 :	Situation géographique de la commune rurale d'Ambohimangakely.....	21
Figure n° 09 :	Diagramme de monitoring sur la vaccination.....	29
Figure n° 10 :	Diagramme de monitoring sur la planification familiale.....	31
Figure n° 11 :	Diagramme de monitoring sur la surveillance nutritionnelle.....	33
Figure n° 12 :	Diagramme de monitoring sur les consultations prénatales.....	35
Figure n° 13 :	Diagramme de monitoring sur les consultations et soins.....	37
Figure n° 14 :	Schéma de fonctionnement du système proposé de solidarité...	43
Figure n° 15 :	Modèle de Rogers pour l'apprentissage de changement de comportement.....	46

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

A T R	: Anti-rougeoleux
B C G	: Bacille de Calmette et Guérin
C A	: Couverture Adéquate
C C	: Couverture Contraceptive
C C C	: Communication pour le Changement de Comportement
C P	: Couverture des Pesées
C P N	: Consultation Prénatale
C S B 2	: Centre de Santé de Base niveau 2
D I U	: Dispositif Intra-utérin
D T C 3	: Diphtérie-Tétanos-Coqueluche 3
E C V	: Enfants Complètement Vaccinés
F A P	: Femmes en Age de Procréer
I E C	: Information, Education et Communication
M E	: Médicaments Essentiels
P E V	: Programme Elargi de Vaccination
P F	: Planification Familiale
S I D A	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
km	: Kilomètre
=	: Egal
%	: Pourcentage

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'utilisation des services de santé au niveau d'un secteur sanitaire dépend d'un certain nombre de facteurs qu'il faut toujours tenter d'identifier, afin de faciliter les actions d'amélioration de la santé des communautés.

Le paquet minimum de soins de santé primaires offert par un centre de santé de base du secteur public comporte des activités préventives comme la vaccination, la surveillance nutritionnelle, la planification familiale et les consultations prénatales. Mais il comporte également des activités curatives comme les consultations externes, le traitement des maladies courantes et les soins infirmiers.

Souvent, l'accès aux médicaments essentiels pose des problèmes dans beaucoup de pays en voie de développement, car la mise en place progressive d'un système de recouvrement des coûts au niveau de centres de santé empêche ceux qui n'ont pas suffisamment de capacité financière d'acquérir les médicaments dont ils ont besoin.

En conséquence, l'utilisation des services disponibles n'est pas toujours ce qu'on attend des communautés qui ont pourtant des problèmes de santé sinon connus du moins suspectés.

« Evaluation administrative des services offerts au CSB2 d'Ambohimangakely » est une étude qui a pour objectif principal de suggérer des éléments stratégiques susceptibles d'améliorer l'utilisation des services. Les objectifs spécifiques visent à identifier les services disponibles, à apprécier l'importance des problèmes d'utilisation et à mesurer le taux d'utilisation par les communautés.

L'étude va aborder dans un premier temps, les généralités sur l'utilisation des services, dans un deuxième temps, l'évaluation de l'utilisation des services de santé par les communautés à Ambohimangakely, et dans un troisième temps, les commentaires, discussions et suggestions.

PREMIERE PARTIE :
GENERALITES SUR L'UTILISATION
DES SERVICES

GENERALITES SUR L'UTILISATION DES SERVICES

1. LE CONCEPT D'UTILISATION

Le phénomène de l'utilisation résulte de l'interaction entre deux comportements : celui du patient qui demande un service de santé et celui du professionnel de santé qui dirige le malade dans le système de soins. Ainsi, certaines variables de l'utilisation correspondant plutôt à un comportement de l'individu malade, alors que d'autres sont en grande partie, sous le contrôle du médecin. Les variables de l'utilisation peuvent être divisées en deux groupes :

- les variables de l'utilisation de services demandée par le patient,
- les variables de l'utilisation de services contrôlée par le médecin.

1.1. Utilisation de services demandée par le patient (1)(2)(3)

L'utilisation de services demandée par le patient se manifeste :

- soit en réponse à une morbidité ressentie (consultations et traitements médicaux pour des symptômes, douleurs ou malaises) ;
- soit en réponse à une morbidité anticipée par l'individu (exemple : mammographie chez une femme de 45 ans ou plus, ayant des antécédents familiaux de cancer du sein (figure n° 01).

1.2. Utilisation de services contrôlée par le médecin

L'utilisation de services contrôlée par le médecin se manifeste :

- soit en réponse à une morbidité diagnostiquée et pour laquelle le patient consulte (confirmation médicale d'une morbidité ressentie), ou à une morbidité diagnostiquée de façon fortuite, non ressentie (exemple : découverte d'une hypertension artérielle à l'occasion d'une visite de routine ou au cours d'une consultation pour un autre motif) ;
- soit en réponse à une morbidité anticipée par le médecin, mais non ressentie ni anticipée par le patient (exemple : examens prescrits par le médecin en raison du risque individuel comme une radiographie pulmonaire chez un gros fumeur) (figure n° 02).

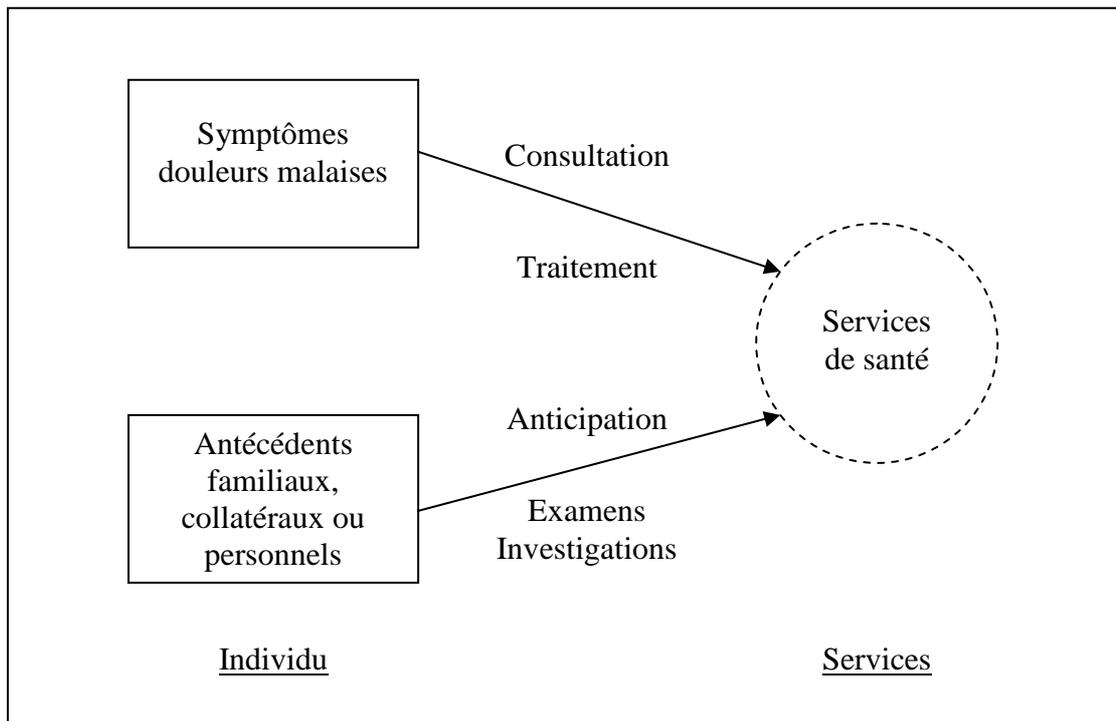


Figure n° 01 : Utilisation de services demandée par l'individu (3).

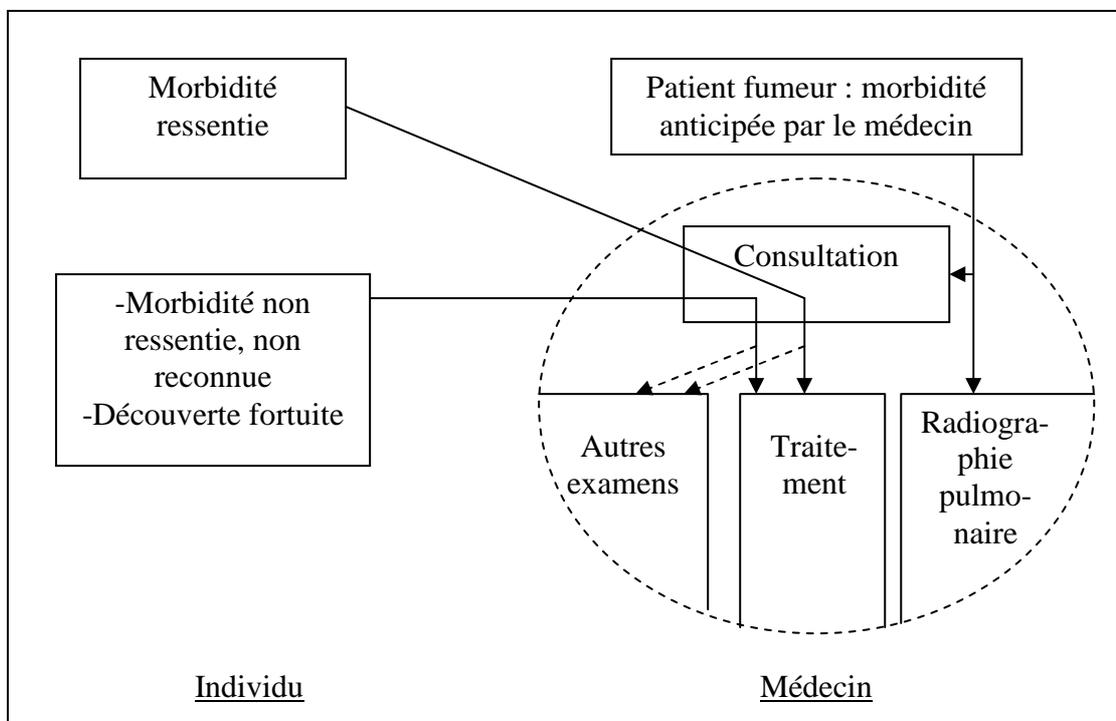


Figure n° 02 : Utilisation de services contrôlée par le médecin (3).

L'intérêt de cette typologie est de permettre de relier spécifiquement un comportement d'utilisation à un facteur déterminant.

Ainsi, la responsabilité de la première visite dans un épisode de soins peut être attribuée à l'individu. Toutes les actions qui vont être déclenchées par la suite, notamment les examens diagnostiques et les prescriptions de médicaments sont des comportements du professionnel de santé.

Il y a une interaction entre les caractéristiques des individus et celles des professionnels de la santé dans le domaine de l'utilisation des services. La distinction entre soins et services aide à clarifier le rôle respectif de l'individu et du professionnel dans la démarche de l'utilisation (figure n° 03). Le patient demande et utilise des soins de santé. Le médecin prescrit des services (4)(5)(6).

Les soins représentent un ensemble de services que le médecin prescrit pour ses malades. Mais les patients peuvent accepter ou refuser de les utiliser. Pour les malades, l'observance et la compliance traduisent le respect scrupuleux des directives données dans les prescriptions ; même si parfois, les patients ont du mal à suivre, ces derniers devraient, pour mener à terme leur traitement, faire preuve d'endurance et de souplesse adaptative dans la mesure du possible.

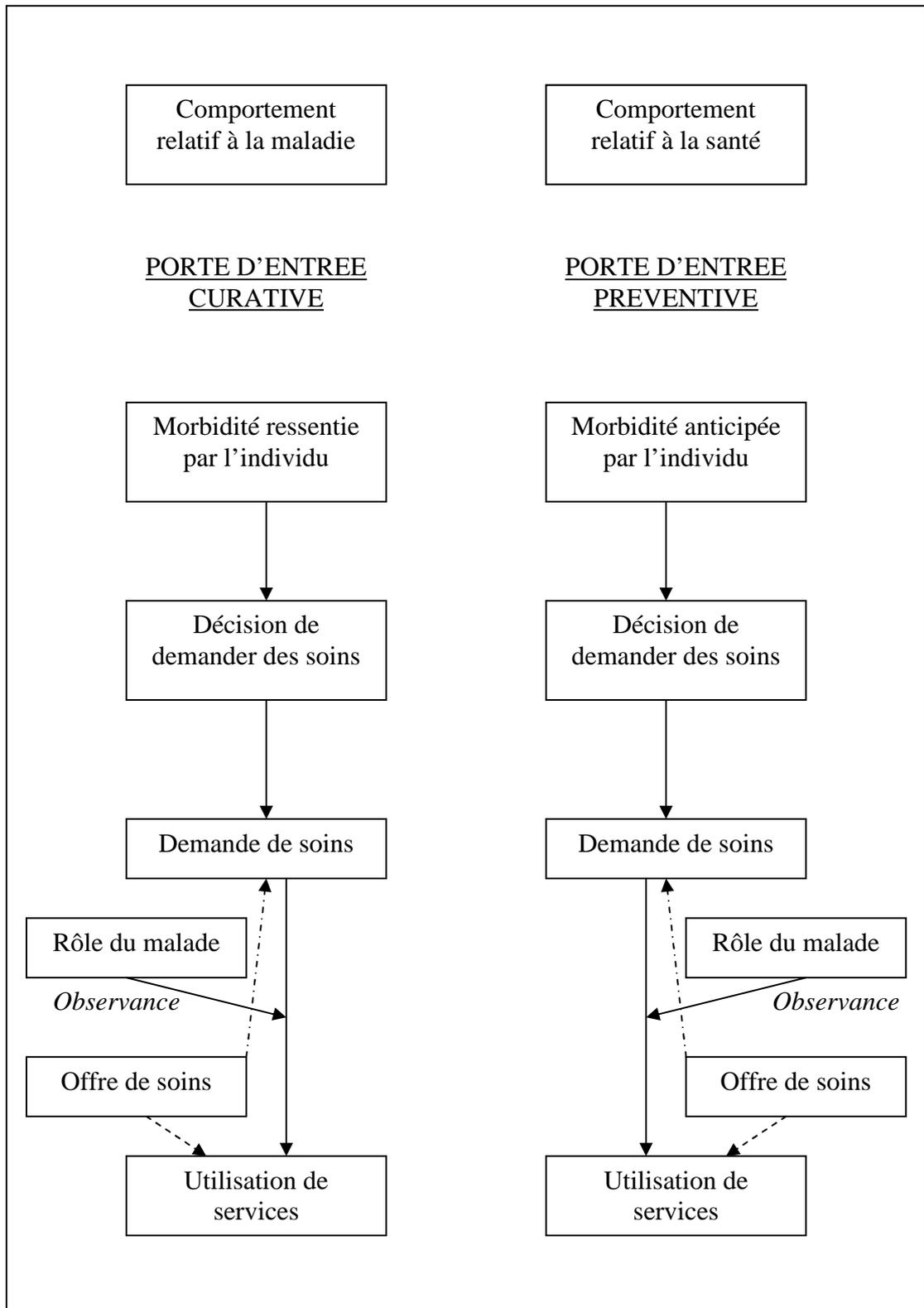


Figure n° 03 : Point de départ et démarche de l'utilisation des soins de santé (6).

2. MESURES DE L'UTILISATION

2.1. Notion d'épisode (6)

2.1.1. *Episode de maladie*

- Dans le cas d'une maladie à évolution rapide, l'épisode de maladie débute à un moment donné, augmente en intensité et se termine par la guérison, le décès ou quelques états intermédiaires (figure n° 04).

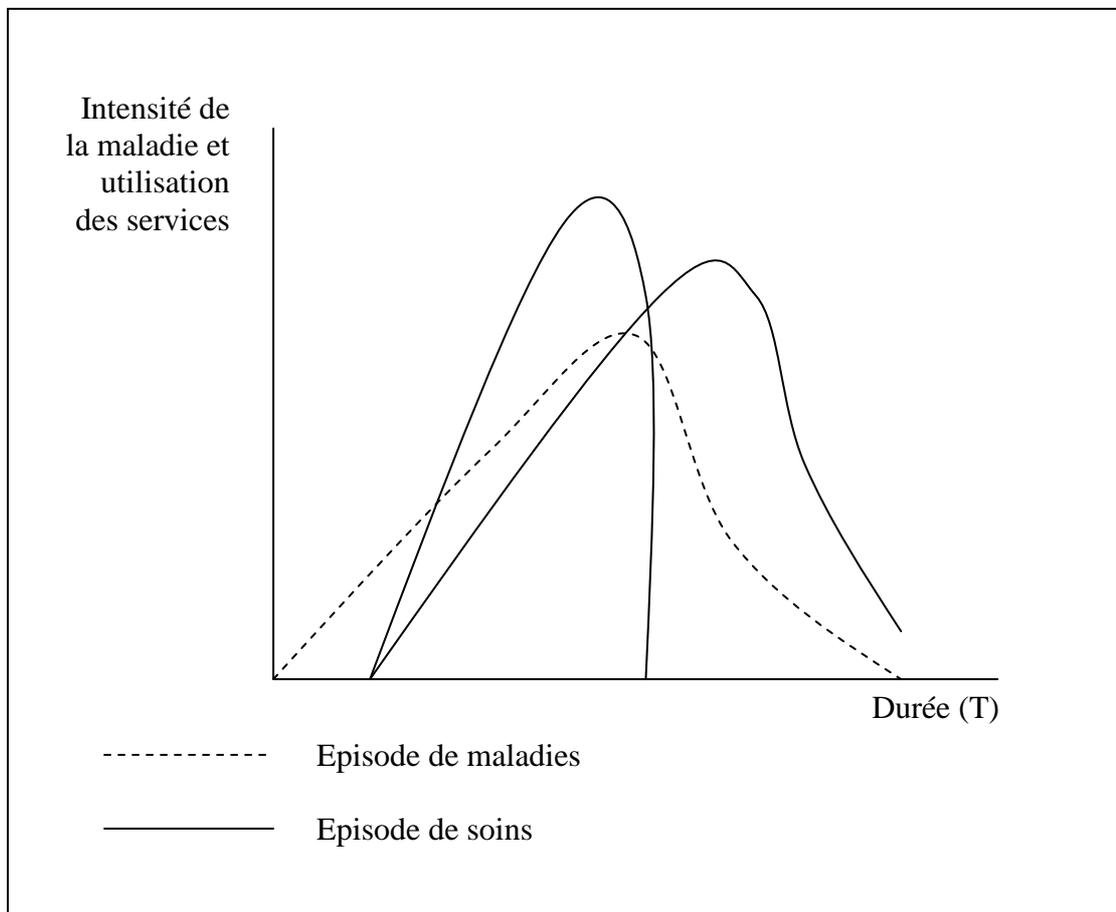


Figure n° 04 : Episode de maladies et épisode de soins (6).

- Dans le cas des maladies chroniques, l'épisode persiste et fluctue en intensité sans jamais réellement se terminer, jusqu'au décès.

2.1.2. Episode de soins

Selon Solon et ses collaborateurs, l'épisode de soins correspond à un ensemble de services rendus que l'on peut rattacher à un même épisode de maladie (figure n° 04). L'épisode de soins est important dans l'étude du comportement du médecin vis-à-vis de l'utilisation des services cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

Dans le cas d'une hospitalisation, l'épisode de soins s'exprime par le séjour moyen. Mais l'épisode de soins peut déborder avant et après le séjour à l'hôpital selon le cas des malades.

2.2. Indicateurs d'utilisation (7)

2.2.1. Indicateurs d'utilisation des services

Les statistiques des services de soins sont souvent données par type de service selon les tranches d'âge, le sexe, le diagnostic, le statut socio-économique et toute autre caractéristique sociale ou sanitaire des personnes utilisant les services de santé.

Les données les plus fréquemment utilisées sont celles qui portent sur les soins hospitaliers comme :

- le nombre de sorties pour 100.000 habitants,
- les journées de soins pour 100.000 habitants,
- la durée moyenne d'hospitalisation.

Les données fournies par les indicateurs permettent d'émettre certaines hypothèses explicatives sur les différences observées entre l'utilisation des services de deux ou plusieurs établissements de santé. Le tableau n° 01 montre quelques exemples d'indicateurs.

Tableau n° 01 : Les indicateurs d'utilisation (7).

Indicateur	Numérateur	Dénominateur population	Temps
Taux de consultations médicales	*Nombre de consultations à un médecin selon les différents types : - consultation initiale - reconsultation - endroit (cabinet, urgence, hôpital) - durée de consultation	Nombre de personnes	- Année - Episode
Taux d'interventions chirurgicales	*Nombre d'interventions chirurgicales	Personnes (par 1.000 ou 100.000)	Année
Taux d'examens diagnostiques	*Nombre d'examens diagnostiques (laboratoire, radiologie)	Personnes (par 1.000) consultations	- Année - Episode - Année
Taux de référence	*Nombre de cas dirigés à un autre médecin	Nombre de cas vus en consultation	- Année - Episode
Taux d'hospitalisation	*Nombre d'admissions à/ou de sorties de l'hôpital	Personnes (par 1.000)	- Année - Episode

2.2.2. Indicateurs d'utilisation des ressources

Les ressources sanitaires sont de quatre ordres :

- les ressources humaines,
- les ressources physiques,
- les ressources financières,
- les ressources temps.

De façon générale, on peut catégoriser les indicateurs de ressources de la façon suivante :

- indicateurs de la capacité de la ressource,
- indicateurs de l'emploi de la ressource,
- le rapport entre les 2 groupes précédents d'indicateurs.

Les indicateurs du deuxième groupe reflètent l'utilisation des ressources.

La capacité d'une ressource correspond à sa quantité disponible ou à sa capacité théorique de production. Dans un hôpital par exemple, il s'agit du nombre de lits dressés et du nombre potentiel de journées d'hospitalisation par année.

L'emploi de la ressource se réfère à la partie productive de la ressource, par exemple le nombre de lits occupés par des malades dans un hôpital, à un moment donné ou en moyenne, pendant une période de temps. Cette quantité de ressources peut s'exprimer également par les services effectivement produits, comme par exemple, le nombre de journées d'hospitalisation par année pour un hôpital donné.

2.3. Déterminants de l'utilisation (8)(9)(10)

Les principales catégories de facteurs déterminants de l'utilisation sont présentées au tableau n° 02.

Tableau n° 02 : Déterminants de l'utilisation des services de santé (10).

1. Facteurs reliés à la nature de la morbidité

- gravité
 - urgence
-

2. Facteurs reliés aux bénéficiaires

- démographiques et géographique (âge, sexe, région)
 - socio-économiques et culturels (éducation, revenu)
 - psychosociaux (attitudes, valeurs)
-

3. Facteurs reliés aux professionnels

- âge, sexe
 - nombre d'années écoulées depuis l'obtention du diplôme
 - spécialité
 - caractéristiques psychosociales
 - milieux de formation
-

4. Facteurs organisationnels

- pratique de groupe
 - hôpital (taille, spécialiste, nombre et pourcentage)
 - mode de rémunération
-

5. Facteurs institutionnels

- régime d'assurance-maladie
 - cadre régissant l'exercice des pratiques professionnelles (législations et règlementations)
 - quantité et type de ressources présentes
-

Les relations entre ces facteurs vis-à-vis de l'utilisation sont illustrées à la figure n° 05.

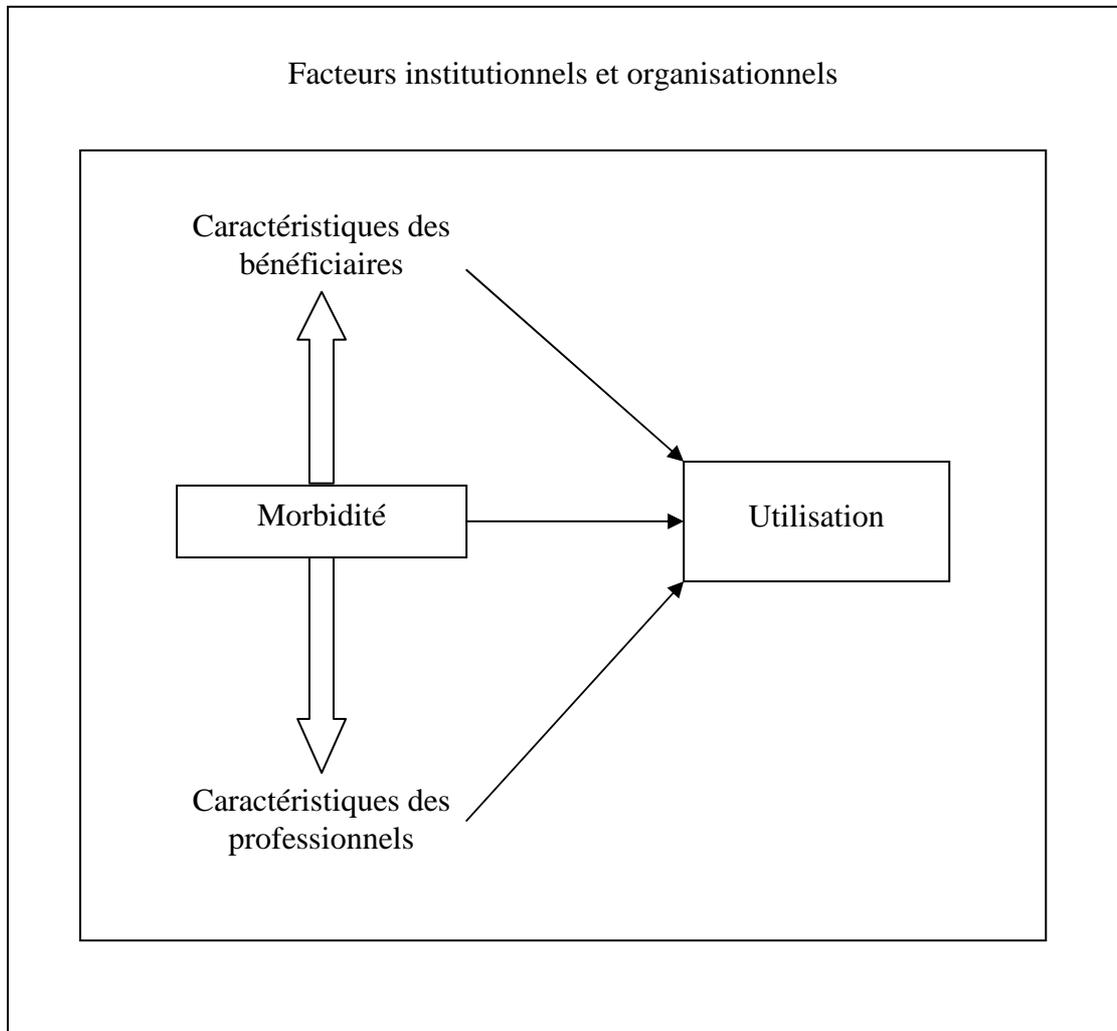


Figure n° 05 : Déterminants de l'utilisation des services de santé (10).

La nature de la morbidité présentée demeure le déterminant majeur de l'utilisation. Les caractéristiques des individus et des professionnels interviennent sur l'utilisation de façon différente, selon les phénomènes étudiés.

Par exemple, le sexe influence le niveau d'utilisation en faveur des femmes. La différence entre les hommes et les femmes concernant l'utilisation des services de santé est la plus grande entre 20 et 44 ans. Ceci correspond à la période de procréation.

3. LA PROTECTION SOCIALE

Lorsque les services offerts au niveau des centres de santé sont payants, l'utilisation des services dépend du coût de l'offre et de la capacité financière des usagers.

Actuellement, la conception de la protection sociale a tendance à se limiter à assurer une vie décente à chaque citoyen et à sa famille face à un risque social. Le risque social devient donc le dénominateur commun de la protection sociale.

L'identification la plus simple des signes sociaux peut se baser sur le retentissement économique sur le budget des ménages :

- soit en diminuant les revenus d'un ménage,
- soit en augmentant ses besoins, c'est-à-dire la consommation.

3.1. Les risques diminuant les revenus des ménages (11)(12)(13)

3.1.1. *La maladie*

La maladie entraîne une perte de revenu qui résulte de l'impossibilité temporaire d'exercer des activités professionnelles.

3.1.2. *La vieillesse*

La vieillesse réduit la capacité physique. Dans le passé, l'acquisition d'une expérience, d'une agilité manuelle ou de la force physique permettait l'accroissement des revenus dès le début de l'apprentissage jusqu'à une parfaite maternité professionnelle. A l'âge adulte, les travailleurs avaient une efficacité maximum dans leur activité, et ceci correspondait à un niveau de revenu élevé. Par la suite, la productivité allait en diminuant et les revenus s'en ressentaient, puisqu'ils dépendaient des tâches effectuées. C'est une situation qui prévaut encore dans les pays en développement, notamment chez les cultivateurs.

Actuellement, le problème se pose en des termes un peu différents car la plupart des actifs sont des fonctionnaires ou des salariés mensuels, dont les revenus

ne dépendent plus de la production réelle effectuée, mais sont en fonction de leur niveau hiérarchique d'emploi et de leur ancienneté dans l'établissement.

3.1.3. *L'invalidité*

L'invalidité par le handicap entraîne une diminution ou une perte de revenu.

3.1.4. *Les catastrophes naturelles*

Les catastrophes naturelles ont une répercussion négative sur les revenus des ménages.

3.1.5. *Le chômage*

Le chômage constitue à la fois un risque économique et un risque social qui n'affectent pas la force de travail. Il survient souvent à cause de circonstances économiques particulières, et non de la propre volonté de l'individu de ne pas travailler.

3.2. Les risques augmentant les besoins financiers des ménages

(14)(15)(16)

3.2.1. *La maladie*

La maladie augmente les besoins financiers par l'achat de biens et services médicaux et paramédicaux.

3.2.2. *Les enfants*

Les enfants constituent un risque socio-économique par l'exigence de nouvelles consommations. Certes, ce sont des événements heureux mais qui créent de nouveaux besoins au sein de revenus identiques, et provoque ainsi une diminution du revenu par tête.

3.3. La prise en charge du risque social

Quatre grands niveaux d'intervention peuvent être dégagés (figure n° 06).

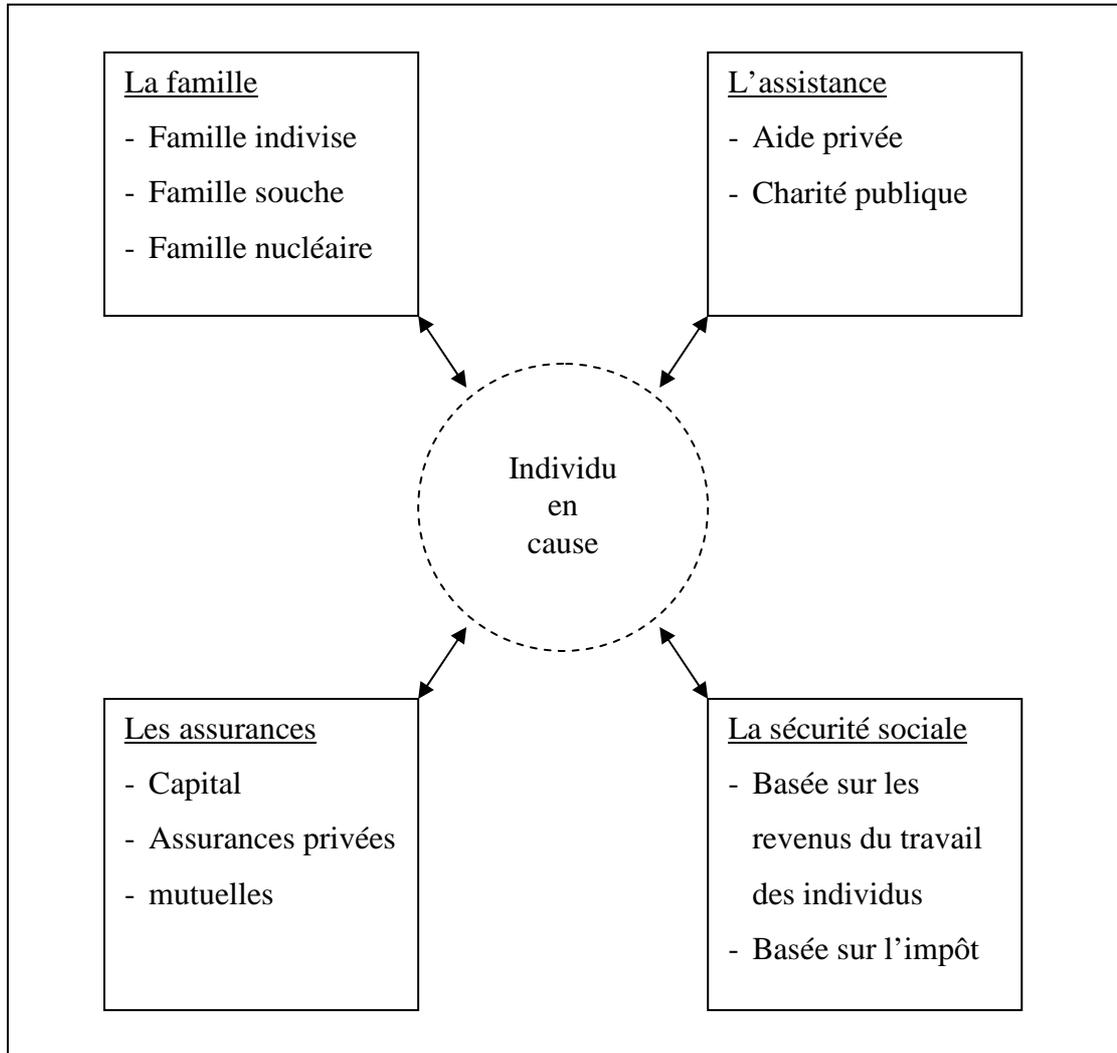


Figure n° 06 : Les quatre niveaux d'intervention dans la prise en charge du risque social (16).

3.3.1. La famille

La famille reste la pièce angulaire de la protection sociale, même si son importance a progressivement diminué.

3.3.1.1. *La famille indivise*

Elle comprend plusieurs générations vivant ensemble. La vie se situe dans un domaine commun à tous : les mariages sont endogames. Cette forme de famille évoque la tribu. Par la stabilité, la grandeur, elle joue un rôle dans l'entraide.

3.3.1.2. *La famille souche*

Elle comprend des enfants, des petits-enfants issus d'une même paire de grands-parents. Cette cohabitation intergénérationnelle implique qu'à chaque génération, il n'y ait qu'un seul couple constitué. De taille beaucoup plus restreinte, elle a pour objectif la transmission de la terre sans la morceler.

3.3.1.3. *La famille nucléaire*

La famille nucléaire ou même monoparentale comprend un ou deux parents et leurs enfants. Ces enfants quittent le milieu familial plus ou moins tôt.

En France par exemple :

- Les enfants doivent à leurs parents l'obligation alimentaire. Les frais supportés par les parents hospitalisés sont à la charge des enfants. Lorsque les parents sont insolvables et que les enfants le sont aussi, un juge répartit la charge au prorata des gains des enfants.
- La veuve ou le veuf bénéficie toujours d'une partie de la retraite de son conjoint décédé.
- L'état favorise le maintien de la protection sociale au sein de la famille, par la réduction d'impôt sur le revenu des personnes physiques qu'il octroie en fonction du quotient familial (du nombre de personnes vivant sur les revenus d'un ménage).

3.3.2. *L'assistance*

Elle exprime un sentiment de solidarité à l'égard des individus les plus déshérités d'une société.

3.3.2.1. *L'aide privée*

La charité privée présente deux principes de base :

- Elle est laissée au libre arbitre du donateur, tant dans le choix de la personne que dans les modalités d'aides.
- Elle peut varier dans le temps suivant l'humeur ou les capacités d'aide du donateur.

3.3.2.2. *La charité publique*

Depuis l'antiquité, certains Etats ont développé des aides aux plus déshérités, soit en vertu d'un humanisme, soit plus prosaïquement pour maintenir l'ordre public.

Actuellement, l'aide sociale correspond au relais de l'aide privée par l'Etat à chacun de ses membres qui se trouve dans le besoin.

Son domaine comporte deux ensembles distincts : l'aide sociale à l'enfance, s'occupant de la protection maternelle (avant et après l'accouchement), et infantile (enfants normaux, inadaptés, handicapés, ou abandonnés), et l'aide sociale générale.

Ces deux formes sont complémentaires ou substitutives du domaine de la sécurité sociale.

3.3.3. *Les assurances (17)*

Plutôt que de compter sur des libéralités ou des aides publiques, l'individu a essayé de se prémunir contre les conséquences financières des risques sociaux en créant un mécanisme d'indemnisation lors de l'apparition de l'un de ces risques.

3.3.3.1. *La constitution d'un capital*

Former un capital lors de la période d'activité professionnelle est une façon de se protéger contre les pertes de gains de la vieillesse, mais les risques santé et famille ne peuvent pas être pris en charge, car ils surviennent lors de la constitution du capital.

C'est un mécanisme d'autoprotection mais correspondant à une épargne individuelle de précaution ; elle nécessite de la part des individus, d'une part la capacité psychologique de considérer le futur comme un présent différé que l'on doit préparer, et d'autre part la capacité financière à constituer cette réserve.

3.3.3.2. *Les assurances privées à but lucratif*

Elles offrent, lors de la réalisation d'un risque déterminé, des indemnités ou un apport financier prévu à l'avance par contrat. Au préalable, des primes auront été versées ; celles-ci correspondent à l'éventualité du risque auquel on ajoute les frais de gestion et les bénéfices de l'assureur. Ce sont des sociétés commerciales.

3.3.3.3. *Les mutuelles*

Il s'agit d'une forme associative très ancienne regroupant des individus d'une même profession pour se protéger collectivement de certains risques ; cette association concernait des catégories sociales homogènes, le plus souvent soumises à des risques spécifiques et graves (figure n° 07).

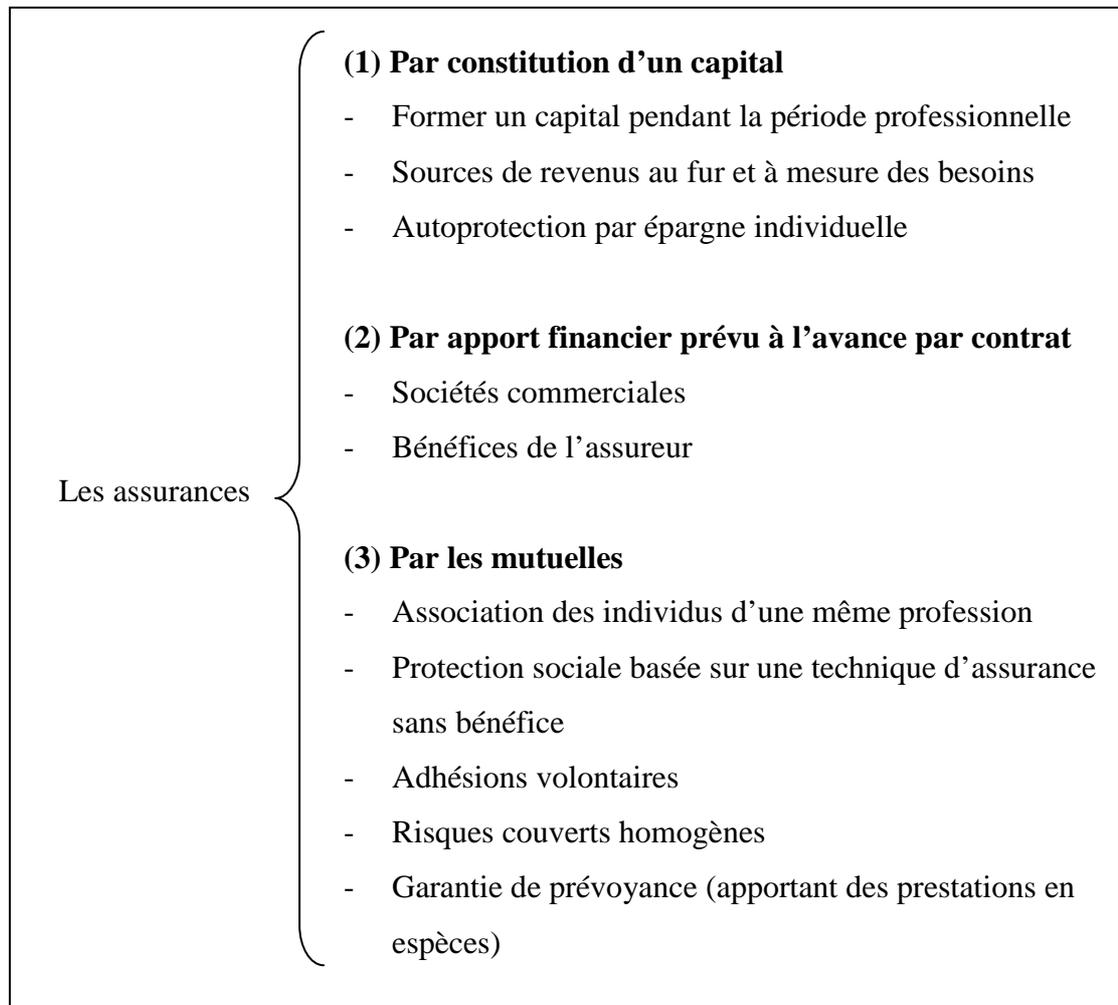


Figure n° 07 : Les diverses formes d'assurances (17).

Actuellement, en France par exemple, les mutuelles gardent un rôle important dans l'action sanitaire et sociale :

- couverture du ticket modérateur des biens et services médicaux,
- création de centres de soins, de maisons, de cure médicale ou de retraite.

3.3.4. La sécurité sociale

Ses principales caractéristiques en font le modèle le plus efficace et le plus social :

- Couverture en principe de l'ensemble de la population.
- Hétérogénéité des risques puisque toutes les catégories socioprofessionnelles sont représentées. Il n'y a aucune sélection.
- Obligation de cotiser.
- Principes de la répartition.

La répartition consiste en un versement de cotisations utilisées la même année pour les individus ayant présenté le risque préalablement défini. A la fin de l'année, les recettes ont couvert les dépenses. Cette notion s'oppose à la capitalisation qui est la constitution progressive d'un capital utilisé ultérieurement par le bénéficiaire.

On peut distinguer deux grands modèles de sécurité sociale.

3.3.4.1. Sécurité sociale basée sur les revenus du travail

L'obligation de cotiser reste identique pour tous mais, en raison de la variation des types de revenus, ce modèle insiste sur la relation entre prestations offertes et contributions (cotisations). Les risques peuvent être couverts séparément les uns des autres et le système peut être hétérogène, car on ne peut être couvert que si l'on a une activité professionnelle.

3.3.4.2. Sécurité sociale basée sur l'impôt

La couverture n'est pas liée au paiement préalable de cotisations mais au fait de vivre dans le pays de façon légale, et d'être dans la notion de besoins consécutifs à

un risque social défini. Les prestations sont uniformes, et la protection complémentaire par des modes assurantiels habituellement, est la seule solution pour garantir un revenu proche de la situation antérieure réelle du ménage, et non d'une moyenne pour tous, décidée par l'Etat.

En conclusion, la protection sociale permet l'épanouissement de la personnalité humaine par au moins deux mécanismes :

- D'une part, l'être humain a toujours souhaité une sécurité, une stabilité pour lui et sa famille ; la protection sociale est un élément compensateur qui lui assure cette stabilité.
- D'autre part, la protection sociale devrait être incitative de l'idée d'entreprendre, les besoins élémentaires étant couverts puisqu'il arrive.

DEUXIEME PARTIE :
UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES COMMUNAUTES
AU CSB2 D'AMBOHIMANGAKELY

UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES COMMUNAUTES AU CSB2 D'AMBOHIMANGAKELY

1. METHODOLOGIE

1.1. Lieu d'étude

1.1.1. *Le CSB2 d'Ambohimangakely*

La présente étude a été réalisée au CSB2 d'Ambohimangakely. Il s'agit d'un centre de santé de base implanté au chef lieu de la commune rurale du même nom, dans le district d'Antananarivo Avaradrano (figure n° 08).

Le CSB2 dispose d'une maternité et d'un dispensaire.

Le personnel est composé :

- d'un médecin généraliste,
- d'une sage-femme,
- de 2 infirmières,
- de 2 personnels d'appui,
- et d'une servante.

1.1.2. *Le secteur sanitaire*

- Le secteur sanitaire est représenté par la commune rurale d'Ambohimangakely. Il compte 17 fokontany avec 52.800 habitants (tableau n° 03).

- Dans le secteur sanitaire sont implantés une dentisterie et un hôpital adventistes.

- Dans le secteur sanitaire est limité :

- au Nord, par la commune rurale d'Atsimombohitra,
- à l'Est, par la commune rurale d'Ambohimalaza,
- au Sud, par la commune rurale d'Ambohimanambola et la commune rurale d'Alasora,
- à l'Ouest, par la commune rurale d'Ankadikely Ilafy.

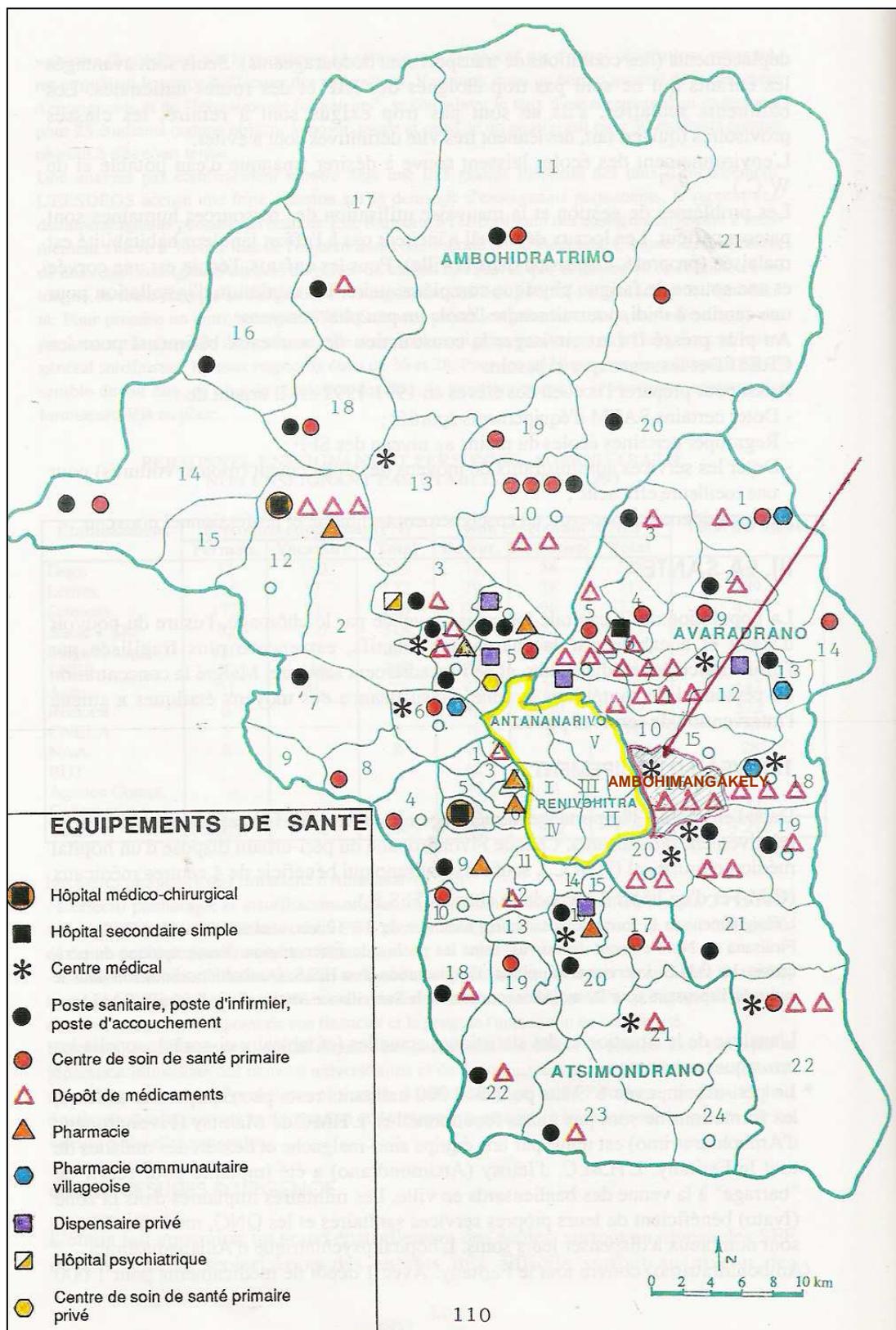


Figure n° 08 : Situation géographique de la commune rurale d'Ambohimangakely (18).

Tableau n° 03 : Répartition de la population selon le fokontany et les tranches d'âge.

N°	Fokontany	Effectif total	0 à 11 mois	0 à 5 ans	Femmes en âge de procréer	Femmes enceintes attendues
1	Ambohimangakely	4.914	137	638	1.130	216
2	Soamanandrarinny	4.525	117	565	1.027	203
3	Ambohimahitsy	3.988	119	57	889	175
4	Kianja	3.394	98	434	763	143
5	Antanambao	2.930	83	373	659	128
6	Ankadindambo	3.885	111	497	874	163
7	Tsarahasina	2.503	70	318	568	111
8	Betsizaraina	3.586	103	455	803	154
9	Antanetibe kianja	3.853	109	489	857	161
10	Behitsy	2.303	64	294	515	99
11	Betafo	2.230	61	283	499	94
12	Andonahakoana	1.740	48	222	391	75
13	Andranovao	3.407	95	435	756	147
14	Ambohitrombihavana	1.310	39	167	294	56
15	Ambohidehilahy	3.700	107	473	828	155
16	Soanierana	1.552	45	198	349	67
17	Ambohipiainana	2.980	89	378	670	128
	TOTAL	52.800	1.495	6.726	11.872	2.275

1.2. Méthode d'étude (19)(20)(21)

1.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective qui porte sur les services offerts par le CSB2 et leur utilisation par la population du secteur sanitaire.

1.2.2. Période d'étude

La période d'étude s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006.

1.2.3. Population d'étude et échantillonnage

L'étude concerne toute la population du secteur sanitaire d'Ambohimangakely. Il s'agit donc d'une étude exhaustive.

1.2.3.1. Critères d'inclusion

Sont retenus dans l'étude, en fonction des services étudiés :

- toute la population du secteur sanitaire pour les consultations et soins,
- les enfants de 0 à 11 mois pour le programme élargi de vaccination,
- les femmes en âge de procréer pour la planification familiale,
- les femmes enceintes attendues en 2006 pour les CPN,
- les enfants âgés de 0 à 5 ans pour la surveillance nutritionnelle,
- les personnes âgées de 15 ans pour l'IEC.

1.2.3.2. Critères d'exclusion

Les utilisateurs du CSB2 venant des autres communes ne sont pas retenus dans l'étude.

1.2.4. Technique d'approche

Afin de mieux apprécier l'utilisation des services, nous avons adopté une approche par les méthodes de monitoring en étudiant :

- Pour les services préventifs :
 - la planification familiale,
 - la consultation prénatale,
 - la vaccination,
 - la surveillance nutritionnelle.
- Pour les services curatifs : les consultations et soins.

Les déterminants se basent sur les indicateurs suivants :

Tableau n° 04 : Indicateurs pour le monitoring du 2^e semestre 2006 au CSB2
d'Ambohimangakely.

Intervention déterminante	Surveillance nutritionnelle	Planification familiale	Vaccination PEV infantiles	Consultation prénatale	Consultations et soins
Populations cibles	Enfants âgés de 0 à 5 ans	Femmes en âge de procréer	Enfants âgés de 0 à 11 mois	Femmes ayant accouché du 1 ^{er} juillet au 31 décembre 2006	Population totale
Disponibilité	Proportion de temps sans interruption des pesées lors du calendrier prévu	Proportion de temps sans rupture de stock de contraceptifs oraux, injectables et préservatifs	Proportion de temps sans rupture de stock de vaccin PEV	Proportion de temps sans rupture de stock de fer, acide folique et sulfadoxine pyriméthamine	Proportion de temps sans rupture de stock en aucun médicament de la liste de ME du CSB2
Accessibilité	Proportion de la population cible vivant à moins de 5km du CSB2	Idem	Idem	Idem	Idem
Utilisation	Proportion de la population cible ayant reçu au moins une séance de pesée	Proportion de la population cible ayant utilisé au moins 1 fois une méthode contraceptive	Proportion de la population cible ayant reçu au moins un vaccin du PEV	Proportion de la population cible ayant eu au moins une CPN	Proportion d'ordonnances prescrites

Couverture adéquate	Proportion d'enfants cibles pesés régulièrement	Proportion d'utilisatrices régulières	Proportion d'enfants cibles complètement vaccinés avant 12 mois	Proportion de la population cible ayant eu au moins 3 CPN	Proportion d'ordonnances servies complètement
Couverture effective	Couverture adéquate X score de qualité des pesées (99%)	Couverture adéquate X score de qualité (efficacité des contraceptifs : 99%)	Couverture adéquate X score de qualité (chaîne du froid + technique vaccinale ≈ 95%)	Couverture adéquate X score de qualité des CPN (chimio-prophylaxie ≈ 95%)	Couverture adéquate X score d'observance (90%)

1.2.5. *Recueil des données*

Les données ont été recueillies manuellement à partir des registres ou fiches de surveillance nutritionnelle, de planification familiale, de vaccination, de CPN et de consultation et soins.

1.2.6. *Saisie et traitement des données*

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

1.2.7. *Limites de l'étude et éthique*

- L'étude est limitée aux données disponibles et concerne les services visés.
- Elle ne reporte ni les noms, ni les prénoms, ni les adresses des sujets étudiés.

1.2.8. *Paramètres d'étude*

Les paramètres d'étude sont :

- les services disponibles au CSB2,
- la population totale du secteur sanitaire,
- pour les services de prévention disponibles :
 - ✓ Vaccination infantile
 - nombre d'enfants âgés de 0 à 11 mois,
 - disponibilité,

- accessibilité,
- utilisation,
- couverture adéquate,
- couverture effective.
- ✓ Planification familiale
 - nombre de femmes en âge de procréer,
 - disponibilité,
 - accessibilité,
 - utilisation,
 - couverture adéquate,
 - couverture effective.
- ✓ Consultation prénatale
 - nombre de femmes enceintes attendues,
 - disponibilité,
 - accessibilité,
 - utilisation,
 - couverture adéquate,
 - couverture effective.
- ✓ Surveillance nutritionnelle
 - nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans,
 - disponibilité,
 - accessibilité,
 - utilisation,
 - couverture adéquate,
 - couverture effective.
- Pour les services de consultations et soins :
 - la population cible (population du secteur sanitaire),
 - disponibilité des médicaments essentiels,
 - accessibilité,
 - utilisation,
 - couverture adéquate,
 - couverture effective.

2. RESULTATS

2.1. Les services disponibles au CSB2

Le CSB2 d'Ambohimangakely dispose :

- d'un paquet de services préventifs
 - vaccination,
 - consultation prénatale,
 - surveillance nutritionnelle,
 - planification familiale,
 - IEC,
- d'un service de maternité,
- d'un service de consultations et soins :
 - consultations externes,
 - distribution de médicaments essentiels.

2.2. L'étude de l'utilisation des services

L'étude de l'utilisation des services porte :

- Pour les services préventifs :
 - sur les vaccinations infantiles,
 - la consultation prénatale,
 - la planification familiale,
 - la surveillance nutritionnelle.

Les données sur l'IEC n'étant pas disponibles.

- Pour les services curatifs : sur les consultations et soins.
- Pour les services de maternité : les accouchements normaux.

2.2.1. Services préventifs

2.2.1.1. Les vaccins PEV

i) *Enfants de 0 à 11 mois* : nombre = 1.495.

Tableau n° 05 : Répartition des enfants de 0 à 11 mois selon les vaccins reçus au CSB2.

Dénomination	Nombre d'enfants cibles	Nombre d'enfants	TOTAL
	Vaccinés au CSB2	Cibles non vaccinés au CSB2	
BCG	768	727	1.495
DTC3	924	571	1.495
P3	951	544	1.495
ATR	1.016	479	1.495

ii) *Couverture vaccinale réalisée au CSB2*

- BCG : 51,4%
- DTC3 : 61,8%
- Polio : 63,6%
- ATR : 68%

iii) *Enfants complètement vaccinés avant 12 mois (ECV)*

759

$$ECV = \frac{\quad}{1.495} \times 100$$

1.495

ECV = 50,8%

iv) Les indicateurs des vaccinations PEV

Tableau n° 06 : Les indicateurs des vaccinations PEV.

Population cible	Enfants de 0 à 11 mois : 1.495	
Disponibilité	Proportion de temps sans rupture de stock de vaccins PEV : 100%	
Accessibilité	Fokontany situés à 5km ou plus du CSB2 Nombre : 7 Population cible : 561	Population cible située à moins de 5km du CSB2 : 934 soit 62,5%
Utilisation	Proportion de population cible ayant reçu au moins un vaccin du PEV : 68%	
Couverture adéquate (CA)	Proportion d'enfants cibles complètement vaccinés avant l'âge de 12 mois : 50,8%	
Couverture effective	<ul style="list-style-type: none"> Score de qualité de la chaîne du froid : 95% Couverture effective = CA x 95% = 48,3% 	

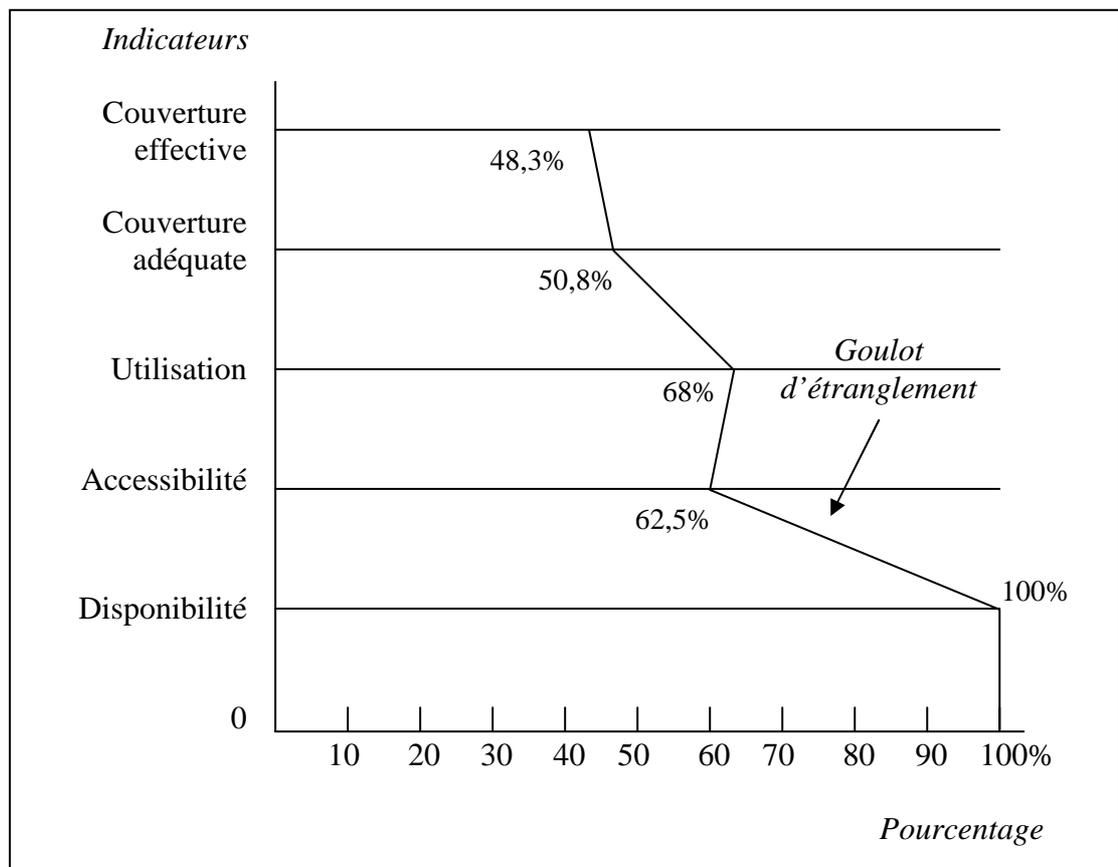


Figure n° 09 : Diagramme de monitoring sur la vaccination.

2.2.1.2. *La planification familiale*

i) Femmes en âge de procréer (FAP)

Nombre de FAP = 11.872

ii) Méthodes contraceptives disponibles

- Contraceptifs oraux
- Contraceptifs injectables
- DIU
- Préservatifs : condom

iii) Nombre d'utilisatrices

Nombre = 1.983

Tableau n° 07 : Répartition des utilisatrices PF selon l'assiduité et régularité.

Dénomination	Nombre	Pourcentage
Utilisatrices régulières	1.826	92,1
Utilisatrices irrégulières	157	7,9
TOTAL	1.983	100%

- 7,9% des utilisatrices sont irrégulières.

iv) Couverture contraceptive (CC)

CC = 16,7%

v) *Les indicateurs de la planification familiale*

Tableau n° 08 : Indicateurs de PF.

Population cible	FAP : 11.872
Disponibilité	Produits contraceptifs disponibles : 365 jours = 100%
Accessibilité	Pourcentage de population cible vivant à 5km ou plus du CSB2 : 7.374 soit 62,1%
Utilisation	Pourcentage de FAP ayant utilisé au moins 1 fois une méthode contraceptive : 16,7%
Couverture adéquate	Pourcentage d'utilisatrices régulières : $\frac{1.826}{11.872} \times 100 = 15,4\%$
Couverture effective	15,4% x 99% = 15,2%

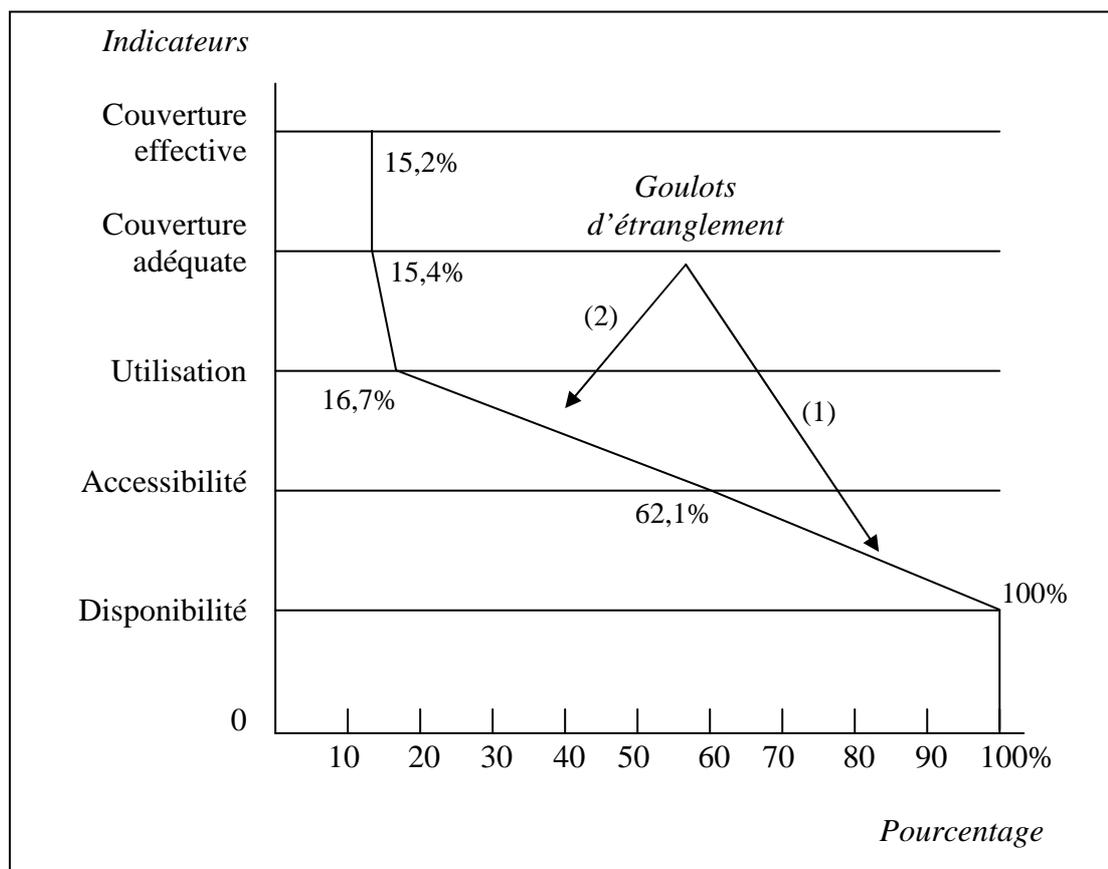


Figure n° 10 : Diagramme de monitoring sur la planification familiale.

2.2.1.3. *La surveillance nutritionnelle**i) Enfants cibles :*

Nombre d'enfants cibles de 0 à 5 ans : 6.726

ii) Nombre total d'enfants pesés

Nombre : 861

Tableau n° 09 : Répartition des enfants pesés selon leur régularité.

Dénomination	Nombre	Pourcentage
Enfants pesés régulièrement	597	69,3
Enfants irréguliers aux séances de pesées	264	30,7
TOTAL	861	100%

iii) Couverture des pesées (CP)

$$CP = \frac{861}{6.726} \times 100$$

CP = 12,8%

iv) Indicateurs

Tableau n° 10 : Les indicateurs de surveillance nutritionnelle.

Population cible	6.726 enfants de 0 à 5 ans
Disponibilité	Pourcentage de temps sans interruption des pesées lors du calendrier prévu : 100%
Accessibilité	Pourcentage de population cible vivant à 5km ou plus du CSB2 : Nombre = 4.184 ; Pourcentage = 62,2%
Utilisation	Pourcentage d'enfants cibles ayant reçu au moins 1 pesée : 12,8%
Couverture adéquate	Pourcentage d'enfants cibles pesés régulièrement : 8,9%
Couverture effective	8,9% x 99% = 8,8%

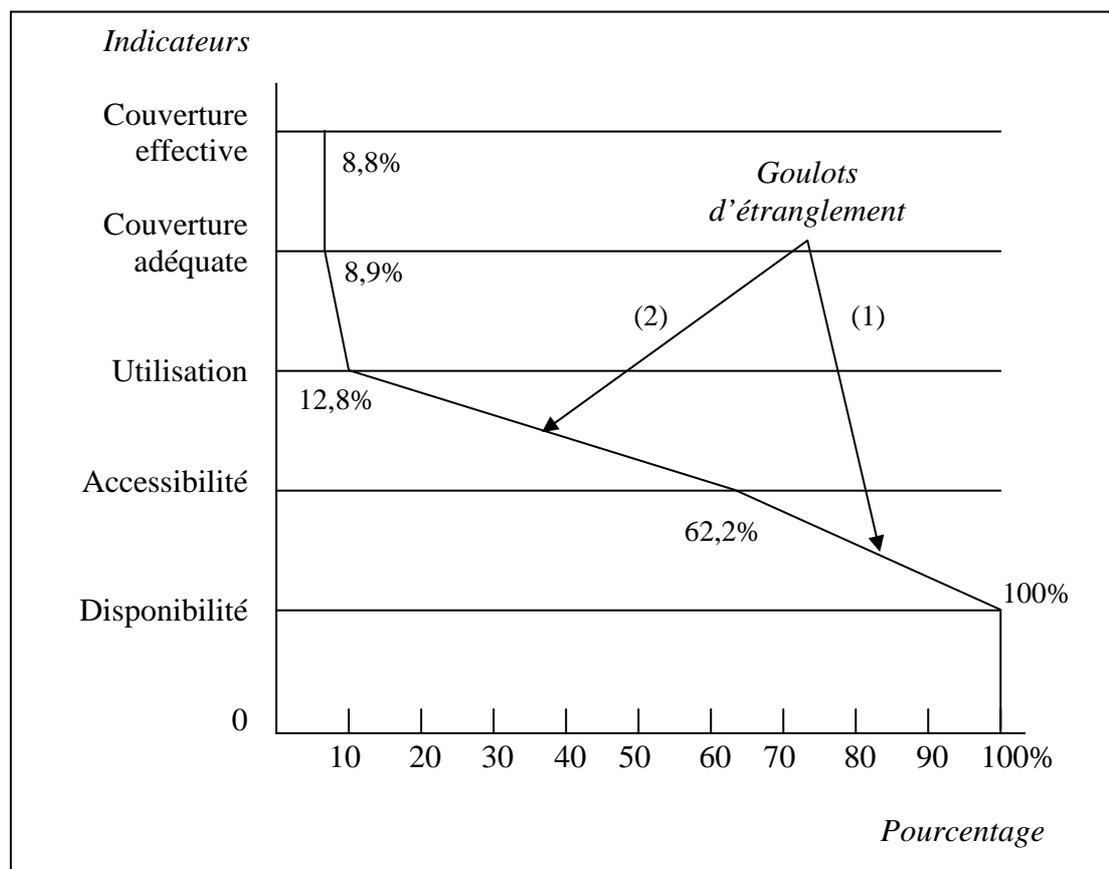


Figure n° 11 : Diagramme de monitoring sur la surveillance nutritionnelle.

2.2.1.4. *Les consultations prénatales*

i) Population cible

Femmes enceintes attendues : 2.275

ii) Nombre de femmes enceintes vues en CPN

Nombre = 1.215

Tableau n° 11 : Répartition des femmes enceintes vues en CPN selon le nombre de CPN réalisé.

Dénomination	Nombre	Pourcentage
Moins de 4 CPN	586	48,2
4 CPN ou plus	629	51,8
TOTAL	1.215	100%

iii) Couverture 4 CPN

CCPN4 : 27,6%

iv) Indicateurs

Tableau n° 12 : Indicateurs de consultations prénatales.

Population cible	Nombre de femmes enceintes : 2.275
Disponibilité	Pourcentage de temps sans rupture de stock en fer (acide folique) et sulfadoxine pyriméthamine : 100%
Accessibilité	Pourcentage de femmes enceintes vivant à moins de 5km du CSB2 : 61,8%
Utilisation	Femmes enceintes ayant eu au moins 1 CPN : 1.215 soit 53,4%
Couverture adéquate	Femmes enceintes ayant eu au moins 4 CPN : 629 soit 27,6%
Couverture effective	$27,6\% \times 95\% = 26,2\%$

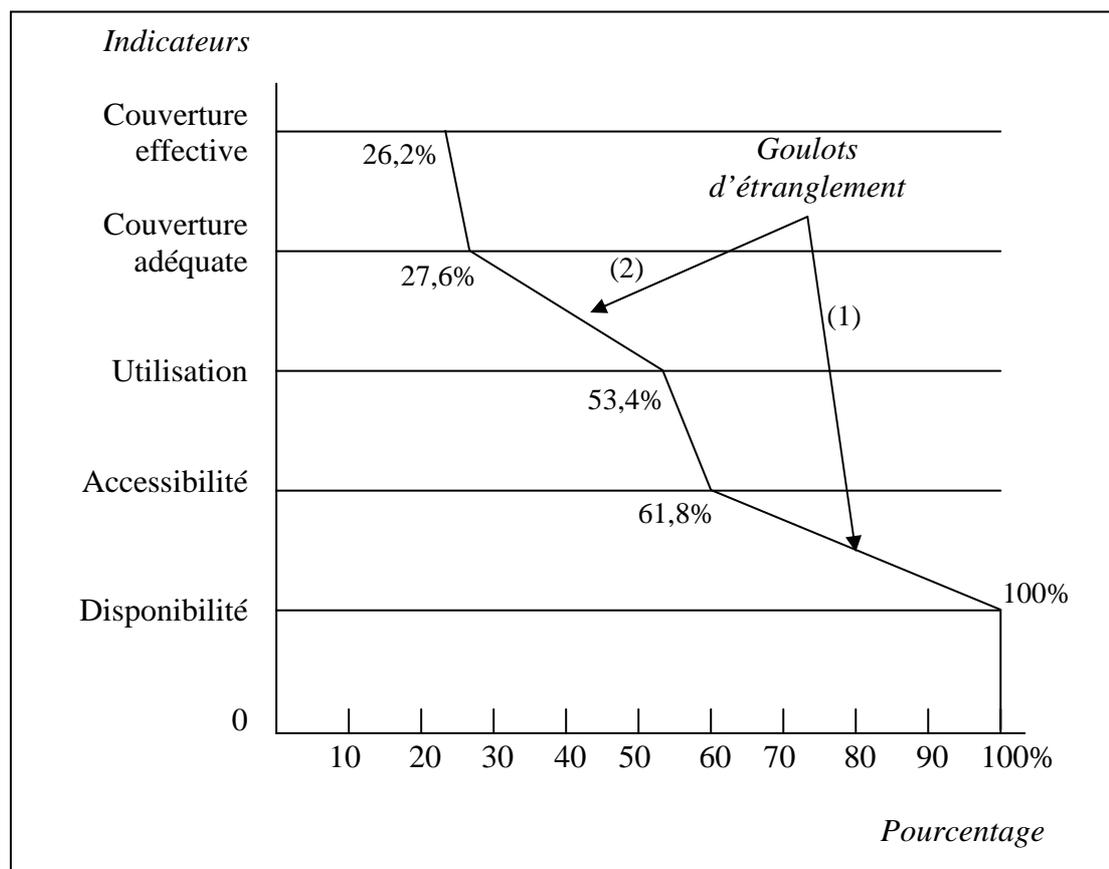


Figure n° 12 : Diagramme de monitoring sur les consultations prénatales.

2.2.2. Services curatifs

Consultations et soins.

i) *Effectif de la population du secteur sanitaire*

52.800 habitants

ii) *Nombre de consultations réalisées*

Nombre : 8.157

Tableau n° 13 : Nombre d'ordonnances prescrites servies et non servies.

Dénomination	Nombre	Pourcentage
Ordonnances servies	7.520	92,2
Ordonnances non servies	637	7,8
TOTAL	8.157	100%

iii) *Indicateurs*

Tableau n° 14 : Indicateurs de consultations et soins.

Population cible	52.800 habitants
Disponibilité	Pourcentage de temps sans rupture de stock d'aucun médicaments de la liste de médicaments essentiels : 321 jours : 87,9%
Accessibilité	Population vivant à moins de 5km du CSB2 : 32.762 soit 62%
Utilisation	Pourcentage d'ordonnances prescrites en 2006 : 100%
Couverture adéquate	Pourcentage d'ordonnances servies : 92,2%
Couverture effective	$92,2\% \times 90\% = 83\%$

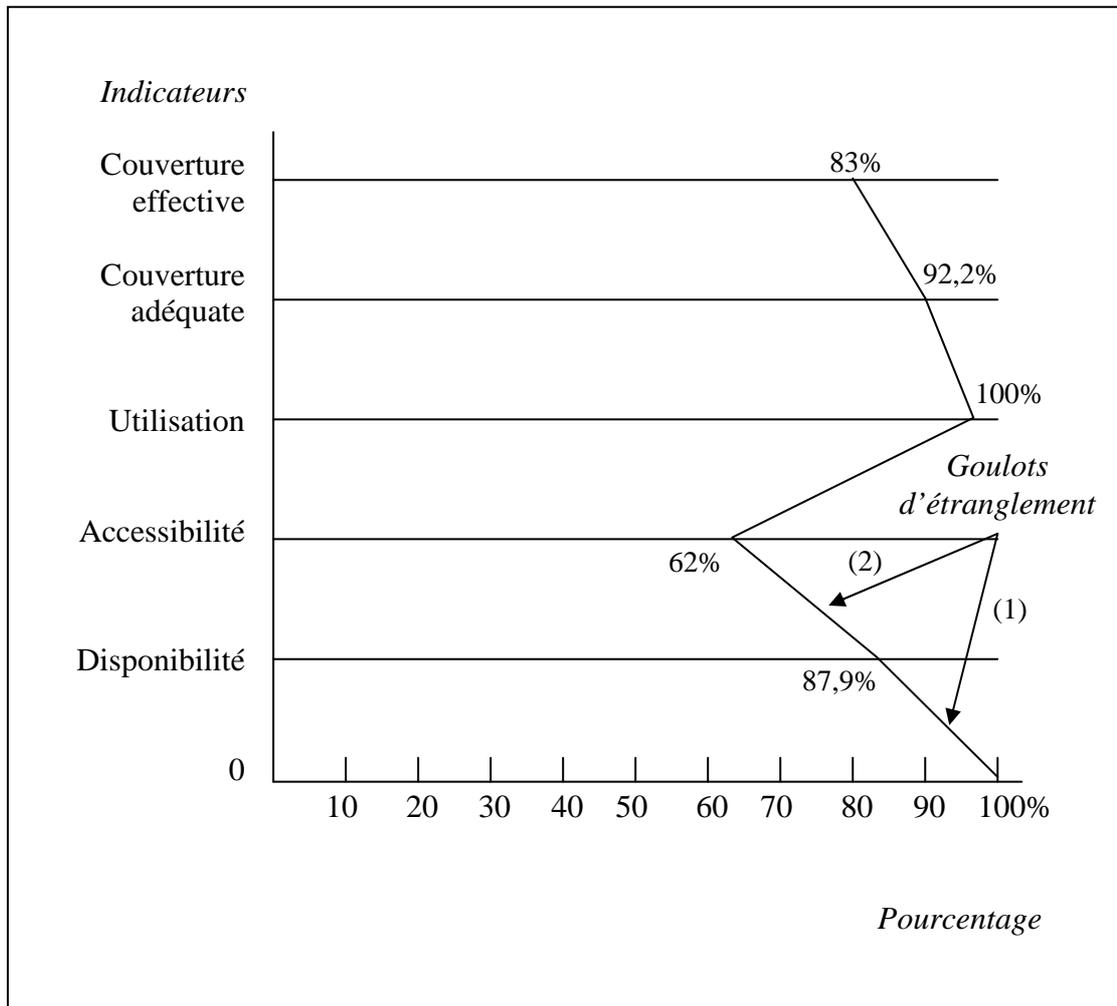


Figure n° 13 : Diagramme de monitoring sur les consultations et soins.

TROISIEME PARTIE :
COMMENTAIRES, DISCUSSIONS
ET SUGGESTIONS

COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

L'évaluation des services offerts au CSB2 concerne la disponibilité des moyens, l'accessibilité géographique et financière, l'utilisation des services, la couverture adéquate et la couverture effective. Ceci correspond aux indicateurs utilisés habituellement dans le monitoring des activités de soins de santé primaires.

Dans notre étude, l'évaluation porte sur :

- la vaccination,
- la planification familiale,
- la surveillance nutritionnelle,
- les consultations prénatales,
- les consultations et soins.

1.1. La vaccination

Les résultats de notre étude montrent que le secteur sanitaire d'Ambohimangakely compte en 2006, 1.495 enfants de 0 à 11 mois. La couverture vaccinale globale des vaccins du programme élargie de vaccination est de 50,8% (enfants complètement vaccinés avant 12 mois). La figure n° 09 présente un diagramme du monitoring sur la vaccination. Le diagramme montre que l'approvisionnement en vaccins du PEV a été réalisé correctement en fonction des besoins du service. Le goulot d'étranglement se situe au niveau de l'accessibilité géographique. En effet, 62,5% des enfants cibles seulement sont domiciliés à moins de 5km du CSB2. L'utilisation de service est de 68%. Les enfants vaccinés au CSB2 d'Ambohimangakely sont essentiellement ceux qui ont une accessibilité géographique acceptable (à moins de 5km du CSB2). Les autres vont plutôt à Antananarivo ou vers les CSB2 environnants comme les CSB2 d'Ambohimalaza et d'Ambohipo.

La couverture adéquate de 50,8% n'est pas encore satisfaisante. Comme au niveau national, la couverture vaccinale des enfants âgés de moins d'un an (enfants complètement vaccinés) a été de 53% en 2005, le problème n'est apparemment pas seulement dans le secteur d'Ambohimangakely (22).

1.2. La planification familiale

Sur 11.872 femmes en âge de procréer, notre étude montre que la couverture contraceptive réalisée au CSB2 est de 16,7%. Il n'y a pas eu de rupture de stock concernant les produits contraceptifs en 2006. Mais le problème d'accessibilité géographique demeure, doublé par un autre problème qui concerne l'utilisation avec un taux bas qui dénote une progression difficile du développement de la planification familiale. Ici encore, le problème est général puisque au niveau national, la couverture contraceptive n'a été que de 18% en 2005 (22).

1.3. La surveillance nutritionnelle

Avec le même problème d'accessibilité géographique que les 2 activités précédentes, la surveillance nutritionnelle couvre à peine 12,8% des enfants de 0 à 5 ans du secteur sanitaire. L'irrégularité aux séances de pesées rend plus difficile le maintien des enfants surveillés dans la zone du « chemin de la santé nutritionnelle ». Les insuffisances socio-économiques de la population essentiellement rurale aggravent la situation. Le fait de ne pas avoir la majorité des enfants cibles aux séances de pesées ne permet pas au CSB2 d'Ambohimangakely d'avoir une idée suffisamment précise sur la situation nutritionnelle pour adopter les mesures efficaces de redressement qui s'impose.

1.4. La consultation prénatale

Le CSB2 d'Ambohimangakely dispose d'une maternité qui devrait motiver les femmes enceintes à utiliser les services de CPN du centre de santé.

Les résultats de notre étude montrent que sur 2.275 femmes enceintes attendues en 2006, 1.215 seulement utilisent le service de CPN, soit 53,4%. Les femmes enceintes qui réalisent 4 CPN représentent 27,6% de la totalité du groupe cible. La couverture adéquate est donc encore nettement insuffisante. Ceci résulte en partie des problèmes d'accessibilité. Le tableau n° 12 et la figure n° 12 montrent clairement que les 2 goulots d'étranglement portent respectivement sur l'accessibilité d'abord, avec seulement 61,8% de femmes enceintes qui ont un accès facile aux services de CPN et sur la couverture adéquate ensuite. Cette situation peut s'expliquer par l'insuffisance d'information du groupe cible (les femmes enceintes se contentent de une ou deux CPN seulement), et par l'inadéquation des jours et heures de CPN avec le temps libre des femmes enceintes.

1.5. Les consultations et soins

En 2006, 8.157 malades ont été vus en consultation externe au CSB2. Les ordonnances servies sont au nombre de 7.520, ce qui représente 92,2% de la totalité des ordonnances prescrites. Il existe donc 7,8% des malades qui n'arrivent pas à acquérir les médicaments dont ils ont besoin au CSB2. Le peu de revenu que la population arrive à gagner limite pour une partie de la population la capacité financière, et ne permet pas d'acheter les médicaments requis quand la maladie se présente.

En résumé, notre étude a permis de mettre en évidence pour tous les services offerts, un problème d'accessibilité géographique de la population du secteur sanitaire d'Ambohimangakely.

L'utilisation des services disponibles est nettement insuffisante pour la planification familiale et pour la surveillance nutritionnelle. Chez les femmes enceintes, la réalisation de 4 CPN pour chaque grossesse est encore loin d'être satisfaisante. Pour les consultations et soins, le problème se situe essentiellement au niveau de la disponibilité des médicaments essentiels, au niveau de l'accessibilité et au niveau de la capacité financière qui ne permet pas toujours aux malades d'acquérir les médicaments dont ils ont besoin.

2. SUGGESTIONS

Afin d'améliorer l'utilisation des services et les réponses aux demandes de soins de santé dans le secteur sanitaire d'Ambohimangakely, nos suggestions portent sur :

- la mise en place d'un centre de santé accessible aux fokontany éloignés,
- l'adoption d'un système adapté de solidarité,
- une information plus développée de la population sur les soins offerts au niveau des centres de santé.

2.1. Mise en place d'un centre de santé accessible aux fokontany éloignés

2.1.1. *Objectif*

L'objectif est de permettre à la population d'avoir une accessibilité géographique acceptable (moins de 5km à parcourir) aux soins de santé de base (23)(24).

Dans le secteur sanitaire d'Ambohimangakely, 7 fokontany souffrent particulièrement de ce problème d'accessibilité. L'ouverture d'un centre de santé dans un de ces fokontany apportera sans doute une amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation des services de soins de santé primaires.

Nous proposons la mise en place d'un centre de santé à Ambohidehilahy un fokontany peuplé de 3.700 habitants.

2.1.2. *Services proposés*

Que ce centre de santé soit un CSB1 (tenu par un infirmier et une sage-femme), ou un CSB2 (doté d'un médecin), les services offerts devraient satisfaire aux exigences du paquet de soins de santé primaires :

- des activités préventives :
 - IEC,

- planification familiale,
- surveillance nutritionnelle,
- consultations prénatales,
- vaccination,
- un service de maternité,
- un service curatif qui assure les consultations externes, les soins et la distribution des médicaments.

2.2. Adoption d'un système de solidarité

2.2.1. Objectif

L'objectif est de mettre en place un système d'entraide pour permettre aux malades de chaque fokontany d'avoir tous les médicaments nécessaires aux soins (figure n° 14).

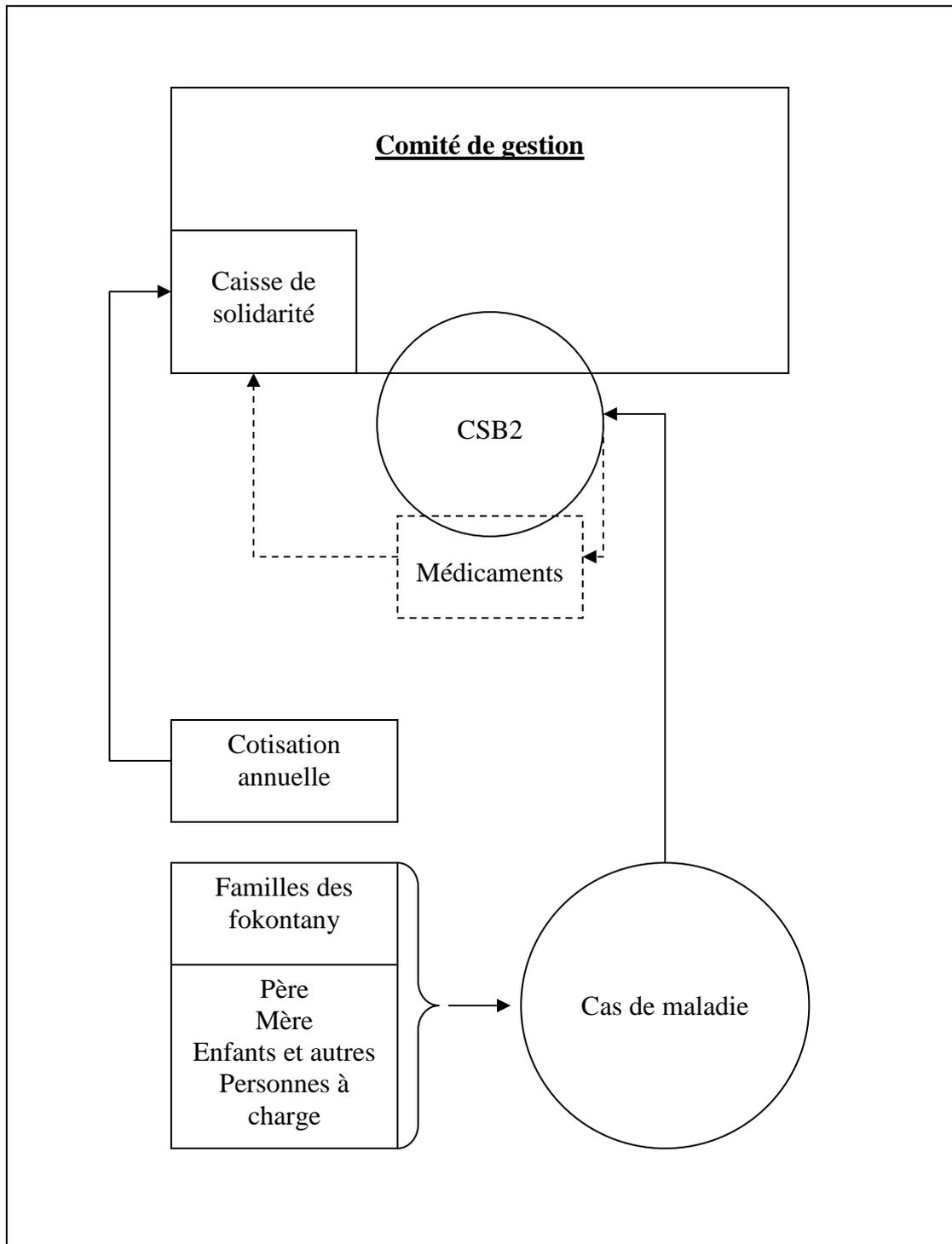


Figure n° 14 : Schéma de fonctionnement du système proposé de solidarité.

2.2.2. Principes

- Le principe de l'entraide repose sur l'aide qu'il faut apporter à un malade cotisant si ce dernier doit acheter des médicaments prescrits par le médecin de leur centre de santé pour une maladie non chronique.
- Le montant de la cotisation est de 6.000 ariary par famille par an. Les membres directs de chaque famille (conjoint, enfants de moins de 18 ans) sont bénéficiaires s'ils sont malades.
- La caisse de solidarité est gérée par un comité de gestion composé du médecin du centre de santé et de 4 autres personnes élues par la population du fokontany.

2.2.3. Mode de fonctionnement

Le malade cotisant doit remplir les conditions suivantes pour bénéficier de l'aide de la caisse de solidarité (lui et les membres de sa famille) :

- se soigner au centre de santé du secteur où le médecin membre du comité de gestion exerce,
- les médicaments prescrits coûtent plus de 5.000 ariary,
- avoir fait recours moins de 4 fois à la caisse de solidarité pendant l'année en cours (pour chaque famille),
- avoir payé sa cotisation de l'année en cours,
- le carnet de santé est visé à chaque fois par le médecin prescripteur et le dispensateur de médicaments,
- chaque aide apportée est fixée à 2.000 ariary,
- si le cotisant a besoin de plus d'argent, la caisse peut prêter jusqu'à 20.000 ariary mais elle doit être remboursée dans les 6 mois qui suivent, en espèces ou en nature par le contractant.

Ce système d'entre aide est surtout important pendant la période de soudure.

2.3. Une information plus développée de la population sur les soins offerts (25)(26)

2.3.1. Objectif

L'objectif est d'informer la population sur les types de soins qu'on donne au niveau du centre de santé et sur le système de fonctionnement du centre.

Il est important que la population connaisse l'existence des activités préventives en ce qui concerne la vaccination, la planification familiale, le suivi de la grossesse et la surveillance nutritionnelle, et que le centre de santé n'est pas seulement fait pour soigner les malades.

Les avantages que présente l'accouchement à la maternité du centre de santé doivent être bien compris, ainsi que ceux du dépistage des pathologies de la grossesse par le biais des consultations prénatales.

2.3.2. Stratégies

L'information de la population doit être faite par :

- les techniques de l'IEC (Information, Education et Communication) dont la CCC (Communication pour le Changement de Comportement) ;
- des séances individuelles au centre de santé sous forme de conseils personnalisés ;
- des séances d'IEC par groupe au centre de santé selon un programme qui s'étale sur toute l'année. Elles porteront sur des sujets précis comme la vaccination, les maladies infectieuses (diarrhées, rougeole... etc), le SIDA, les infections sexuellement transmissibles, la malnutrition et la planification familiale ;
- des séances d'IEC menées au niveau des fokontany (stratégie mobile) à raison d'une séance par trimestre par fokontany.

2.3.3. Modèle d'apprentissage pour le changement de comportement

Le modèle de Rogers préconise une approche progressive pour aboutir au changement de comportement visé. Le modèle distingue 5 étapes principales (figure n° 15).

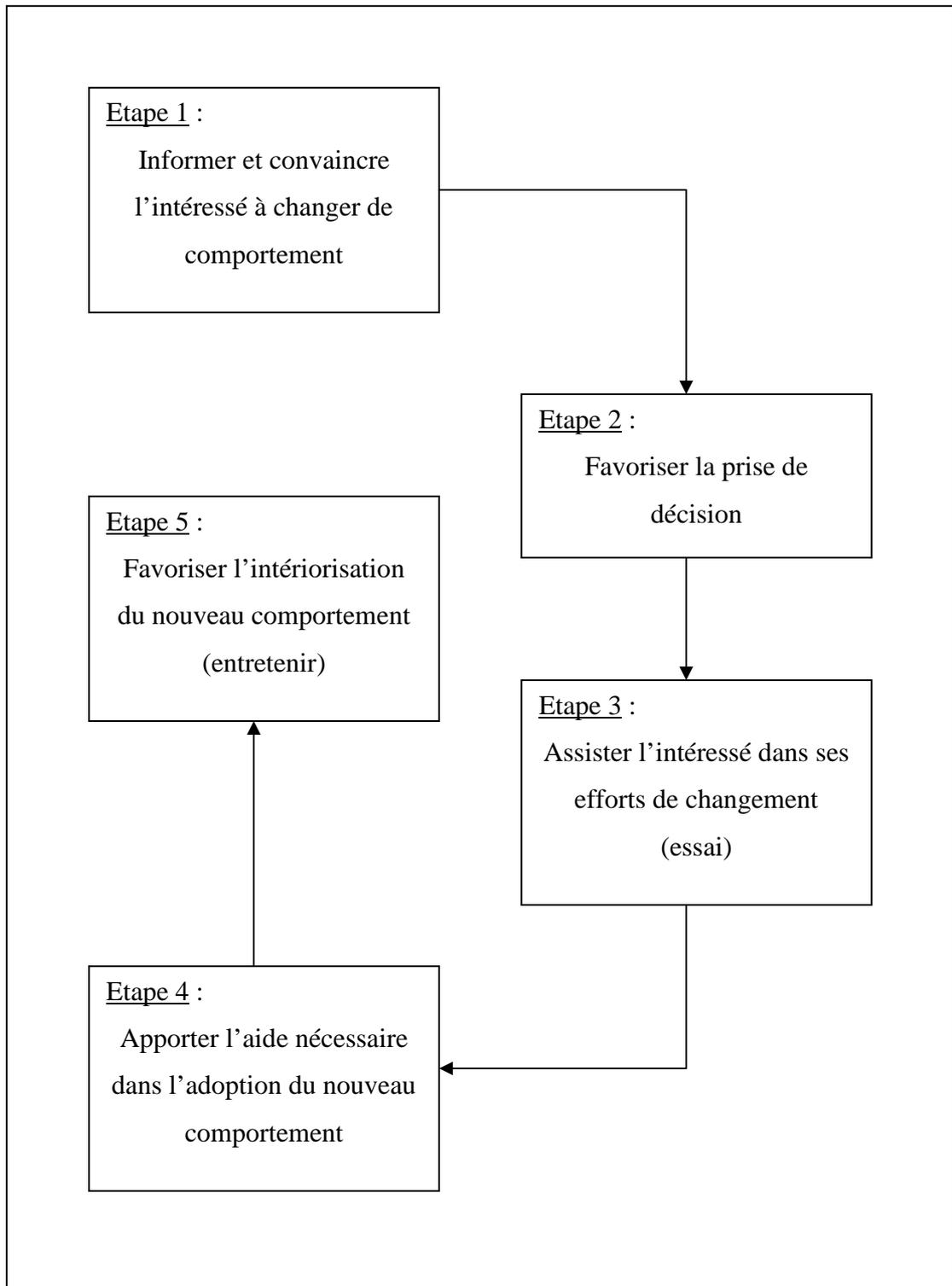


Figure n° 15 : Modèle de Rogers pour l'apprentissage de changement de comportement.

2.3.3.1. *Etape 1 : Informer et convaincre*

Pour chaque comportement visé (par exemple : l'utilisation des méthodes contraceptives), il faut :

- Informer la personne intéressée sur :
 - le but de la contraception,
 - les avantages,
 - les inconvénients (notamment les effets secondaires),
 - les différentes méthodes disponibles.
- Convaincre l'intéressée en lui faisant comprendre :
 - qu'il n'y a pas de danger,
 - que la méthode est réversible (la grossesse est possible après l'arrêt de la pratique des méthodes contraceptives disponibles au centre de santé),
 - que la planification familiale n'est pas un avortement.

2.3.3.2. *Etape 2 : Favoriser la prise de décision*

Conseiller à la femme de venir au centre de santé avec son conjoint ou aller les voir à domicile, pour faciliter la prise de décision.

2.3.3.3. *Etape 3 : Assister le sujet dans ses efforts de changement*

- L'assistance s'appuie sur :
 - des facteurs facilitateurs qui précèdent le comportement et qui permettent l'actualisation de la motivation. Parmi ces facteurs, on peut distinguer le système de rendez-vous, et la qualité de l'accueil ;
 - des facteurs de renforcement consécutif au comportement : distribution de calendrier, de prospectus chaque fois que la femme vient au rendez-vous PF.

2.3.3.4. *Etape 4 : Apporter l'aide nécessaire à l'adoption du comportement*

Le plan d'adoption correspond au moment où l'individu décide de continuer ou de rejeter le comportement. C'est l'utilisation continue de l'innovation. Ici, le « feed-back » psychomoteur est important. Il s'agit de l'amélioration du point de vue

psychomoteur, suite aux conseils du responsable de service : prise régulière de pilule chaque matin (observance), présence aux rendez-vous fixés.

2.3.3.5. Etape 5 : Favoriser l'intériorisation

Il s'agit de l'intégration du comportement à une valeur de l'individu. A cette phase, le comportement est valorisé. L'individu ne fait pas seulement le comportement pour plaire au service de planification familiale, mais parce qu'il correspond à une valeur fondamentale pour lui.

CONCLUSION

CONCLUSION

La présente étude s'est intéressée à l'analyse et à l'évaluation des services effectués au niveau du CSB2 d'Ambohimangakely, une formation sanitaire de base publique qui dessert une population essentiellement rurale.

Les résultats de l'étude ont montré que le centre de santé offre des services qui correspondent au contenu du paquet minimum d'activités, recommandé par l'organisation mondiale de la santé composé d'activités préventives (information, éducation et communication, planification familiale, vaccination, surveillance nutritionnelle, et consultations prénatales), d'accouchements normaux et d'activités curatives (consultations externes, soins et distribution de médicaments essentiels).

La mise en œuvre du paquet minimum d'activités rencontre divers problèmes qui lèsent souvent l'utilisation des services offerts. Ces problèmes se rapportent surtout à la disposition des médicaments et à l'accessibilité financière, à l'accessibilité géographique et à l'insuffisance d'information sur les maladies et les moyens de se protéger.

Afin d'améliorer la situation dans le secteur sanitaire d'Ambohimangakely, nos suggestions ont porté sur trois points essentiels :

- La première suggestion concerne la mise en place d'un centre de santé nouveau à Ambohidehilahy, afin d'améliorer l'accessibilité géographique aux soins de santé de base de la population.
- La deuxième suggestion porte sur la mise en place d'un système adapté de solidarité. Il s'agit d'aider la population à avoir une meilleure accessibilité aux médicaments surtout pendant la période de soudure.
- La dernière suggestion se rapporte à une meilleure information de la population. Cette suggestion fait appel à l'utilisation de l'IEC et à l'adoption du modèle d'apprentissage de Rogers, pour mieux atteindre les objectifs de changement de comportement.

La population rurale, compte tenu de l'ignorance, des difficultés d'accès aux soins de base et des insuffisances socio-économiques mérite une attention particulière quant à l'amélioration de son état de santé.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Bonnevie P. The concept of health. A sociomedical approach. *Scand J Soc Med*, 1999 ; 12 : 41-43.
2. Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. San Francisco : Jossey-Bass, 2001.
3. Pomey MP, Poullier JP, Lejeune B. *Santé publique*. Paris : Ellipses, 2000.
4. Caldwell JC. Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review*, 1998 ; 122 : 171-220.
5. Dever GEA. An epidemiological model for health. *Policy Analysis, Soc Ind Res*, 1996 ; 14 : 465.
6. Dab W. *La décision en santé publique, la surveillance épidémiologique, urgences et crises*. Paris : Rennes ENSP, 1996.
7. Boyer J, Hemon D, Cordier S et Coll. *Epidémiologie, Principes et méthodes quantitatives*. Paris : INSERN, 2001.
8. Mazer A, Sankale M. *Guide de médecine en Afrique et Océan Indien*. Edicef, 1999.
9. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social economic status and disease. *Annual Review of Public Health*, 2001 ; 8 : 111-135.
10. Kleiber C. *Questions de soins. Sciences politiques et sociales*. Suisse : Payot Lausanne, 1991.
11. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and Health. *Science*, 1998 ; 241 : 540-545.
12. Garenne M, Cantrelle C, Diop I. *Le Sénégal. La lutte contre la mort*. PUF, 2001 ; 108 : 307-330.
13. Ferland M, Paquet G. *L'influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien être*. Presses Univers, 2004.

14. Drulhe M. Santé et société, sociologie d'aujourd'hui. Paris : PUF, 2006.
15. Clément S, Grand A, Grand-Filaire A. L'aide aux personnes vieillissantes. Paris : INSERM, 1998.
16. Foucauld JB. Le financement de la protection sociale. Paris : La documentation française, 2005.
17. Auray JP, Duru G. Les fondements théoriques de l'évaluation en économie de la santé. Lacassagne, 2001.
18. Ministère de l'économie et du Plan. Régions et développement. Antananarivo : Durasset, 1991.
19. Champagne F, Contandriopoulos AP, Pineault R. Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé. Rev épidem, San Pub, 2003 ; 33 : 173-181.
20. Rougemont A, Brunet-Jailly G. Planifier, Gérer, Evaluer la santé en pays tropicaux. Paris : DOIN/ACCT, 1999.
21. Gentilini M. Médecine tropicale. Paris : Médecine-sciences, Flammarion, 1998.
22. Ministère de la Santé et du Planning Familial. Politique Nationale de la santé de l'enfant. Antananarivo Madagascar : MIN/SAN/PF, 2005.
23. Acodess. La place et le rôle de l'Hôpital en Afrique. Actes J Int d'Abidjan, 1998.
24. <http://www.unaids.org/> Information et communication sur le SIA. Site du département HIV/AIDS de l'Université John Hopkins USA. Année 2000.
25. Bury JA. Education pour la santé. De Boeck Université, 2001.
26. Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux. Sciences Sociales et Santé, 1999 ; 111 : 1067.

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 mamoafady na hanamoràna famitàn-keloka.

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

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

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

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha 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 RAMAKAVELO Maurice Philippe**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : **Professeur RAJAONARIVELO Paul**

Name and first name : ANDRINJANAHARY Lalaina Fidiarilala

**Title of the thesis : “ADMINISTRATIVE ASSESSMENT OF SERVICES
OFFERED THE HBC2 OF AMBOHIMANGAKELY”**

Heading : Public Health

Number of figures : 15 Number of pages : 49

Number of tables : 14 Number of bibliographical references : 26

SUMMARY

“Administrative assessment of services offered the HBC2 of Ambohimangakely” is a survey that has for objective to suggest some strategic elements susceptible to improve the use of services.

It is a retrospective survey that uses techniques of monitorage on the preventive and curative activities led to the HBC2 in 2006.

Results of the survey show a vaccinal cover to 50,8%, a contraceptive cover to 16,7%, a cover of weighed to 12,8%, and a cover in CPN of 27,6%. Consultations and cares are characterized by 7,8% of prescribed orders non served.

Problems met in the use of services are essentially problems of availability of the essential medicines, geographical and financial accessibility and information.

Our suggestions are about the implantation of a new center of health for fokontany situated to more than 5km of Ambohimangakely, on the setting up of a solidarity system in the hold in charge of medicine costs, and on the development of widened adequate information.

Key-words : Availability - Accessibility - Use - adequate Cover - efficient Cover of cares.

Director of the thesis : Professor RAMAKAVELO Maurice Philippe

Reporter of the thesis : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Address of author : Bloc 34 porte 3 Cité des 67Ha Nord-Est – TANA 101

Nom et Prénoms : ANDRINJANAHARY Lalaina Fidiarilala

**Titre de la thèse : « EVALUATION ADMINISTRATIVE DES SERVICES
OFFERTS AU CSB2 D'AMBOHIMANGAKELY »**

Rubrique : Santé publique

Nombre de figures : 15 **Nombre de pages : 49**

Nombre de tableaux : 14 **Nombre de références bibliographiques : 26**

RESUME

« Evaluation administrative des services offerts au CSB2 d'Ambohimangakely » est une étude qui a pour objectif de suggérer des éléments stratégiques susceptibles d'améliorer l'utilisation des services.

C'est une étude rétrospective qui utilise les techniques de monitoring sur les activités préventives et curatives menées au CSB2 en 2006.

Les résultats de l'étude montrent une couverture vaccinale à 50,8%, une couverture contraceptive à 16,7%, une couverture de pesées à 12,8%, et une couverture en CPN de 27,6%. Les consultations et soins se caractérisent par 7,8% d'ordonnances prescrites non servies.

Les problèmes rencontrés dans l'utilisation des services sont essentiellement des problèmes de disponibilité des médicaments essentiels, d'accessibilité géographique et financière et d'information.

Nos suggestions portent sur l'implantation d'un nouveau centre de santé pour les fokontany situés à plus de 5km d'Ambohimangakely, sur la mise en place d'un système de solidarité dans la prise en charge des coûts des médicaments, et sur le développement d'une information adéquate plus élargie.

Mots-clés : Disponibilité – Accessibilité – Utilisation – Couverture adéquate – Couverture effective des soins.

Directeur de thèse : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Adresse de l'auteur : Bloc 34 porte 3 Cité des 67Ha Nord-Est – TANA 101