

## SOMMAIRE

	<b>Pages</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>01</b>
<b>PREMIERE PARTIE :</b> <b>GENERALITES SUR LE DISTRICT</b> <b>DE SANTE</b>	
<b>1. Système de santé dans les pays en développement.....</b>	<b>03</b>
1.1. Le niveau central.....	03
1.2. Le niveau intermédiaire.....	03
1.3. Le niveau du district.....	03
<b>2. Les soins de santé primaires.....</b>	<b>05</b>
2.1. Définition.....	05
2.2. Cadre de mise en œuvre.....	05
<b>3. Le district de santé.....</b>	<b>06</b>
3.1. Définition.....	06
3.2. Le système de santé de district.....	06
3.3. Un paquet minimum de santé au niveau du district.....	08
3.3.1. Un paquet intégré de santé basé sur la déclaration d'Alma- Ata.....	09
3.4. Planification et gestion du district.....	11
3.4.1. Le concept de plan de santé du district.....	11
3.4.2. Identification des problèmes de santé.....	13
3.4.3. Détermination des objectifs, cibles, stratégies.....	14
3.4.4. Programmation et budgétisation des activités.....	16
<b>DEUXIEME PARTIE :</b> <b>ANALYSE DES ACTIVITES DU DISTRICT DE SANTE</b> <b>DE BRICKAVILLE</b>	
<b>1. Cadre d'étude.....</b>	<b>17</b>
1.1. Présentation générale du district de santé de Brickaville.....	17

1.1.1. Situation géographique et climatique.....	17
1.1.2. Démographie.....	19
1.1.3. Les formations sanitaires.....	19
1.2. Le Bureau de Santé du District ou BSD.....	19
1.2.1. Organisation.....	21
<b>2. Méthodologie.....</b>	<b>22</b>
2.1. Méthode d'étude .....	22
2.2. Paramètre d'étude.....	22
<b>3. Résultats.....</b>	<b>23</b>
3.1. Organisation du district de santé.....	23
3.2. Le personnel.....	25
3.3. Au niveau des CSB2 et CSB1.....	27
3.4. Au niveau du CHD1.....	37

### **TROISIEME PARTIE :**

### **COMMENTAIRES, DISCUSSIONS**

### **ET SUGGESTIONS**

<b>1. Commentaires et discussions.....</b>	<b>38</b>
1.1. Organisation du District de santé.....	38
1.2. Le paquet santé pour tous.....	38
1.3. Les activités contenues dans le paquet santé pour tous.....	39
1.3.1. Au niveau des CSB2 et CSB1.....	39
1.3.2. Au niveau du CHD1.....	40
<b>2. Suggestions.....</b>	<b>40</b>
2.1. Développement de l'IEC.....	41
2.2. Le renforcement des activités préventives.....	43
2.3. Amélioration de l'accessibilité aux soins de base et de la qualité des soins.....	44
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>46</b>

### **BIBLIOGRAPHIE**

## LISTE DES TABLEAUX

N° D'ORDRE	INTITULE	Pages
Tableau n° 1 :	Exemple de classement des priorités sanitaires dans le district « X ».....	14
Tableau n° 2 :	Exemples d'objectifs, cibles, stratégies, activités et indicateurs.....	15-16
Tableau n° 3 :	Situation du personnel du SSD.....	25
Tableau n° 4 :	Situation des activités préventives.....	27
Tableau n° 5 :	Situation des accouchements.....	32
Tableau n° 6 :	Situation des consultations externes.....	33
Tableau n° 7 :	Les ordonnances prescrites et ordonnances servies.....	34
Tableau n° 8 :	Les recettes P.F.U.....	36
Tableau n° 9 :	Activités d'Hospitalisation.....	37
Tableau n° 10 :	Consultations externes, accouchements analyse de laboratoire et soins dentaires.....	37

## LISTE DES FIGURES

N° D'ORDRE	INTITULE	Pages
<b>Figure n° 1 :</b>	Cadre de développement sanitaire.....	<b>04</b>
<b>Figure n° 2 :</b>	Le système de santé du district.....	<b>07</b>
<b>Figure n° 3 :</b>	Paquet minimum santé pour tous au niveau du district.....	<b>09</b>
<b>Figure n° 4 :</b>	Processus gestionnaire pour le développement sanitaire du district.....	<b>12</b>
<b>Figure n° 5 :</b>	Le district de santé de Brickaville.....	<b>18</b>
<b>Figure n° 6 :</b>	Les formations sanitaires du district sanitaire de Brickaville..	<b>20</b>
<b>Figure n° 7 :</b>	Le bureau de santé de district de Brickaville.....	<b>21</b>
<b>Figure n° 8 :</b>	Organisation du système de santé de district de Brickaville...	<b>24</b>
<b>Figure n° 9 :</b>	Diagramme des besoins en personnel du SSD de Brickaville.	<b>26</b>
<b>Figure n° 10 :</b>	Diagramme de la couverture en CPN.....	<b>28</b>
<b>Figure n° 11 :</b>	Diagramme de couverture PF.....	<b>29</b>
<b>Figure n° 12 :</b>	Diagramme de la couverture vaccinale en BCG.....	<b>30</b>
<b>Figure n° 13 :</b>	Diagramme de la couverture vaccinale DTCP.....	<b>30</b>
<b>Figure n° 14 :</b>	Diagramme de la couverture vaccinale ATR.....	<b>31</b>
<b>Figure n° 15 :</b>	Diagramme de la couverture de pesées.....	<b>31</b>
<b>Figure n° 16 :</b>	Diagramme de la situation des accouchements.....	<b>32</b>
<b>Figure n° 17 :</b>	Diagramme de la situation des consultations externes.....	<b>33</b>
<b>Figure n° 18 :</b>	Diagramme des ordonnances prescrites et ordonnances servies.....	<b>35</b>
<b>Figure n° 19 :</b>	Stratégie fixe proposée pour les activités d'IEC.....	<b>41</b>
<b>Figure n° 20 :</b>	Stratégie mobile proposée pour les activités d'IEC.....	<b>42</b>
<b>Figure n° 21 :</b>	Couvertures proposées pour les activités préventives.....	<b>43</b>

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

<b>ATR</b>	: Vaccin Antirougeoleux
<b>BSD</b>	: Bureau de santé du district
<b>BCG</b>	: Bacille de Calmette et Guérin
<b>CE</b>	: Consultation externes
<b>CHD1</b>	: Centre Hospitalier de District du niveau 1
<b>CSB2</b>	: Centres de Santé de Base du niveau 2
<b>CPN</b>	: Consultation Pré-Natale
<b>DTCP</b>	: Vaccin contre la Diphtérie, Tétanos, Coqueluche + Polio
<b>EMAD</b>	: Equipe Médicale d'Appuis de District
<b>IEC</b>	: Information, Education et Communication
<b>FKT</b>	: Fokontany
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>PEV</b>	: Programme Elargi de Vaccination
<b>PF</b>	: Planning Familiale
<b>PFU</b>	: Participation Financière des Usagers
<b>RN2</b>	: Route Nationale n° 2
<b>SSD</b>	: Service de Santé de District
<b>SMI</b>	: Santé Maternelle et Infantile



## INTRODUCTION

La mise en oeuvre des soins de santé primaires conditionne l'amélioration de l'état de santé de la population dans la mesure où le système de santé permet une accessibilité suffisante pour la majorité des communautés à desservir.

Le cadre Africain de développement sanitaire prévoit qu'aux niveaux central et national du système de santé, l'appui qui va être donné à la mise en oeuvre des soins de santé primaires sera un appui d'ordre stratégique, c'est-à-dire un appui qui définit les grandes orientations politiques, les grands objectifs qui vont guider l'action pendant une durée déterminée ; mais, à ce niveau là, le Ministère de la Santé n'est naturellement pas le seul responsable de la décision, en ce qui concerne l'appui stratégique, dans la mesure où il a autour de lui non seulement les programmes de santé des autres secteurs, mais aussi des programmes de santé des autres organisations et, en particulier, les organisations non gouvernementales qui, de plus en plus, font une prestation particulière, notamment au niveau périphérique du système de santé. (1)

Le niveau intermédiaire, provincial est encore un peu le point faible des systèmes de santé, mais il a un rôle primordial à jouer, un rôle de soutien technique pour les districts de santé.

Le niveau de district constitue le niveau où se déroulent les activités, où les changements doivent apparaître pour qu'on parle véritablement de développement. Le district de santé est le centre opérationnel de l'ensemble de la structure organisationnelle du système de santé. Il constitue donc la plaque tournante de toutes les activités de santé de base au niveau périphérique. Il est chargé d'apporter l'appui opérationnel à l'exécution des activités de développement sanitaire au niveau des communautés. (2)

« Gestion des services dans le bureau de santé de district de Brickaville en 2002 » est une étude qui a pour objectif d'analyser les activités mises en œuvre dans le district de santé et de suggérer des améliorations.

Le plan de l'étude va comprendre trois parties principales :

- La première partie s'intitule « Généralités sur le district de santé ».
- La deuxième partie développe « L'analyse des activités de santé dans le BSD de Brickaville ».
- La troisième partie se rapporte aux « Commentaires, discussions et suggestions ».

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

### **1. SYSTEME DE SANTE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT**

Dans les pays en développement, le système de santé comporte généralement trois niveaux : (figure n° 1)

- le niveau central,
- le niveau intermédiaire,
- le niveau local.

#### **1.1. Le niveau central (3)(4)(5)**

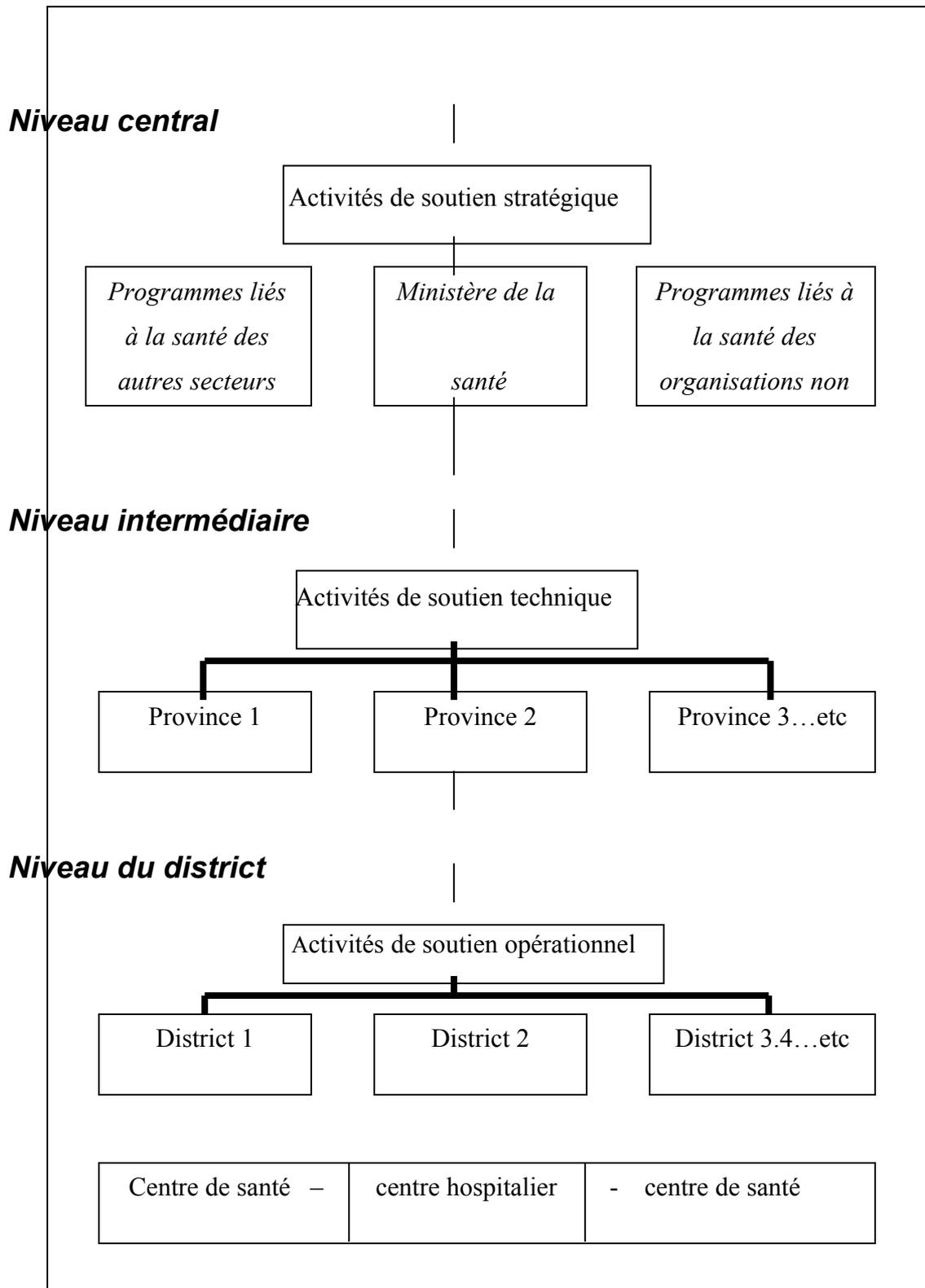
Le niveau central est responsable de la coordination générale des ressources, de la traduction des politiques sanitaires en programmes et de la surveillance des progrès vers la « santé pour tous ». Ces progrès sont enregistrés au moins annuellement. La gestion des ressources et des programmes stratégiques constitue la principale attribution de ce niveau.

#### **1.2. Le niveau intermédiaire**

Au niveau intermédiaire, le bureau provincial de la santé veille sur les ressources allouées aux districts sanitaires, sur la supervision des programmes sanitaires et la surveillance de la gestion des districts à travers les rapports bi-annuels de gestion sanitaire de tous les districts de la province.

#### **1.3. Le niveau du district**

Au niveau du district de santé le bureau de santé de district assure la préparation des plans de santé communautaire et la surveillance des réalisations de santé communautaire. Les centres de santé devraient fournir des rapports trimestriels au bureau de santé du district.



**Figure n° 1 : Cadre de développement sanitaire. (5)**

## **2. LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES**

### **2.1. Définition (6)(7)**

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'auto-financement et de l'auto-détermination.

Ils font partie intégrante à la fois du système de santé du pays qui les pratiquent et des objectifs fixés pour les communautés. C'est le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé. Ils rapprochent le plus près possible les soins de santé du lieu où travaillent et vivent les populations et où ils constituent les premiers éléments d'un processus continu de soins 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.

Les soins de santé primaires incluent au moins : l'éducation sur les problèmes prévalents de santé et les méthodes pour les prévenir et les contrôler, la promotion d'une alimentation et d'une nutrition saines ; l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement de base, la santé maternelle et infantile y compris le planning familial, la vaccination contre les principales maladies, le traitement approprié des maladies et lésions courantes, la fourniture des médicaments essentiels.

### **2.2. Cadre de mise en œuvre (8)**

La santé pour tous grâce aux soins de santé primaires est un objectif réalisable ; tel est le consensus actuel au niveau mondial. Mais les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des « raccourcis » prescrits par les organismes extérieurs ont entraîné quelques désillusions et suscité la recherche de solutions de

rechange. Les soins de santé primaires ont été réexaminés à Riga, dix ans après Alma-Ata, et il est évident que le consensus est demeuré intact. Ce qu'il faut d'urgence, c'est un cadre susceptible de faciliter la mise en œuvre, en particulier dans les pays en développement.

### ***3. LE DISTRICT DE SANTE (9)(10)(11)***

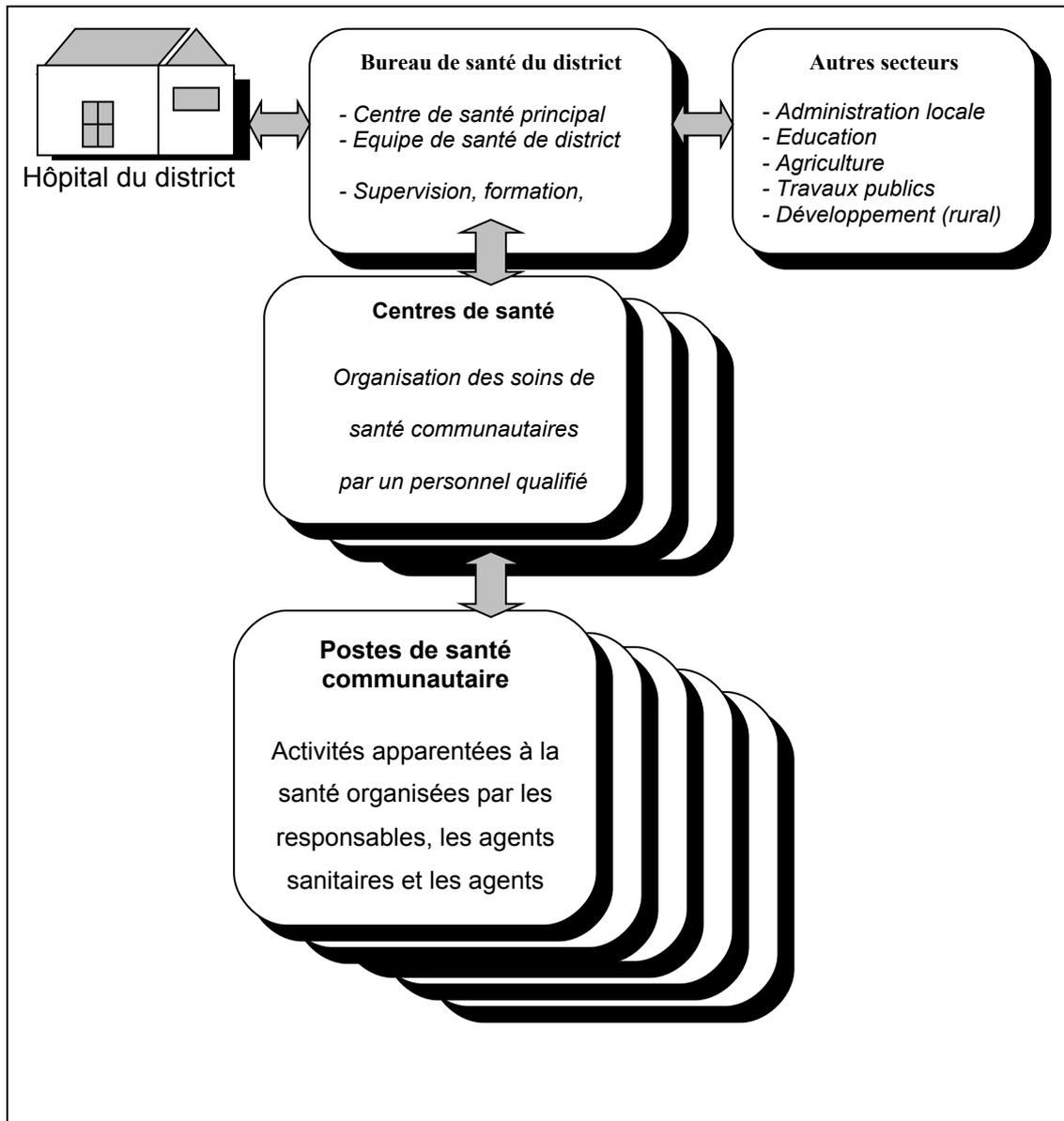
#### ***3.1. Définition***

Le district de santé est la plus petite unité urbaine ou rurale dans laquelle les programmes de soins de santé primaires peuvent être organisés par des personnels qualifiés.

Les stratégies-clefs des soins de santé primaires devraient être mises en œuvre dans ces districts sanitaires. Le district de santé peut être organisé autour d'un hôpital local ou de district. Il est recommandé que les districts de santé coïncident avec les districts administratifs, afin de faciliter la collaboration et la coordination avec les autres secteurs et la mobilisation communautaire relevant des organisations politiques et sociales locales. Ainsi organisés, les districts de santé seraient plus aptes à fournir les soins de santé et à assurer en même temps la contribution de la santé au développement, ainsi que celles des autres secteurs au développement sanitaire. Les communautés devraient organiser leurs activités de santé autour d'un centre de santé. Chaque centre de santé servira ainsi une zone de santé mais peut couvrir plusieurs zones de santé.

#### ***3.2. Le système de santé de district***

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



*Figure n° 2 : Le système de santé du district. (11)*

On y dénombre toutes les institutions et tous les individus y fournissant des soins de santé. Il est par conséquent, composé d'une large variété d'éléments liés entre eux et qui contribuent à la santé dans les foyers, les écoles, les lieux de travail et les communautés à travers le secteur de la santé et les secteurs qui lui sont apparentés. Ses activités sont coordonnées par un fonctionnaire (souvent un médecin chef de district) dont les fonctions consistent à organiser tous les éléments du

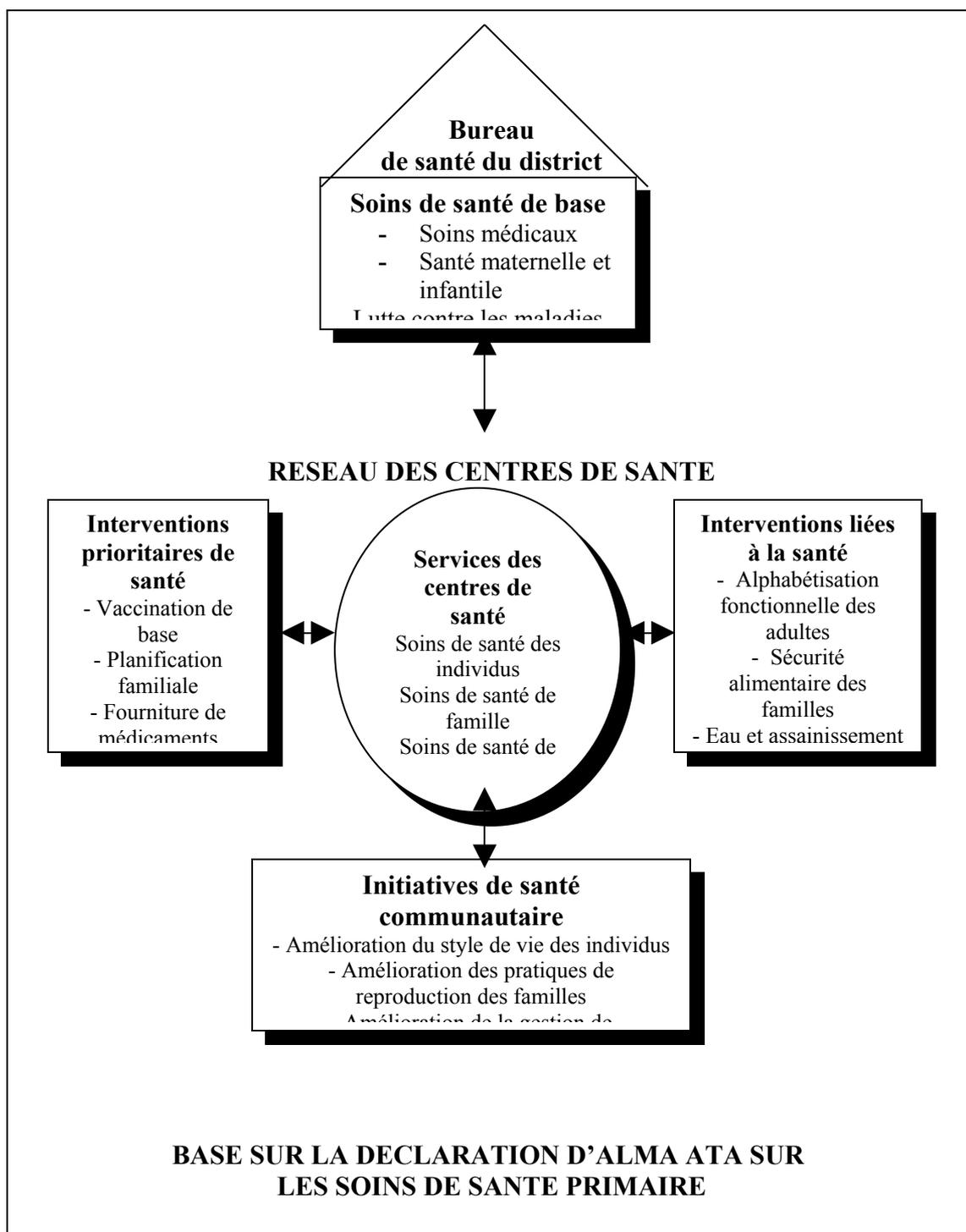
système en une gamme suffisamment complète, d'activités curatives, préventives, promotionnelles et de réadaptation dont le centre de santé sera le noyau. C'est dans un tel type de centre de santé que les populations iront se faire soigner et demander conseil. Il offre par conséquent aux personnels de santé l'occasion d'intégrer programmes de santé publique et prestation de soins de santé de base.

Au sommet du système de santé de district, se trouve le bureau de santé de district dirigé par une équipe multidisciplinaire supervisée par un médecin de santé publique. Une telle équipe est responsable de l'utilisation de toutes les ressources humaines, matérielles et financières pour assurer l'organisation et l'administration du système de santé de district comportant un bureau de santé fonctionnel et un réseau de centres de santé disposant du personnel minimum requis. L'organisation des interventions de santé publique et des activités liées à la santé, la supervision des prestations des centres de santé en soins essentiels intégrés en s'assurant que toutes ces fonctions contribuent à soutenir les activités communautaires de santé, font également partie des attributions de l'équipe du district.

### **3.3. Un paquet minimum de santé au niveau du district (12)(13)(14)**

La réalisation de l'objectif de la santé pour tous requiert des stratégies qui visent à la fois les problèmes sanitaires des individus de tous les groupes d'âge, des ménages et des membres de la communauté. En font également partie les réfugiés, les personnes déplacées et les groupes vulnérables. Dans les pays en développement, il paraît plus logique de se focaliser sur la survie de l'enfant, la maternité sans risque et la disponibilité d'une main d'œuvre en bonne santé. Il existe aujourd'hui un consensus au sein de la communauté internationale selon lequel un paquet minimum de santé soigneusement défini au niveau du district, pourrait accélérer la réalisation des objectifs de la santé pour tous. (figure n° 3)

#### **3.3.1. Un paquet intégré de santé basé sur la déclaration d'Alma-Ata**



*Ce paquet intégré comprend :*

**i) Des soins de santé de base**

*Les soins de santé de base sont constitués par :*

- *Les soins médicaux*

- *La santé maternelle et infantile*
- *La lutte contre la maladie*

Ils consistent 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. Les activités de soins de santé de base seront supposées avoir un effet significatif sur la survie de l'enfant, la maternité sans risque et la disponibilité d'une main d'œuvre en bonne santé et sur l'état de santé de la population du district.

### **ii) des interventions prioritaires de santé**

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

### **iii) Les 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 de l'éducation, de l'agriculture, du travail et de l'hydraulique. Les membres de l'équipe du centre de santé coopéreront avec leurs homologues d'autres départements pour faciliter l'accès de la communauté aux besoins apparents à la santé.

On peut s'attendre qu'à travers un processus de mobilisation sociale stimulé par les services de santé, les communautés prendront une responsabilité croissante pour leur propre santé, en insistant en particulier sur l'amélioration des styles de vie, des pratiques de reproduction au sein des familles et de la gestion de l'environnement des communautés.

L'adaptation aux contextes nationaux du paquet minimum d'activités de santé devra 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.

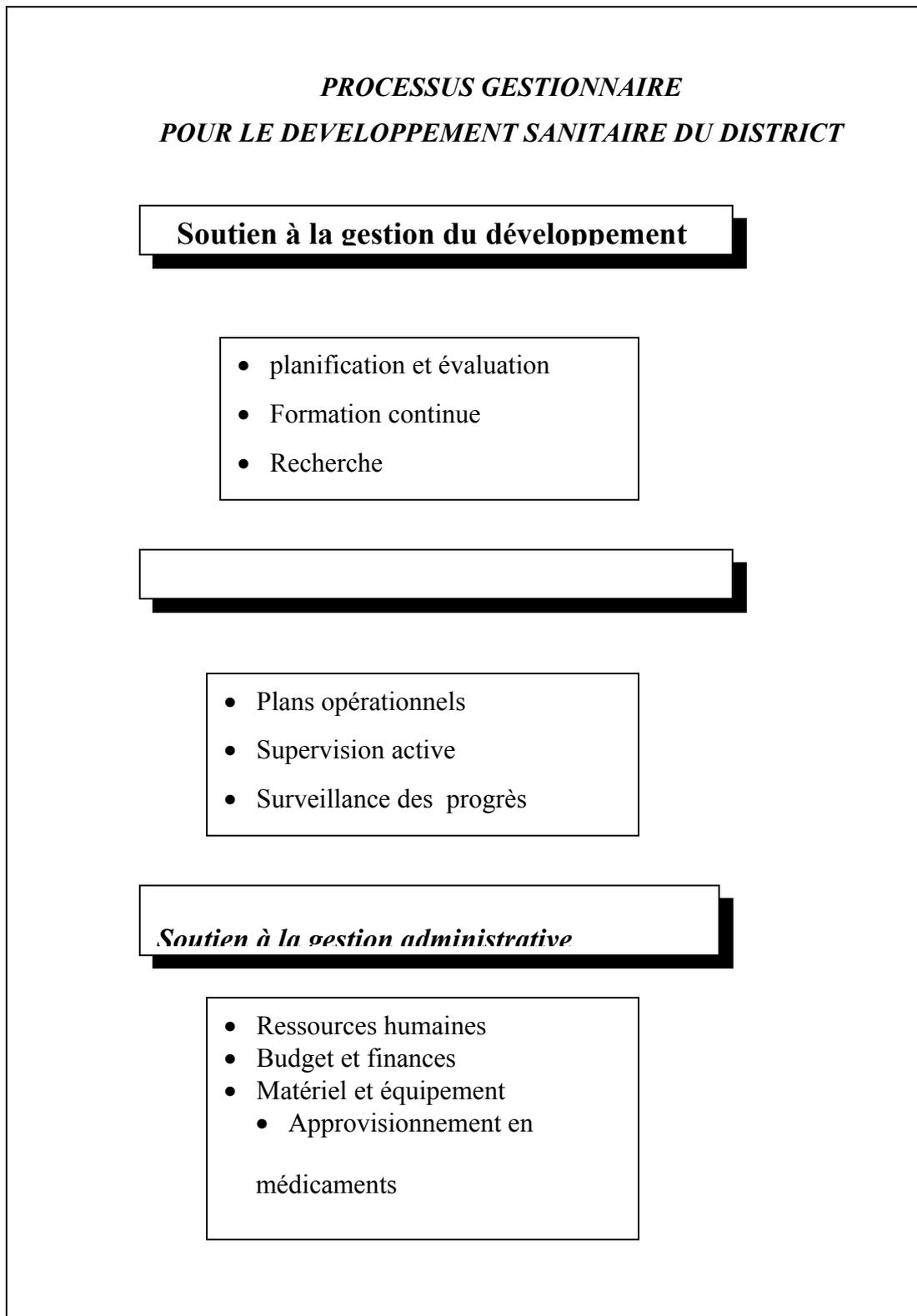
### ***3.4. Planification et gestion du district (15)(16)(17)***

#### **3.4.1. Le concept de plan de santé du district**

Les équipes de gestion du district sanitaire doivent clairement comprendre leur rôle dans le développement sanitaire national. Elles sont impliquées dans trois activités distinctes mais imbriquées de gestion : la gestion administrative, la gestion opérationnelle et la gestion de développement. (figure n° 4)

##### **i) la gestion administrative**

La gestion administrative est essentiellement la gestion quotidienne des affaires de l'entreprise que constitue le district de santé. Elle inclue la gestion des ressources humaines, des fournitures, du budget et des finances, des équipements, de l'approvisionnement en médicament essentiels, des transports et communications et des locaux. Ces activités devraient être entreprises au sein du bureau de santé du district et dans chaque centre de santé.



*Figure n° 4 : Processus gestionnaire pour le développement  
sanitaire du district. (17)*

**ii) la gestion opérationnelle**

La gestion opérationnelle est généralement basée sur des cycles d'une année budgétaire et elle est particulièrement applicable aux programmes de santé publique des districts, des hôpitaux départementaux, des centres de santé, des écoles de médecine et des écoles d'infirmiers. La gestion opérationnelle pourrait inclure : les plans opérationnels, la supervision et la surveillance du progrès. La gestion opérationnelle utilise des ressources provenant du budget annuel ou du comité de gestion pour offrir une série de services dans un but prédéterminé durant une année budgétaire.

### **iii) la gestion de développement**

La gestion de développement couvre un programme de travail s'étalant sur un nombre défini d'années, généralement 3 à 6 ans. Durant cette période, les autorités nationales oeuvrent pour réaliser un bond défini en avant. Le but d'une planification de développement n'est pas de répéter les mêmes activités d'une année à une autre. Dans ce domaine, les experts en développement économique recherche une « croissance » de l'économie. Le développement sanitaire vise à produire une population de plus en plus saine et non à traiter et guérir simplement la maladie. Les principaux éléments de la gestion de développement sont : la planification et l'évaluation, l'éducation continue et la recherche opérationnelle.

### **3.4.2. Identification des problèmes de santé**

Les priorités d'activités sont généralement déterminées par l'équipe de santé de district. Les critères les plus fréquemment employés pour classer les problèmes sont en rapport avec :

- L'ampleur du problème en termes de population. (femmes, enfants... etc.)
- La sévérité du problème : constitue-t-il une menace pour la vie ? un risque de réduction de la production ?
- La vulnérabilité : si un problème n'est pas vulnérable il n'est pas logique de l'intégrer dans le programme de lutte.
- Le coût des intervention nécessaires.

Les 4 critères ci-dessus peuvent se voir attribuer la même valeur ou des valeurs différentes selon les cas. Dans certains cas, une pondération est nécessaire pour refléter l'importance de chacun des critères. Une fois les critères identifiés, on dresse une liste des problèmes et chacun des problèmes reçoit un score (valeur) qui représente la somme des valeurs affectées à chacun des dits critères. (tableau n° 1)

**Tableau n° 1 : Exemple de classement des priorités sanitaires dans le district « X ». (17)**

<i>Problème de santé à résoudre</i>	<i>Critères et leur pondération</i>				<i>Score total</i>	<i>Ranking</i>
	<i>Ampleur</i>	<i>Sévérité</i>	<i>Vulnérabilité</i>	<i>Couverture</i>		
<i>Mortalité due à la diarrhée</i>	5	4	4	5	18	1
<i>Couverture vaccinale</i>	5	5	4	3	17	2
<i>Couverture maternelle</i>	4	4	4	4	16	3

<i>VIH/S IDA/IS T</i>	5	3	3	4	1 5	4
<i>Assain issement nt</i>	5	3	3	2	1 3	5
<i>Abus de tabac</i>	3	2	3	4	1 2	6

### 3.4.3. Détermination des objectifs, cibles, stratégies (18)(19)(20)

#### i) les buts

Il s'agit d'intentions ou aspirations larges censées donner des orientations générales.

#### ii) les objectifs

Un objectif est le résultat souhaité d'un programme ou d'une activité. Fixer l'objectif est essentiel pour donner des orientations spécifiques à un plan et permettre d'évaluer les résultats.

#### iii) cibles

Les objectifs à court terme pourraient être réalisés à une date précise comme dernière étape d'un objectif à long terme. Ils sont appelés « cibles opérationnelles » qui sont hautement quantifiables et spécifiques d'un groupe de population cible, d'un comportement à atteindre et des conditions de leur réalisation.

#### iv) stratégies

Ce sont des tactiques ou techniques qui devraient être combinées pour faciliter la réalisation des objectifs et cibles.

#### v) activités

C'est une série de tâches à entreprendre, utilisant les ressources acquises pour atteindre les objectifs et cibles dans le cadre des stratégies adoptées.

#### vi) indicateurs

Il s'agit de « critères » observables et quantifiables qui doivent être mesurés dans le cadre des activités de surveillance et d'évaluation afin de déterminer les degrés d'atteinte des objectifs et cibles. (Tableau n° 2)

*Tableau n° 2 : Exemples d'objectifs, cibles, stratégies, activités et indicateurs. (20)*

<b>Buts</b>	<b>Vaccination de base pour tous les enfants de moins de cinq ans</b>	<b>Méthodes de planning familial disponibles pour 70% des clients potentiels</b>
<b>Objectifs</b>	Accroître la couverture vaccinale dans le district parmi les enfants de moins de 2 ans	Accroître le nombre de demandeurs des méthodes modernes de planning familial parmi les femmes en âge de procréer.
<b>Cibles</b>	A la fin de la période du plan, au moins 80% de 1000 enfants de 2 ans au moins, devront être entièrement vaccinés contre les maladies cibles du PEV.	A la fin de la période du plan, le nombre de femmes en âge de procréer dans le district et utilisant les méthodes modernes de planning familial devrait s'accroître de 20%.
<b>Stratégies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer la vaccination des mères et des enfants dans les services de santé.</li> <li>• Inclure la vaccination au début de la grossesse.</li> <li>• Campagne de vaccination annuelle dans toutes les communautés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer le planning familial dans les services SMI</li> <li>• Introduire le planning familial dans l'éducation scolaire à la famille</li> <li>• Encourager les initiatives de santé communautaire sur le planning familial</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Disponibilité de base des méthodes de planning familial.</i></li> </ul>
<i>Activités</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Identifier la population-cible potentielle dans chaque zone.</i></li> <li>• <i>Etablir et actualiser les cartes pour tout enfant lors des visites.</i></li> <li>• <i>Inclure la vaccination dans les services SMI et IEC</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Etablir/adopter des directives systèmes et procédures sur le planning familial, motivation et services</i></li> <li>• <i>Identifier la population-cible potentielle et les institutions à engager, dans la zone du centre de santé.</i></li> <li>• <i>Déterminer et établir les besoins et la logistique</i></li> </ul>
<i>Indicateurs</i>	<i>Pourcentage des enfants de 0 à 2 ans complètement vaccinés contre 6 principales maladies du PEV</i>	<i>Pourcentage d'accroissement du nombre de femmes en âge de procréer utilisant les méthodes modernes de planning familial.</i>

#### 3.4.4. Programmation et budgétisation des activités (21)(22)

La programmation et la budgétisation des activités impliquent de revenir aux problèmes et besoins prioritaires de santé, aux objectifs et cible. Le but de cette étape est de préparer le budget de chaque programme de santé de district. Les résultats sont : un budget détaillé incluant recettes et dépenses, des plans de financement précisant les sources de fonds.

Ce budget concerne essentiellement la vaccination et porte sur les interventions prévues, les personnes responsables, le calendrier des activités, et les ressources financières. On constitue une synthèse des coûts totaux par activité pour de multiples centres de santé dans un district modèle. C'est aussi un exemple de budget-programme, par opposition à un budget par ligne.

## **DEUXIEME PARTIE :ANALYSE DES ACTIVITES DE SANTE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE BRICKAVILLE**

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

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

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

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

Le district de santé de Brickaville fait partie de la province de Toamasina. Il est limité : (figure n° 5)

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

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

Le climat est chaud à longueur d'année avec une période de pluie pendant 9 mois par an. C'est une zone de cyclones et les inondations qui surviennent pendant les périodes cycloniques sont souvent dévastatrices. A cause de ces catastrophes naturelles, des groupes de population se retrouvent chaque année isolés du reste du district de santé pendant des jours voire plusieurs semaines. L'insuffisance de voies de communication praticables toute l'année n'améliore pas la situation.

Le district sanitaire est traversé par la route nationale n° 2 (RN2) et par la voie ferrée qui relie Moramanga à Toamasina. Le reste du réseau routier est constitué par des routes secondaires qui ne sont pas praticables toute l'année.

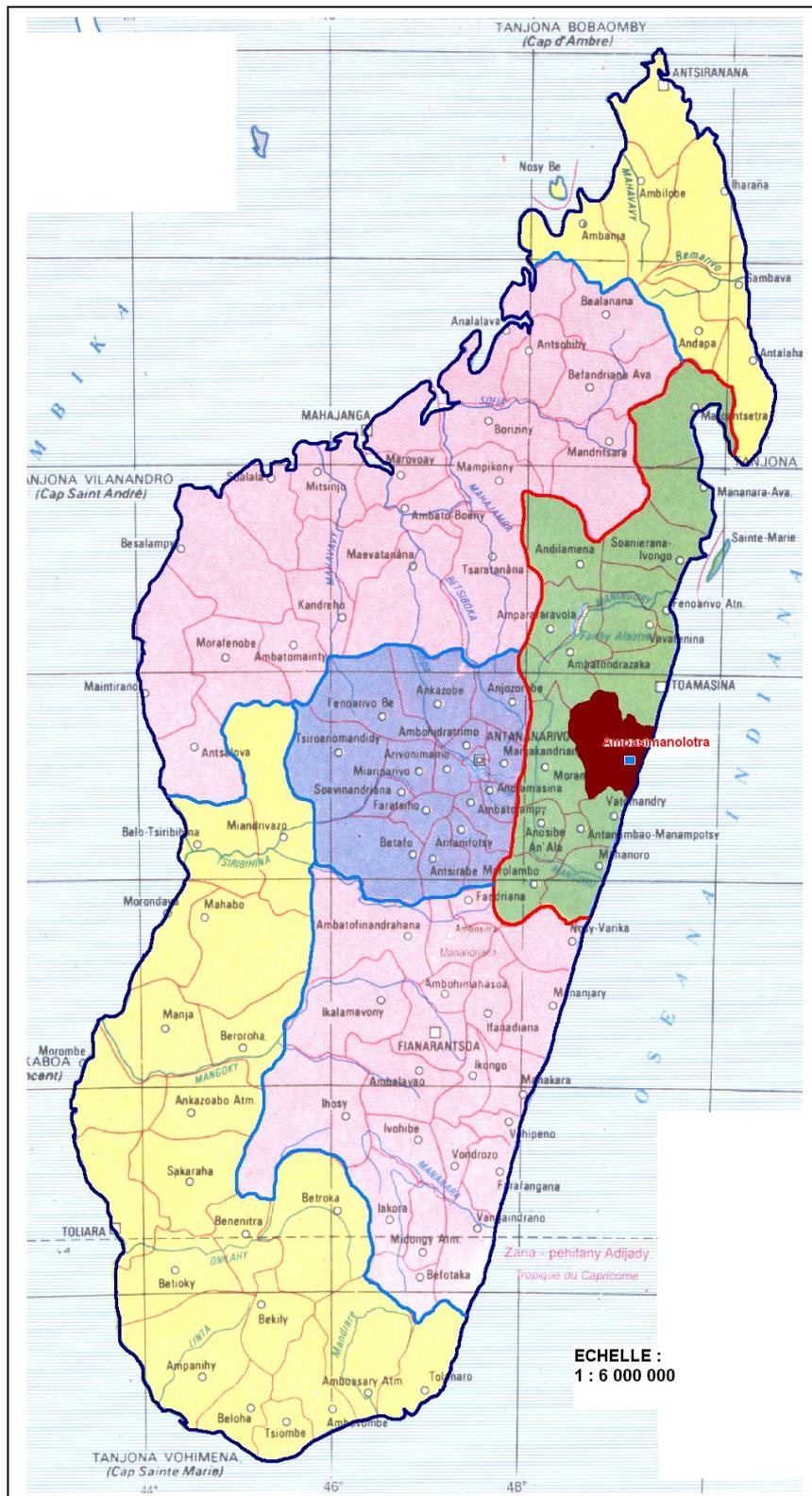


Figure n° 5 : Le district de santé de Brickaville.

Source : PNUD : Développement. 1991 Dirasset.

### **1.1.2. Démographie**

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

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

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

### **1.1.3. Les formations sanitaires**

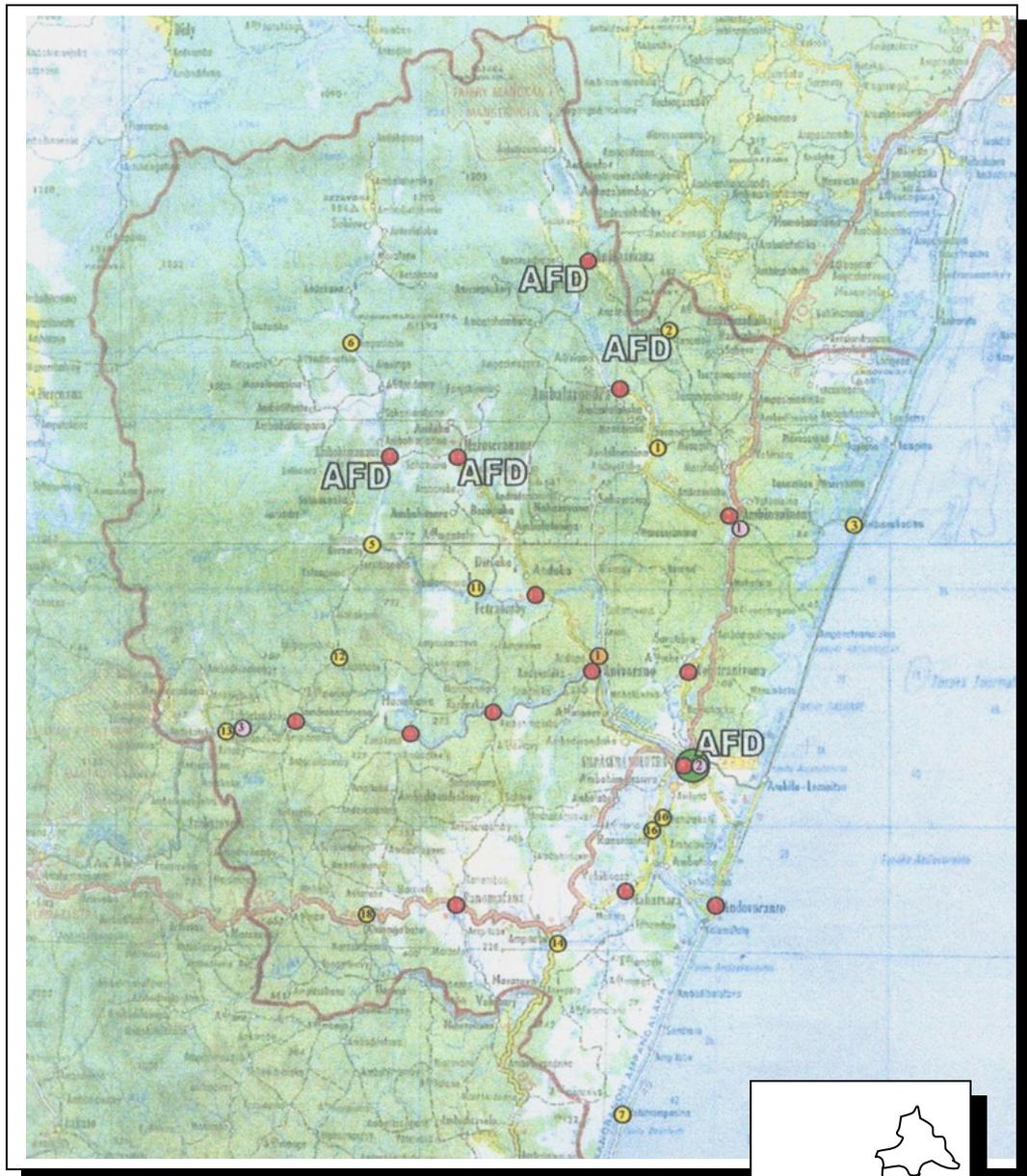
Le district sanitaire compte un Centre Hospitalier de District du niveau 1 ou CHD<sub>1</sub>, 17 Centres de Santé de Base du niveau 2 ou CSB<sub>2</sub>, 16 Centres de Santé de Base du niveau 1 ou CSB<sub>1</sub> et 4 centres de santé privés. (Figure n° 6)

5 CSB<sub>1</sub> ne sont pas fonctionnels actuellement. Il s'agit des CSB1 suivants :

- Sahatakoly
- Sahalampona
- Ambodilendemy
- Ambatolampy
- Andranoambolava.

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

Le BSD assure la gestion du Service de Santé de District ou SSD de Brickaville. Il est dirigé par un médecin chef de district de santé. Le Chef du District sanitaire est assisté d'une part par un groupe technique et d'autre part par un groupe administratif et financier.



District de

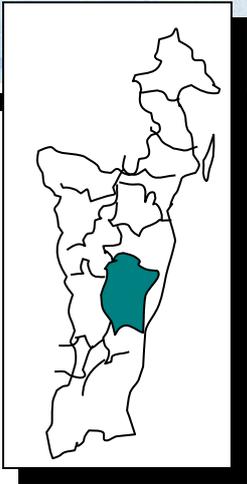
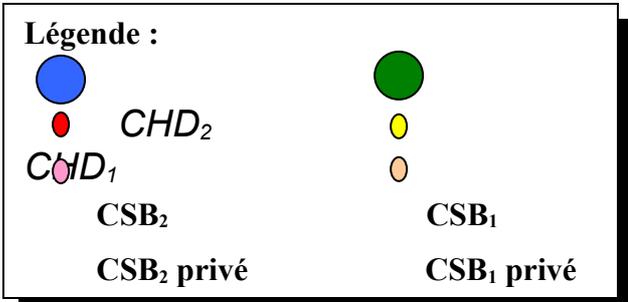


Figure n° 6 : Les formations sanitaires du district sanitaire de Brickaville.

1.2.1. Organisation

- *Le BSD siège dans la ville de Brickaville (Figure n° 7).*



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

- *Le district de santé est géré par :*
  - *L'EMAD restreinte composée :*
    - \* *du médecin inspecteur*
    - \* *de l'adjoint technique*
    - \* *de l'adjoint administratif*
    - \* *du médecin chef du CHD<sub>1</sub>*
  - *L'EMAD élargie inclut :*
    - \* *un chirurgien dentiste*
    - \* *un médecin représentant les CSB<sub>2</sub>*

- \* *un infirmier représentant les CSB<sub>1</sub>*
- \* *un employé de service représentant le personnel d'appui*
- \* *un dispensateur représentant le personnel communautaire*

## **2. METHODOLOGIE**

### **2.1. Méthode d'étude (23)(24)(25)**

La méthode d'étude combine :

- Des techniques d'analyse institutionnelle
- Des techniques d'épidémiologie descriptive
- Des calculs économiques

### **2.2. Paramètres d'étude**

- L'organisation du système de santé de District de Brickaville
- Le personnel du SSD
- Les activités préventives
  - CPN
  - Planification familiale
  - Vaccination
    - \* BCG
    - \* DTCP
    - \* ATR
    - \* Pesées
- Les accouchements
- Les activités curatives

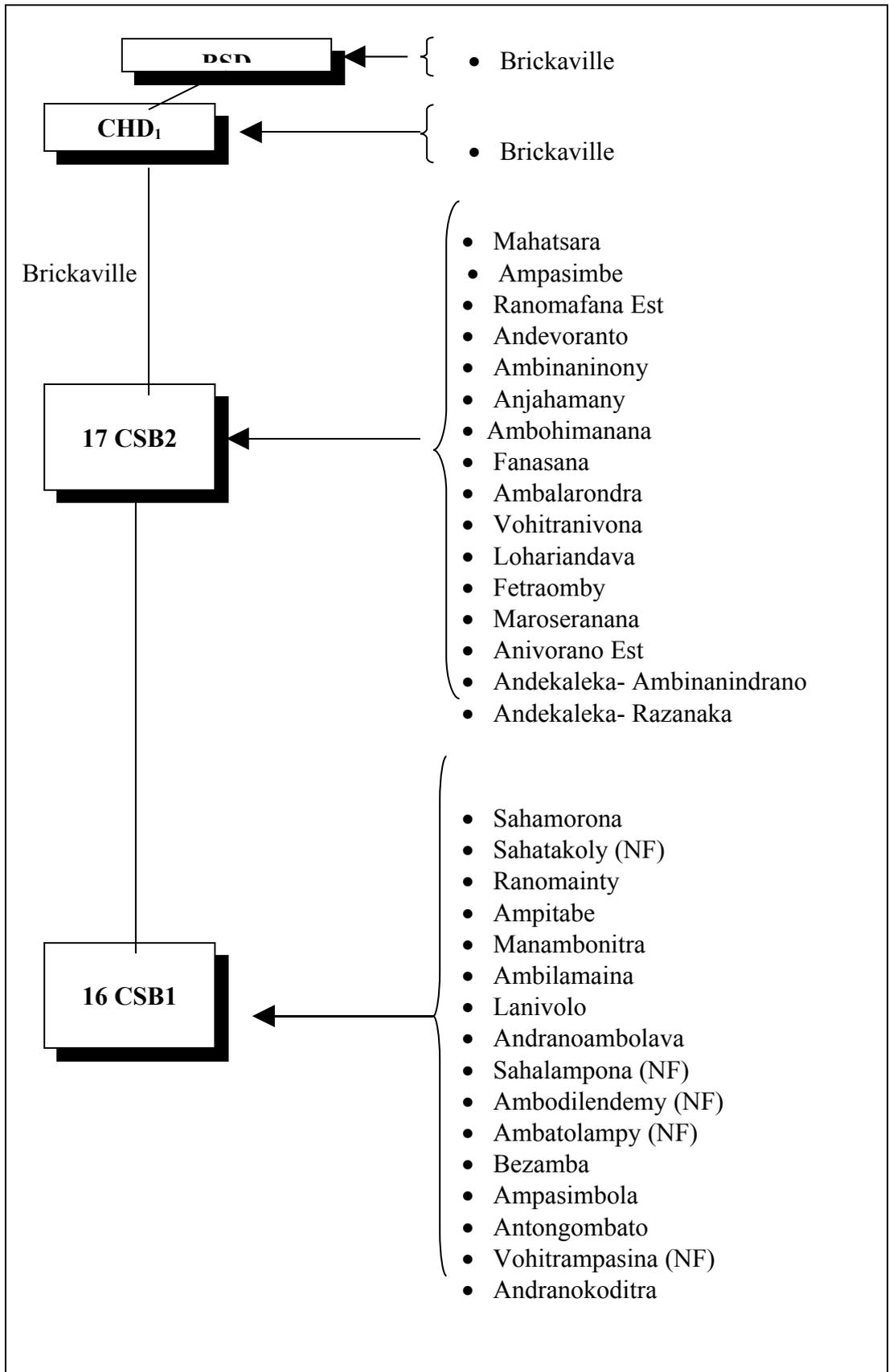
- CE
- Ordonnances prescrites
- Ordonnances servies
- Recettes PFU
- CHD<sub>1</sub> : Activités curatives et préventives et PFU

### **3. RESULTATS**

#### **3.1. Organisation du district de santé**

Le District de Santé de Brickaville est constitué par :

- Le Bureau de santé du District ou B.S.D.
- Le Centre Hospitalier de District du niveau 1 ou CHD1.
- 17 Centres de Santé de Base du niveau 2.
- 16 Centres de Santé de Base du niveau 1 dont 5 non fonctionnels.



Parmi les 16 CSB1 du District sanitaire de Brickaville, 5 CSB1 ne sont pas fonctionnels à cause du délabrement des infrastructures et faute de personnels.

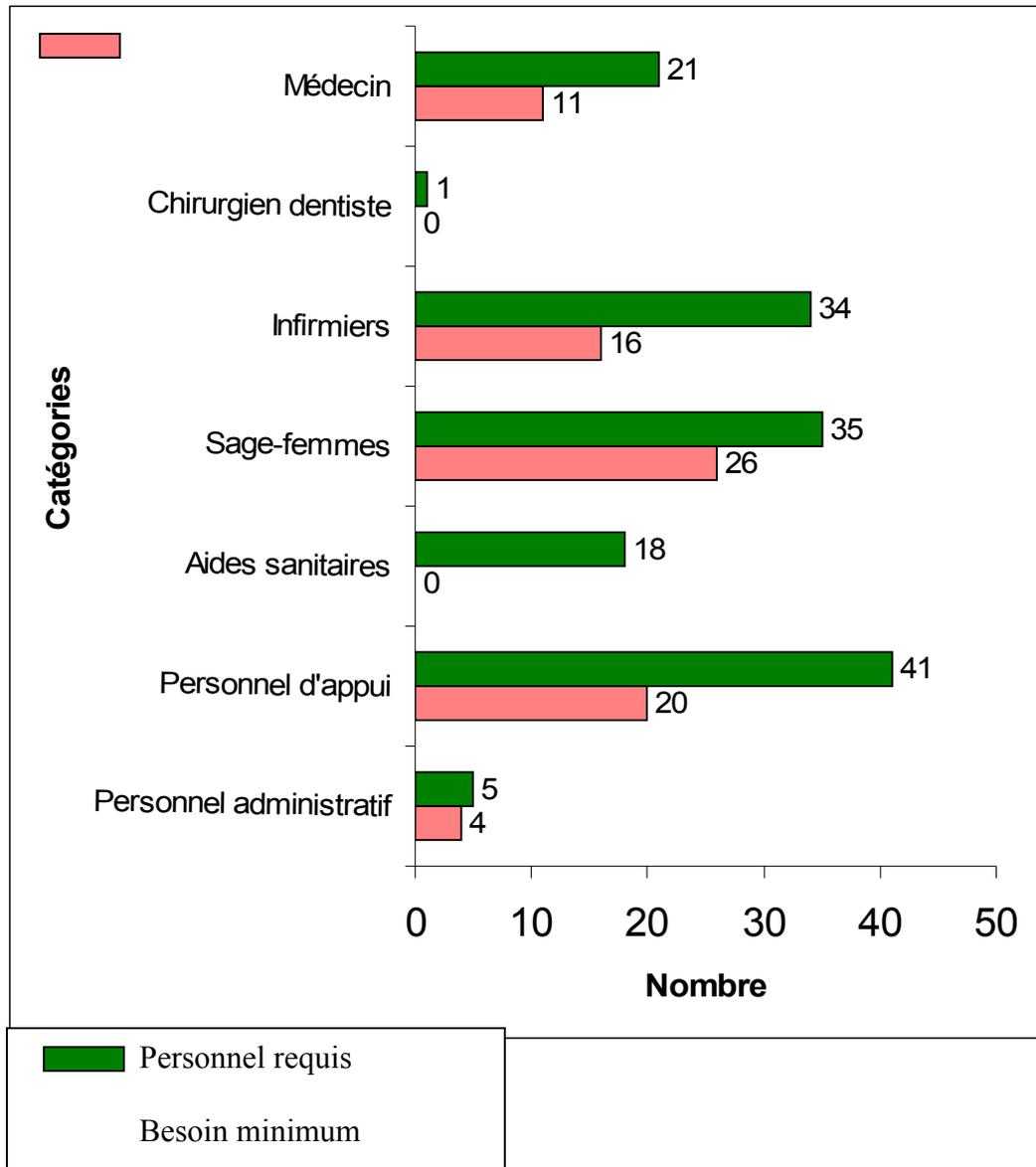
### 3.2. Le personnel

Tableau n° 3 : Situation du personnel du SSD.

<i>Catégorie</i>	<i>Personnel requis</i>	<i>Existant en début d'année</i>	<i>Restant en fin d'année</i>	<i>Besoin minimum</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin diplômé de santé publique</li> <li>• Médecins généralistes</li> </ul>	$\left. \begin{array}{l} 2 \\ \\ 19 \end{array} \right\} 21$	$\left. \begin{array}{l} 1 \\ \\ 17 \end{array} \right\} 18$	$\left. \begin{array}{l} 1 \\ \\ 9 \end{array} \right\} 10$	$\left. \begin{array}{l} 1 \\ \\ 10 \end{array} \right\} 11$
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgien dentiste</li> </ul>	1	1	1	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infirmiers</li> </ul>	34	19	18	16
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sages-femmes</li> </ul>	35	7	9	26
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aides sanitaires</li> </ul>	18	18	18	0

• <i>Personne l d'appui</i>	41	23	21	20
• <i>Personne l administratif</i>	5	2	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>155</b>	<b>88</b>	<b>78</b>	<b>77</b>

A la fin de l'année 2002, l'insuffisance du personnel s'est fait sentir de façon notable au niveau du District de santé. En effet, le District de santé ne disposait que de 10 médecins pour 1 CHD1 et 17 CSB2. Pour ces mêmes formations sanitaires il n'y a que 18 infirmiers et 9 sages-femmes.



*Figure n° 9 : Diagramme des besoins en personnel du SSD de Brickaville.*

### 3.3. Au niveau des CSB2 et CSB1

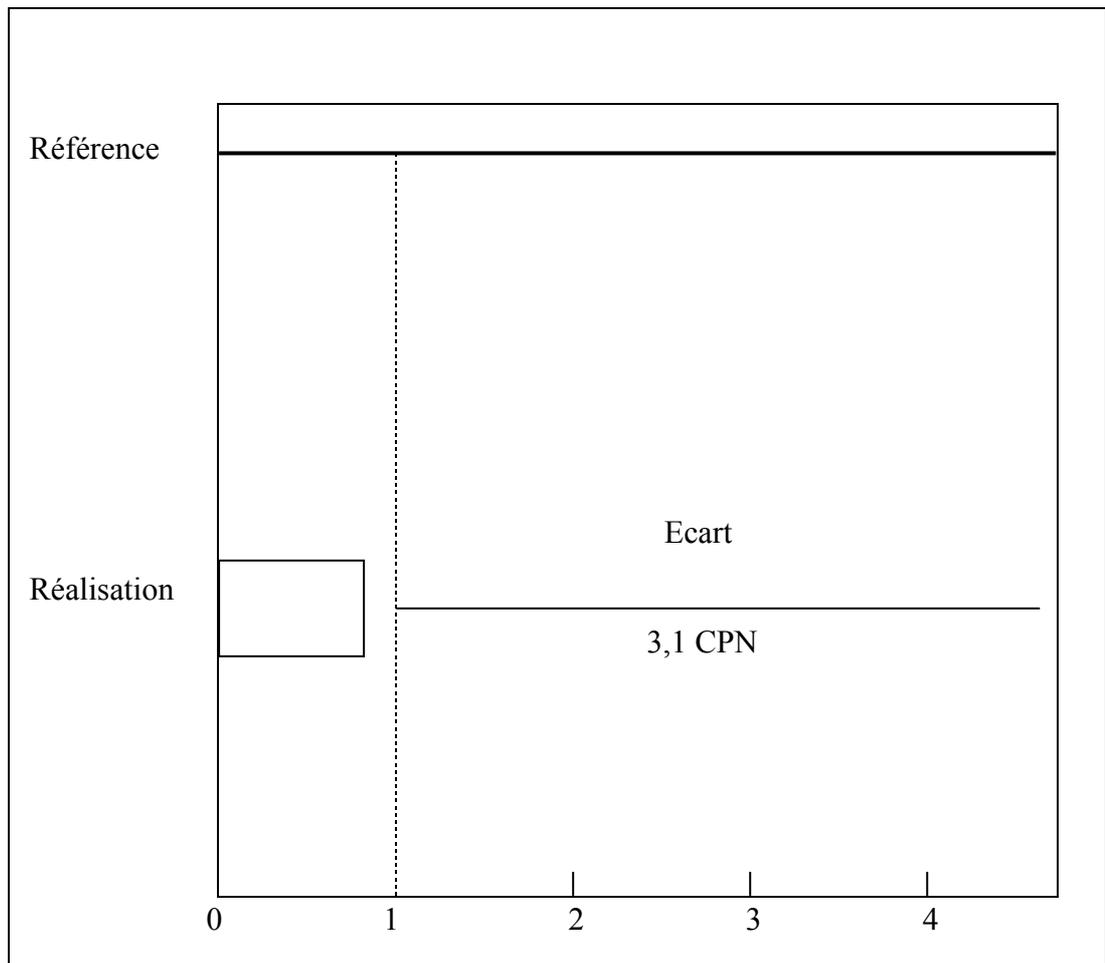
#### *i) les activités préventives*

**Tableau n° 4 : Situation des activités préventives.**

<b>N°</b>	<b>Acti- vités</b>	<b>Jan</b>	<b>Fév</b>	<b>M ars</b>	<b>Avri l</b>	<b>Mai</b>	<b>Juin</b>	<b>Juille t</b>	<b>A oût</b>	<b>Sept</b>	<b>Oct</b>	<b>Nov</b>	<b>Déc</b>	<b>Total</b>
<b>1</b>	CPN	882	750	813	846	876	703	807	718	776	750	858	66	<b>9440</b>
<b>2</b>	PF	115	199	123	166	185	187	199	166	99	206	170	183	<b>1998</b>
<b>3</b>	BCG	404	395	467	479	520	345	481	416	395	451	376	284	<b>5013</b>
	DTCP	399	335	421	350	450	358	445	427	478	475	461	299	<b>4898</b>
	ATR	369	332	413	437	386	350	413	427	404	383	402	269	<b>4585</b>
<b>4</b>	Pesées	1 206	1 084	1629	1429	1 472	1 152	1279	1341	1 163	1 182	1 010	760	<b>14707</b>

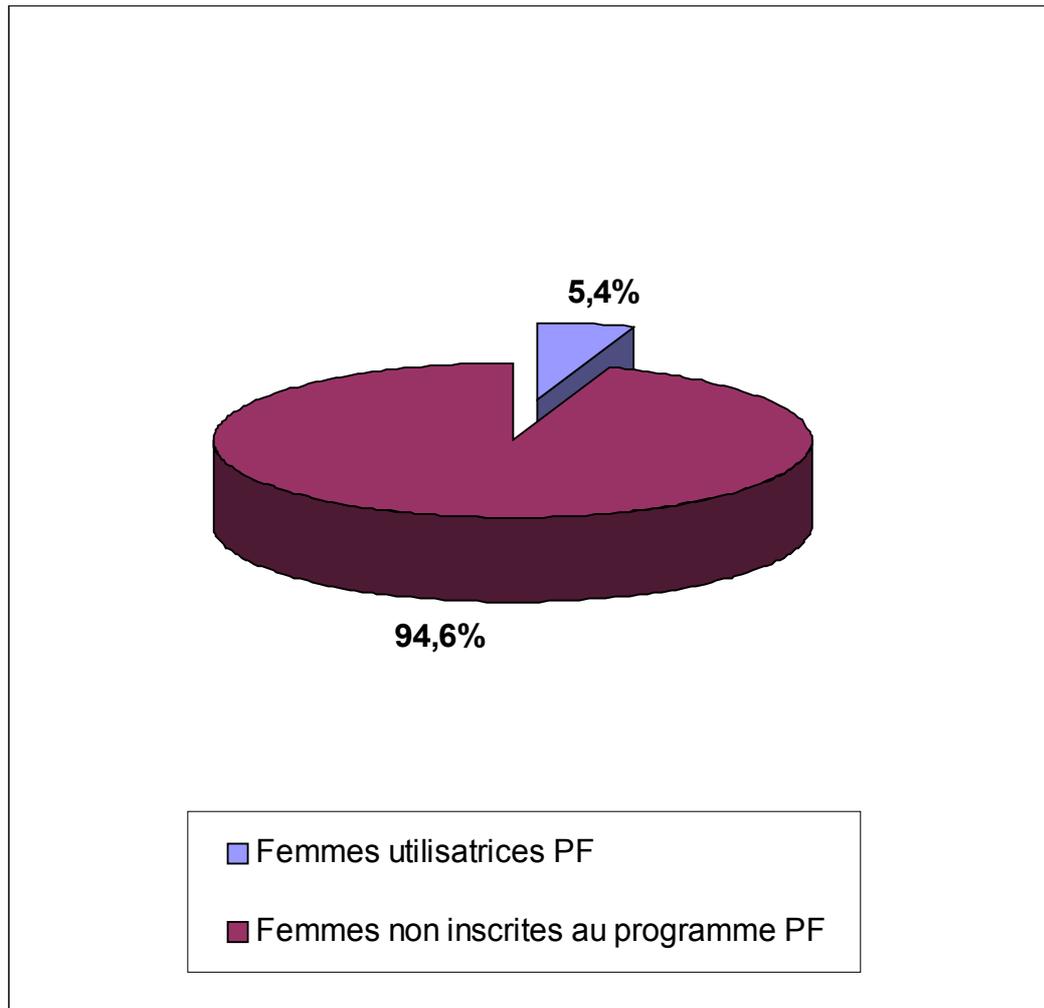
*Source : BSD Brickaville*

- Nombre de grossesses attendues en 2001 : 8317.
- Nombre de CPN réalisées : 9440.
- Nombre moyen de CPN par femme enceinte : 0,9.
- Nombre de CPN recommandé par femme enceinte : 4.



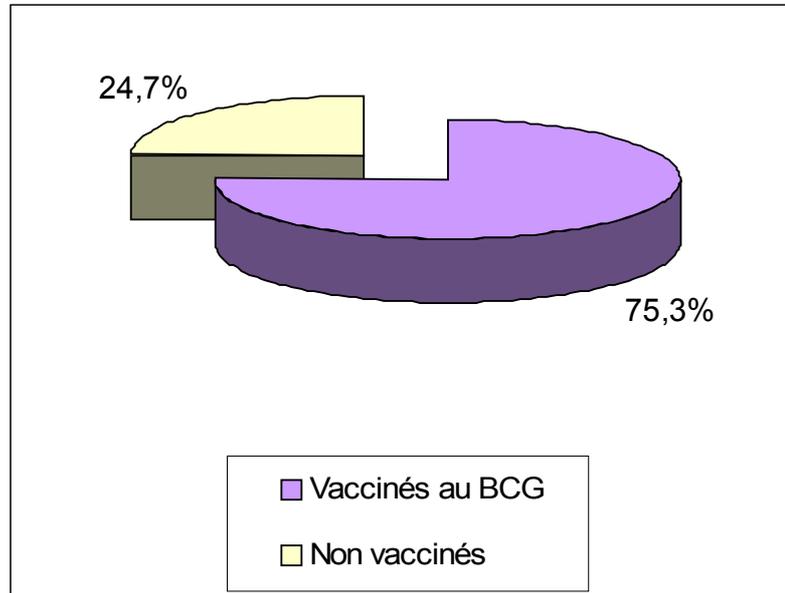
**Figure n° 10 :** Diagramme de la couverture en CPN.

- Nombre de femmes en âge de procréer : 37262.
- Nombre de femmes utilisatrices du programme PF : 1998 (5,4%).

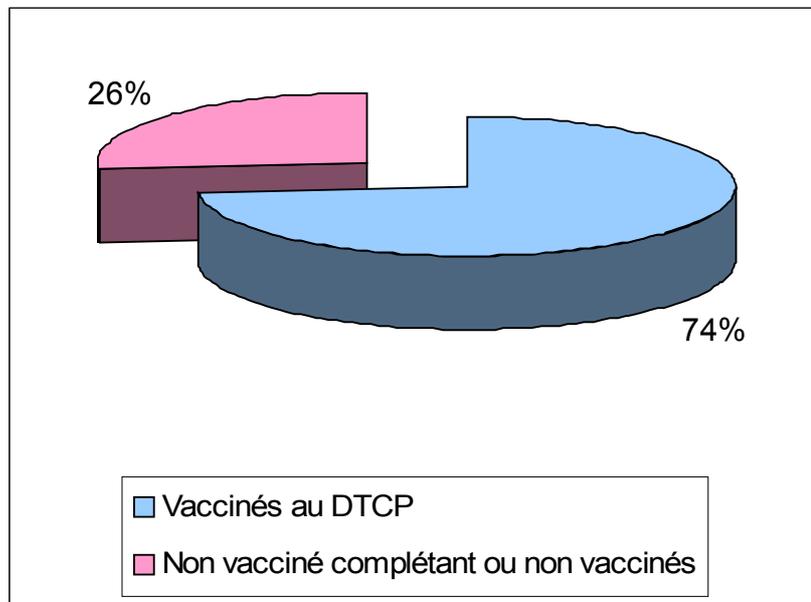


**Figure n° 11** : Diagramme de couverture PF.

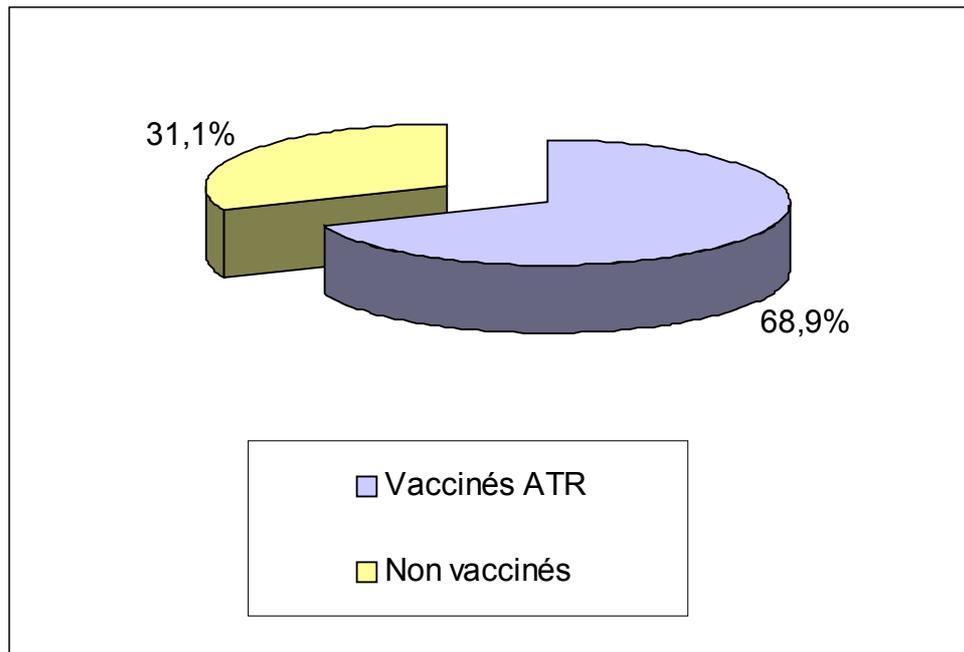
- Nombre d'enfants âgés de 0 – 11 mois : 6.653
- Nombre d'enfants vaccinés au BCG : (75,3%)



**Figure n° 12 :** Diagramme de la couverture vaccinale en BCG.

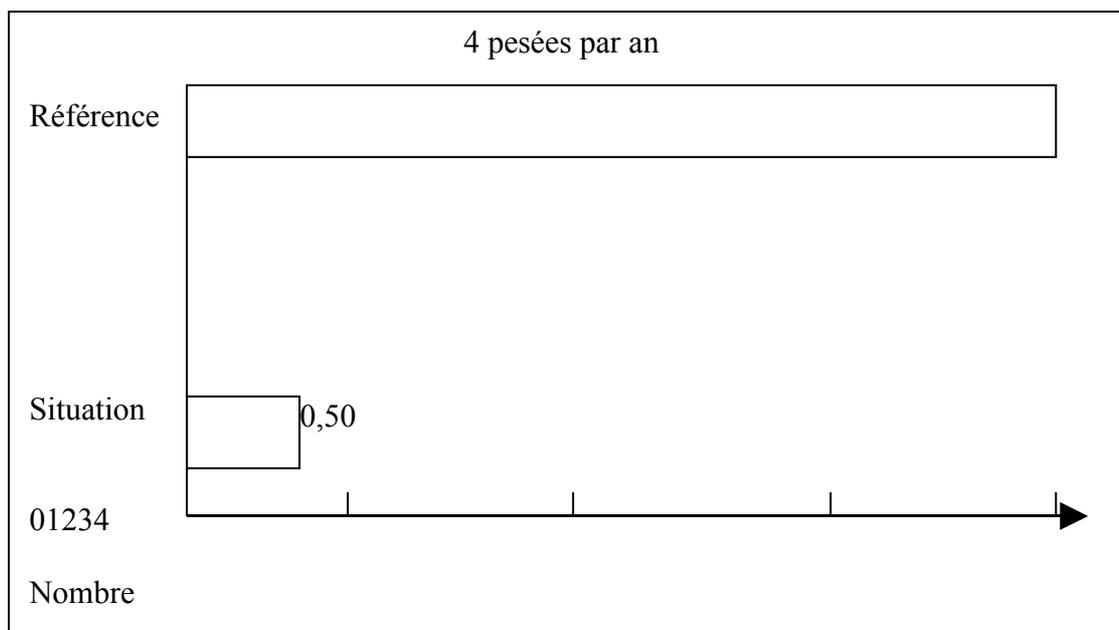


**Figure n° 13 :** Diagramme de la couverture vaccinale DTCP.



**Figure n° 14 :** Diagramme de la couverture vaccinale ATR.

- Nombre d'enfant 0 – 59 mois : 29942.
- Nombre de pesées : 14707.

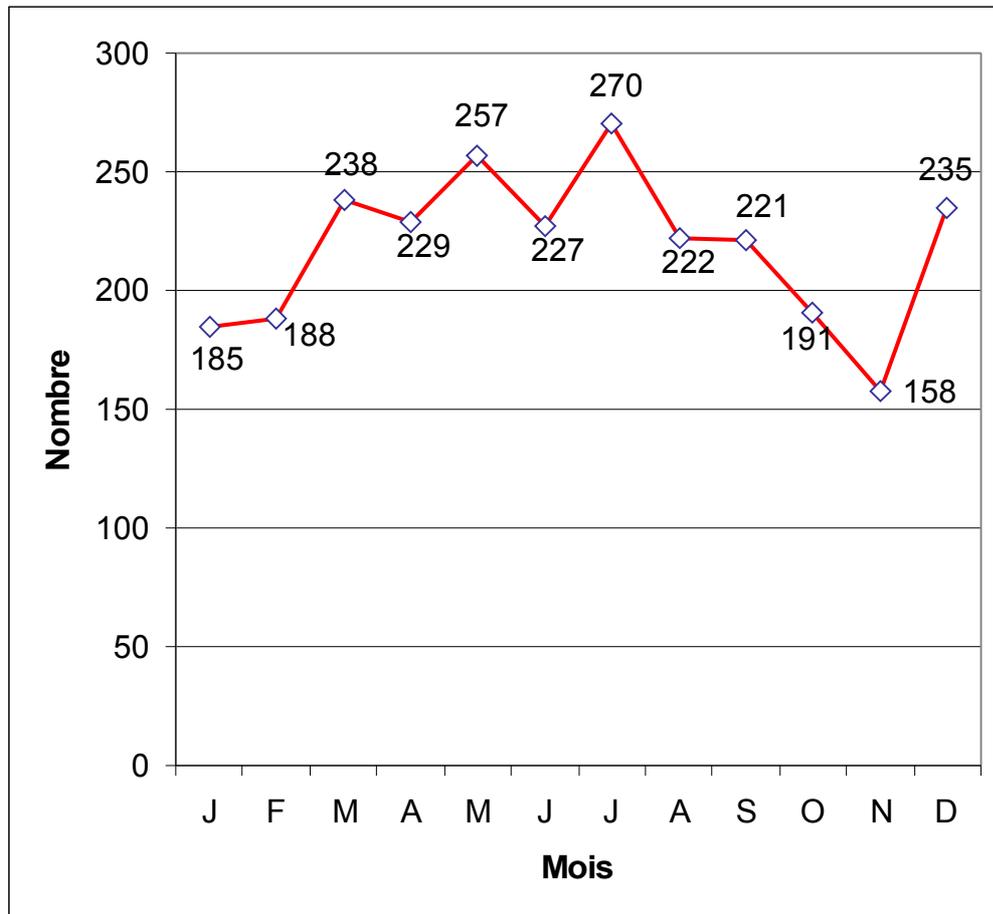


**Figure n° 15 :** Diagramme de la couverture de pesées.

*ii) Les activités de maternité*

**Tableau n° 5 : Situation des accouchements.**

N°	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
<b>1</b>	185	188	238	229	257	227	270	222	221	191	158	235	<b>2436</b>

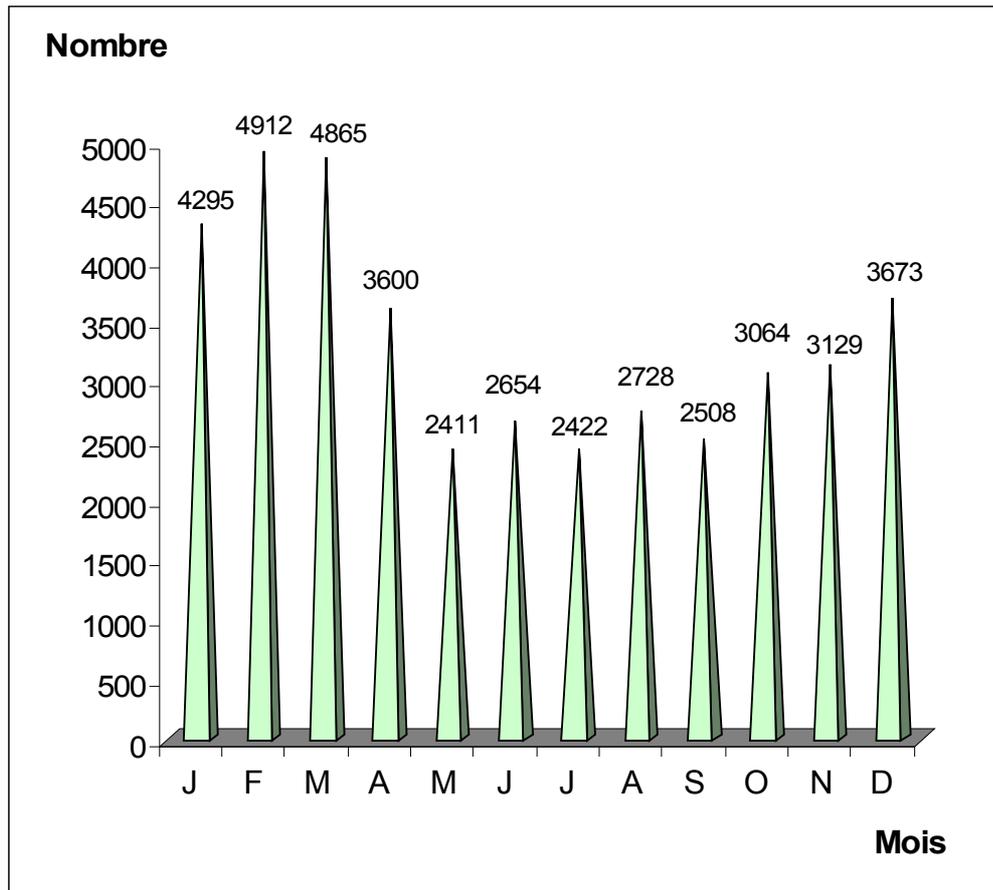


**Figure n° 16 : Diagramme de la situation des accouchements.**

*iii) Les activités curatives*

**Tableau n° 6 : Situation des consultations externes.**

Mois	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Nombre	4295	4912	4865	3600	2411	2654	2422	2728	2508	3064	3129	3673	<b>40261</b>

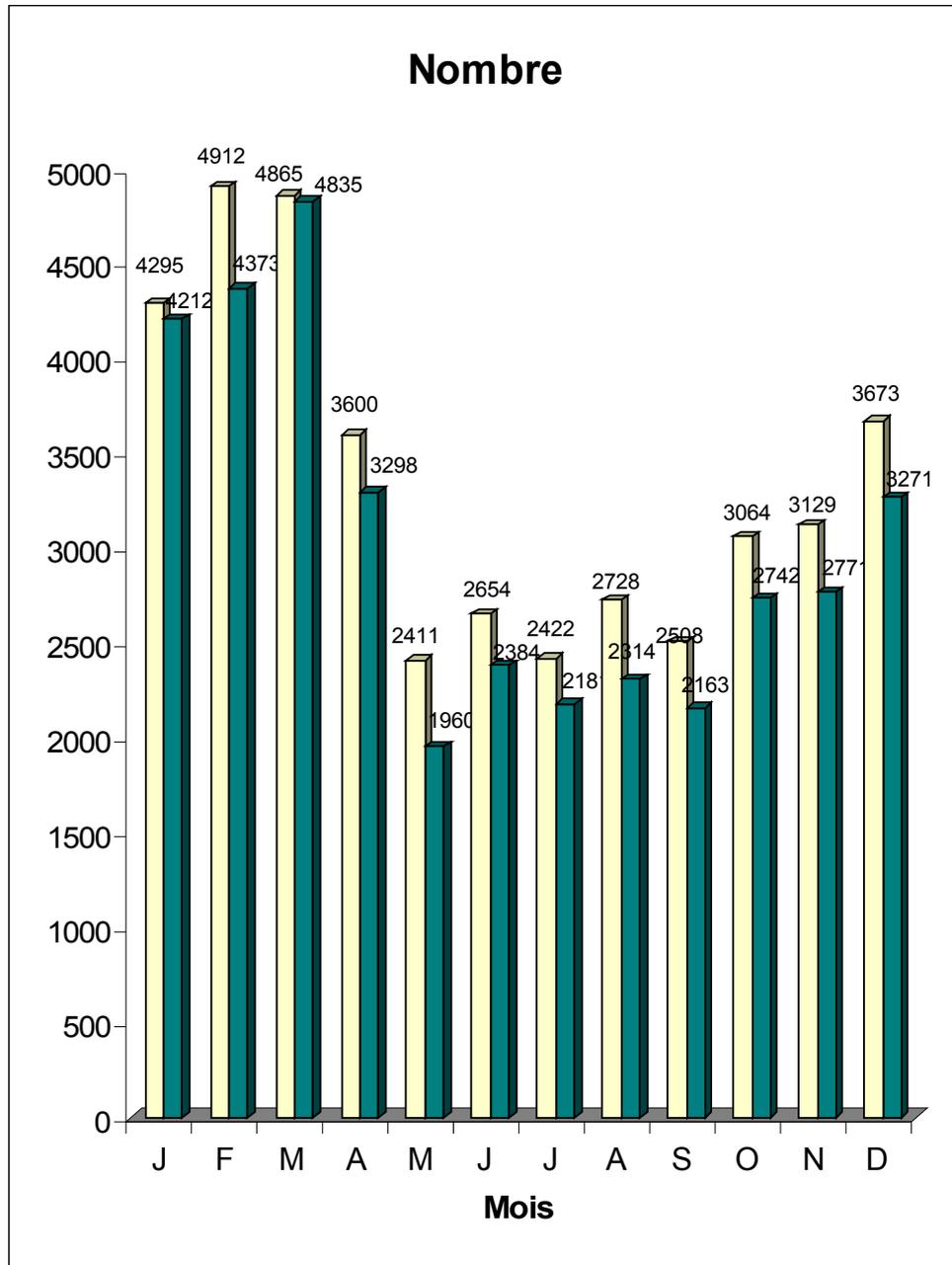


**Figure n° 17 : Diagramme de la situation des consultations externes.**

**Tableau n° 7 : Les ordonnances prescrites et ordonnances servies.**

<b>Mois</b>	<b>Ordonnances prescrites</b>	<b>Ordonnances servies</b>	<b>Ecart</b>
<b>Janvier</b>	4295	4212	83
<b>Février</b>	4912	4373	539
<b>Mars</b>	4865	4835	30
<b>Avril</b>	3600	3298	302
<b>Mai</b>	2411	1960	451
<b>Juin</b>	2654	2384	270
<b>Juillet</b>	2422	2181	241
<b>Août</b>	2728	2314	414
<b>Septembre</b>	2508	2163	345
<b>Octobre</b>	3064	2742	322
<b>Novembre</b>	3129	2771	358
<b>Décembre</b>	3673	3271	402
	<b>40261</b>	<b>36504</b>	<b>3757</b>

*Source : BSD Brickaville*



**Figure n° 18 :** Diagramme des ordonnances prescrites et ordonnances servies.

**Tableau n° 8 : Les recettes P.F.U.**

<b>Mois</b>	<b>Recettes P.F.U</b>
<b>Janvier</b>	14.465.764
<b>Février</b>	11.262.512
<b>Mars</b>	12.349.385
<b>Avril</b>	14.718.982
<b>Mai</b>	21.852.435
<b>Juin</b>	17.350.814
<b>Juillet</b>	17.474.220
<b>Août</b>	12.886.916
<b>Septembre</b>	10.940.654
<b>Octobre</b>	12.658.150
<b>Novembre</b>	17.803.570
<b>Décembre</b>	12.089.597
<b>TOTAL</b>	<b>175.852.999</b>

*Source : BSD Brickaville*

### 3.4. Au niveau du CHD1

**Tableau n° 9 : Activités d'Hospitalisation.**

<b>Dénomination</b>	<b>Médecine Homme</b>	<b>Médecine Femme</b>	<b>Pédiatrie</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Nombre</b>	143	158	203	504

*Source : BSD Brickaville*

**Tableau n° 10 :** Consultations externes, accouchements analyse de laboratoire et soins dentaires.

<b>Dénomination</b>	<b>Consultations externes</b>	<b>Accouchement</b>	<b>Analyse et examens de laboratoire</b>	<b>Soins et extractions dentaires</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Nombre</b>	3900	252	1.107	298	<b>5557</b>

*Source : BSD Brickaville*

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

### **1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

L'étude que nous avons menée au Bureau de santé de district de Brickaville et qui porte sur le paquet santé pour tous dans le district sanitaire a permis de mieux apprécier la situation.

#### **1.1. Organisation du District de santé**

Le système de Santé de District de Brickaville est organisé conformément au modèle « Africain » : bureau de Santé de District qui a sous sa responsabilité, un Centre Hospitalier de District ou CHD, des Centres de Santé de Base ou CSB.

#### **1.2. Le paquet santé pour tous**

- Le District sanitaire de Brickaville développe au niveau de ses formations sanitaires de base (CSB<sub>2</sub> et CSB<sub>1</sub>)
  - \* Des activités préventives qui sont :
    - les activités de vaccinations
    - la planification familiale
    - la surveillance nutritionnelle des enfants (pesées)
    - les consultations prénatales
  - \* Des activités de maternité
    - les accouchements normaux
  - \* Des activités curatives

les activités curatives sont essentiellement représentées par les consultations externes et les soins infirmiers. Au niveau du chef lieu de district se trouve le Centre Hospitalier de District du niveau 1 ou CHD<sub>1</sub>, un centre hospitalier de premier recours pour les formations sanitaires de base du district.

### **1.3. Les activités contenues dans le paquet santé pour tous**

#### **1.3.1. *Au niveau des CSB<sub>2</sub> et CSB<sub>1</sub>***

Au niveau des CSB<sub>2</sub> et CSB<sub>1</sub>, on a enregistré pour l'année 2001.

##### ***i) pour les activités préventives***

- CPN : 9440 consultations
- P.F : 1998 utilisatrices régulières
- Vaccinations
  - BCG : 5013 enfants vaccinés
  - DTCP<sub>3</sub> : 4898 enfants vaccinés
  - ATR : 4585 enfants vaccinés
- Pesées : 14707 séances de pesées

##### ***ii) pour les activités de maternité***

- Le nombre d'accouchements réalisés est de : 2436

##### ***iii) pour les activités curatives***

- Nombre de consultations externes : 40261
- Nombre d'ordonnances prescrites : 40261
- Nombre d'ordonnances servies : 36504
- Ecart entre ordonnances prescrites et ordonnances servies : 3757

##### ***iv) recettes P.F.U : 175.852.999 Fmg***

### 1.3.2. *Au niveau du CHD1*

- Nombre d'hospitalisations : 504
- Consultations externes : 3900
- Nombre d'accouchements : 252
- Nombre d'analyses de laboratoire : 1.107
- Nombre de soins et d'extractions dentaires : 298

L'analyse des résultats permet de dire, sur les bases d'une population de 166.347 habitants : 6.653 enfants âgés de 0 à 11 mois, 29.942 enfants âgés de 0 à 5 ans, 8.317 grossesses attendues et 37.262 femmes en âge de procréer, que :

- *Chaque femme enceinte a une moyenne de 1,1 CPN.*
- *La couverture contraceptive est de 5,4%*
- *Les couvertures vaccinales sont :*
  - *BCG : 75,3%*
  - *DTCP<sub>3</sub> : 73,6%*
  - *ATR : 68,9%*
- *Chaque enfant âgé de 0 à 5 ans a une moyenne de 0,49 pesées.*
- *49,4% des femmes accouchent dans les formations sanitaires publiques.*

## 2. *SUGGESTIONS*

*Compte tenu des résultats obtenus, nos suggestions s'orientent vers :*

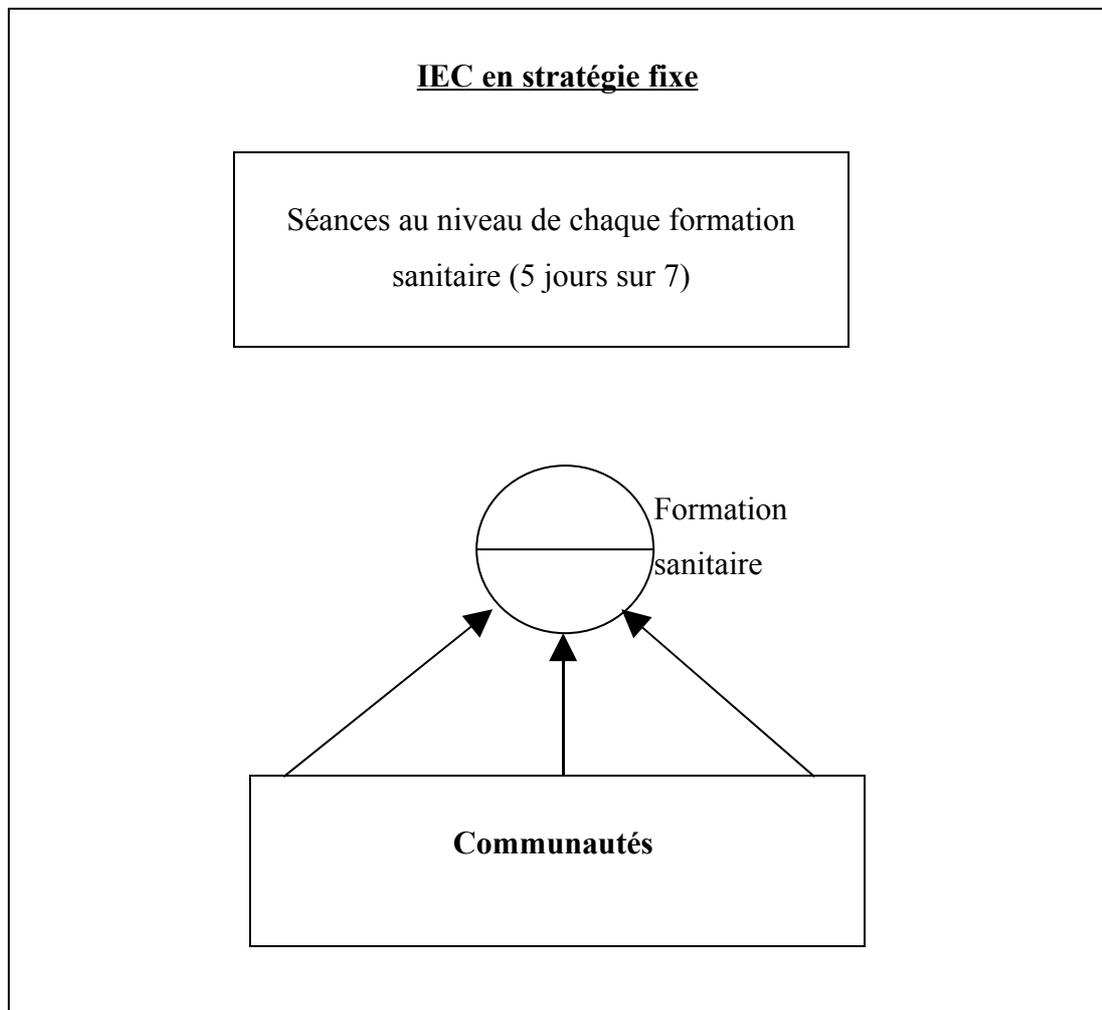
- *Le développement de l'IEC.*
- *Le renforcement des activités préventives.*
- *L'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé de base et de la qualité des soins.*

## 2.1. Développement de l'IEC

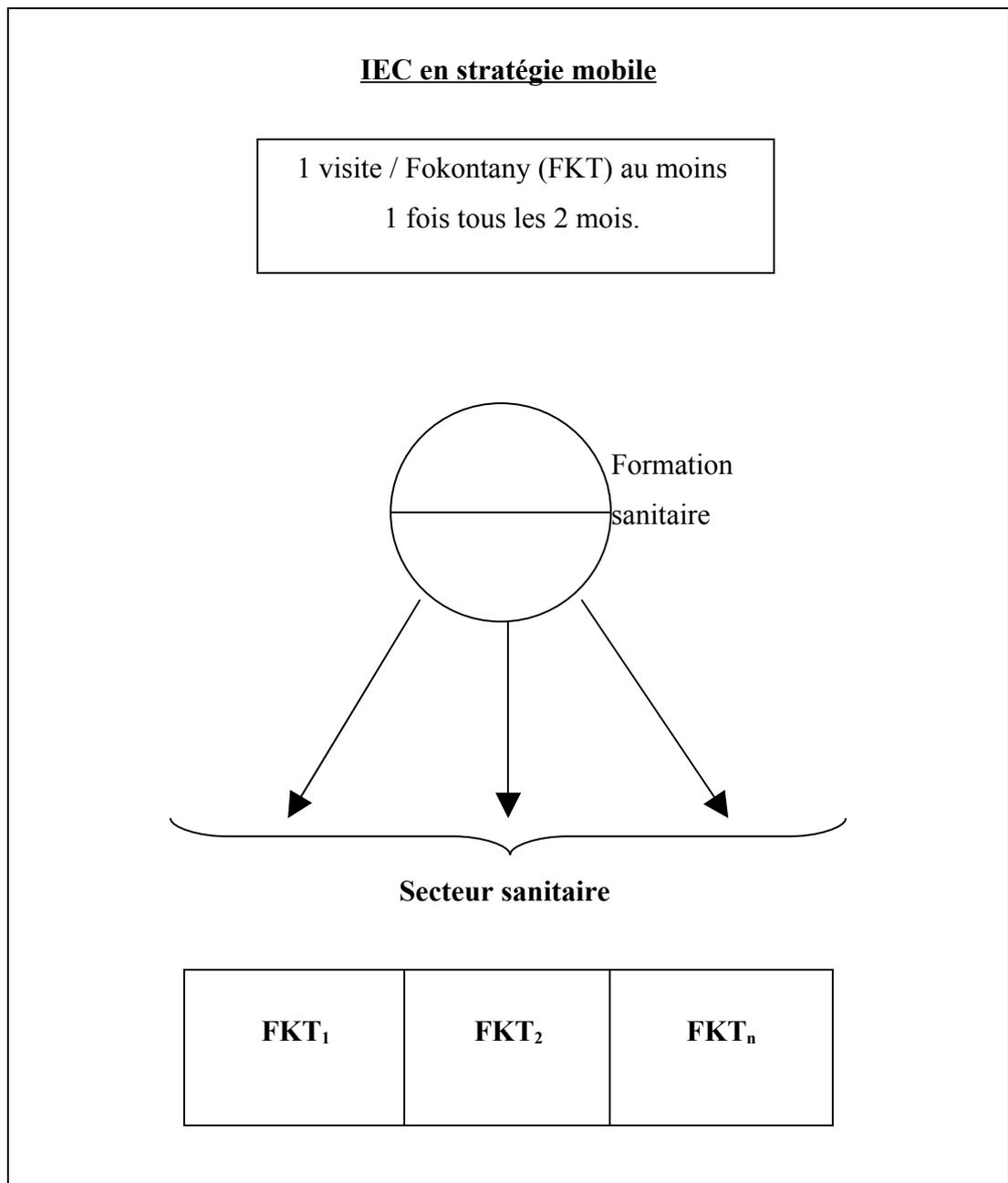
Les activités d'éducation sanitaire n'apparaissent pas de façon évidente dans le district sanitaire. Nous proposons en conséquence de développer des activités d'IEC intégrées.

Ces activités pourraient être programmées avec les autres activités pour être mieux adaptées à la situation de la population.

Les activités pourraient être menées en stratégie fixe périodiquement et régulièrement. Les stratégies mobiles pourraient être confiées à des groupes de personnels formés au préalable.(Figure n° 19) et (Figure n° 20).



**Figure n° 19 : Stratégie fixe proposée pour les activités d'IEC.**



*Figure n° 20 : Stratégie mobile proposée  
pour les activités d'IEC.*

## 2.2. Le renforcement des activités préventives

Les activités préventives devraient être renforcées en particulier (Figure n° 21)

- Les CPN qui devraient atteindre au moins une moyenne de 2 CPN par femme enceinte.

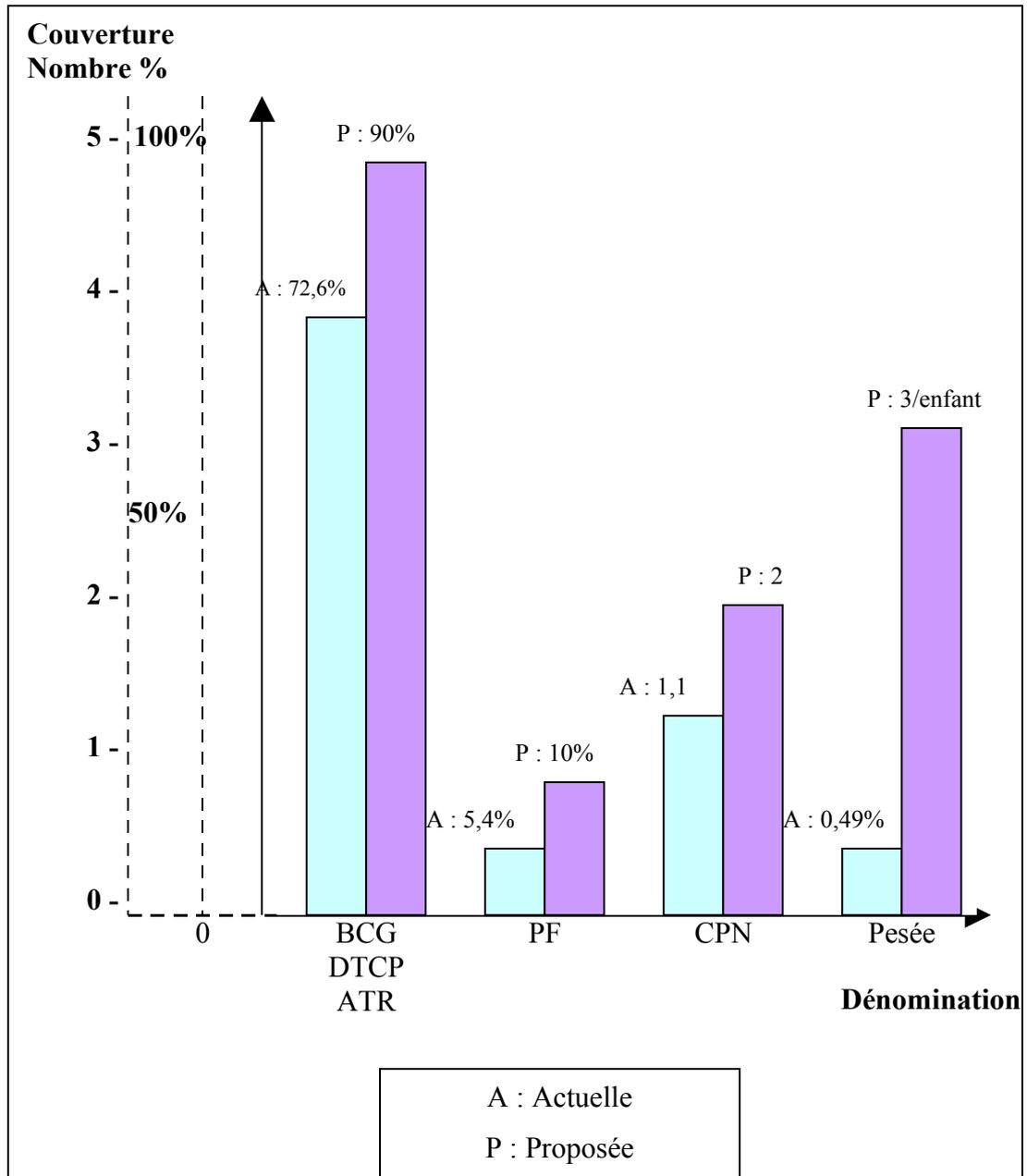


Figure n° 21 : Couvertures proposées pour les activités préventives.

- Les vaccinations, en terme de couverture devraient dépasser le taux de 90%.
- La couverture contraceptive devrait atteindre d'ici 2005 un taux moyen de 10%
- Les pesées des enfants de 0 à 3 ans devraient atteindre une moyenne de 3 pesées par enfant par mois.
- 70% des femmes devraient accoucher dans les formations sanitaires publiques. Les accouchements devraient être assistés dans la mesure du possible par un personnel de la santé.

### 2.3. *Amélioration de l'accessibilité aux soins de base et de la qualité des soins*

- Les problèmes d'accessibilité sont doubles dans le district de santé. Il faudrait :
  - Améliorer l'accessibilité géographique, en renforçant les stratégies mobiles et avancées, faute de pouvoir augmenter le nombre de formations sanitaires.
  - *Améliorer l'accessibilité financière*
- 3.757 ordonnances n'ont pas été servies en 2001 dans le district sanitaire, ce qui représente une somme de 16.410.576 Fmg qui, par rapport aux recettes globales de P.F.U qui s'élèvent à 175.852.999, représente 9,3% des recettes.
- On pourrait par exemple faire partager la somme impayée par ceux qui peuvent payer ou alors permettre à ceux qui n'ont pas d'argent disponible tous les jours d'effectuer un pré paiement annuel lors des périodes de récolte.
- L'amélioration de la qualité des soins est également important

- Il faudrait une formation périodique du personnel de la santé pour améliorer les techniques et élargir les connaissances.
- Il faudrait aussi que les médicaments essentiels soient disponibles en permanence.
  - En ce qui concerne le CHD<sub>1</sub> en particulier, les équipements devraient être renforcés : l'existence d'un appareil de radiologie, d'un appareil d'ECG devrait être envisagée.

## CONCLUSION

La mise en œuvre du programme « paquet santé pour tous » demande un système de santé de district qui dispose d'un minimum d'infrastructure et des ressources adéquates.

L'étude que nous avons menée dans le district sanitaire de Brickaville montre, grâce aux méthodes d'analyse institutionnelle et d'analyse épidémiologique utilisées, qu'il n'est pas insensé d'espérer mieux.

En effet les résultats obtenus par notre étude indiquent les points forts du district (comme l'organisation qui est conforme au cadre de développement de la santé) et les points faibles (comme les insuffisances en matière d'accessibilité et de ressources).

Les points forts sont essentiellement : l'organisation effective du système de santé en 3 étapes : CHD1 – CSB2 – CSB1 ; et la mise en place d'un médecin au niveau de chaque CSB2.

Les points faibles sont par contre l'insuffisance des mesures prises en matière d'approvisionnement en médicaments et de formation du personnel.

Les suggestions que nous avons formulées et qui concernent le développement de l'IEC dans le district de santé sont les suivantes : le renforcement des activités préventives telles que la vaccination, les consultations prénatales et les pesées, l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins, représentent le minimum des efforts qu'il faudrait effectuer pour que « le paquet santé pour tous » ne soit pas seulement un slogan mais une réalité vécue par la population du district de santé de Brickaville et nous l'espérons de tous les districts de santé de Madagascar.

## BIBLIOGRAPHIE

1. UNICEF. Santé et civilisation des services de santé. New york, 1992 : 3.
2. OMS. Les soins de santé primaires. Conférence Internationale sur les SSP, Alma-Ata. Genève : OMS, 1978.
3. OMS. Soins de santé primaires. L'expérience chinoise. Genève : OMS, 1984 : 113.
4. Monekosso MD. La gestion sanitaire au niveau de district. Brazzaville : OMS, 1994.
5. Blum HL. Planning for Health. Human sciences Press, 1981 ; 2 : 155-156.
6. Vaughan JP, Morow RH. Manuel d'épidémiologie pour la gestion de la santé au niveau du district. Genève : OMS, 1991 : 186.
7. Belloncle G, Fournier G. santé et développement en milieu rural Africain. Paris : Les Ouvrières, 1975.
8. La Busquiere R. Santé rurale et médecine préventive en Afrique. Paris : le François, 1975.
9. Alvaro S, Guido M. Le Costa Rica réforme en système de santé « modèle ». Santé du Monde. Genève : OMS, 1997 ; 50 : 10-11.
10. Panger KA. L'initiative de Bamako. Santé du monde. Genève : OMS, 1997 ; 50 : 26-27.

11. Brisset C. La santé dans le Tiers Monde. Paris : La découverte, Le Monde, 1984 : 251.
12. Djukanovic V, Mach EP. Comment répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement. Genève : OMS, 1975 : 130.
13. Mahler M. La santé pour tous d'ici l'an 2000. Genève : OMS, 1981.
14. OMS. Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Genève : OMS, 1981.
15. Queniam CAA. Santé pour tous en l'an 2000. Un concept révolutionnaire. Forum Mondial de la santé. Revue Internationale de Développement Sanitaire, 1981 ; 2 : 193.
16. OMS. Un meilleur usage des ressources pour une meilleure santé. Santé du Monde. Genève : OMS, 1997.
17. Schwartz D. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes. Paris : Flammarion, 1970.
18. Dabis F, Drucker J, Moren A. Epidémiologie d'intervention. Arnette, 1992.
19. Calot G. Cours de statistiques descriptives. Paris : Dunod, 1965.
20. Jenicek M. Introduction à l'épidémiologie. Paris : Maloine, 1976.
21. Document du Ministre de la Santé. Madagascar : Guide de monitoring, 1996.
22. OMS. Programme d'action pour les médicaments essentiels. Genève : OMS, 1992.

23. OMS. Formation des cadres moyens PEV. Genève : OMS, 1988.
24. Teuerstein M. Evaluation development and community programmes with participants. Londres : Mc Millan, 1986.
25. Rochon A. L'éducation pour la santé. Montréal : Agence d'ARC, 1988.

## 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 mamoaafady 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 ho-rabirabian'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**

**Nom et Prénoms : RAMILJAONA Joseph**

**Titre de la thèse : « GESTION DES SERVICES DANS LE BUREAU DE SANTE DE DISTRICT DE BRICKAVILLE EN 2002 »**

**Rubrique : Médecine**

**Nombre de figures : 21**

**Nombre de pages : 46**

**Nombre de tableaux : 10**

**Nombre de références bibliographiques : 25**

## **RESUME**

« Gestion des services dans le bureau de santé de district de Brickaville » est une étude qui a pour objectif d'analyser l'utilisation actuelle de la stratégie des soins de santé primaires afin de proposer des améliorations.

Pour ce faire, nous avons choisi comme cadre d'étude le bureau de santé de district de Brickaville. Il s'agit d'une formation sanitaire qui couvre un secteur sanitaire de 166.347 habitants. L'évaluation de la gestion des soins de santé primaires a été effectuée avec les techniques de l'épidémiologie descriptive utilisant des indicateurs (de disponibilité, d'accessibilité, d'utilisation, de couverture adéquate et de couverture effective) et les courbes de couverture.

Ainsi, nous avons pu mettre en évidence les trois principaux problèmes du BSD de Brickaville qui sont : la disponibilité en vaccins et en médicaments, l'accessibilité géographique et l'accessibilité financière et enfin la couverture efficace des activités. L'absence de plan de travail annuel au niveau du BSD aggrave la situation. Afin d'améliorer la situation, nous avons proposé trois ordres de stratégie :

- Une amélioration du système d'approvisionnement en vaccins et en médicaments.
- La réduction des problèmes d'accessibilité dans les domaines géographique et financier.
- L'amélioration de la couverture efficace.

**Mots-clés : Soins de santé primaires – gestion – monitoring – disponibilité – accessibilité.**

**Directeur de thèse : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe**

**Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi**

**Adresse de l'auteur : Lot 447 CU Ankatso I Antananarivo 101**

**Name and first name : RAMILJAONA Joseph**

**Title of the thesis : « MANAGEMENT OF SERVICES IN THE DISTRICT  
HEALTH OFFICE OF BRICKAVILLE IN 2002 »**

**Heading : Medicine**

**Number of figures : 21**

**Number of pages : 46**

**Number of tables : 10**

**Number of bibliographical references : 25**

## **SUMMARY**

“ Management of services in the district health office of Brickaville ” is a research which aims to analyse nowadays use of primary health cares strategy in order to propose improving elements.

To do so, we have chosen as research area, the district health office of Brickaville. This sanitary formation covers a sanitary sector of 166.347 citizens. The assessment of the primary health care management has been carried out with the techniques of description epidemiology using indicator (of availability, of accessibility, of utilisation, of correct covering and effective covering) and the covering graph.

Thus, we've pointed out 3 principal problems in the district health office of Brickaville : the availability of vaccines and medicines ; the geographical accessibility and financial accessibility and last the efficient covering of activities. The absence of annual working plan in the district health office worsens the situation. In order to improve that situation, we propose three strategic elements :

- The improvement of the stocking system of vaccines and medicines.
- The reduction of accessibility problems in the geographical and financial field.
- The improvement of the efficient covering.

**Key words : Primary health cares – Management – monitoring –  
availability – Accessibility.**

**Director of the thesis : RAMAKAVELO Maurice Philippe**

**Reporter of the thesis : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi**

**Address of author : Lot 447 CU Ankatso I Antananarivo 101**