

RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR

Le Projet de coopération technique Japonaise pour l'étude pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant à la République de Madagascar

Rapport final

Août 2006

{blank}

Photographie



Pédiatrie au CHUM (Chambre pour mère et enfant)



Maternité au CHUM (Salle d'accouchement)



Salle d'accouchement dans le CSB Mabiboo



Immunization au CSB Mabiboo



Séminaire sur l'accouchement humanisé dans l'IFP de Mahajanga



Staff Néonatal (CHUM)



Enfants dans les villages (Ankijabe, Ambato-boeny)



CRENA (Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire au CSBU de Marovoay)



Les experts japonais qui vont observer l'accouchement à la maison assisté par la sage-femme de CSB (Ankijabe, Ambato-boeny)



Observation d'accouchement à la maison assisté par la sage-femme de CSB (Ankijabe, Ambato-boeny)



Interview d'une accoucheuse traditionnelle par les experts japonais (Miadana, district de Maravoay)



Transportations dans les villages (Il n'y a pas de pont sur la rivière.)



Les experts japonais qui font des enquêtes sur le soin maternelle au CHUM



Comité de Pilotage (Ministère de la Santé et de Planning Familial)



L'atelier pour la conception du projet de coopération futur (L'explication du concept de 'Sécurité Humain' par le staff de la JICA)



L'atelier pour la conception du projet de coopération futur (Discussion en groupe)



L'atelier pour la conception du projet de coopération futur (Echange de questions et des réponses actives parmi les participants)



L'atelier pour la conception du projet de coopération futur (Photo de souvenir – tous les participants)

{blank}

Liste des tableaux et figures

Tableau 1.1	Proportion des démunis par an et par province
Tableau 1.2	Indicateurs de la Santé à Madagascar
Tableau 1.3	Causes, nombre de cas et proportions des maladies infantiles dans les CSB (2003)
Tableau 1.4	Causes, nombre de cas et proportions de la mortalité infantile dans les CHD
Tableau 1.5	Taux de morbidité du VIH chez les femmes enceintes (2003)
Tableau 1.6	Taux de tests positifs de la syphilis chez les femmes enceintes (2003)
Tableau 3.1	Etat d'exécution de FANOME / FE dans la région Boeny (janvier - juin 2005)
Tableau 3.2	Etat d'exécution de FANOME / FE dans la région Betsiboka (décembre 2004)
Tableau 3.3	Bilan de FANOME / FE dans la région Betsiboka (juin 2005)
Tableau 3.4	Etat d'exécution de FANOME / FE dans la région Sofia
Tableau 3.5	Elément décisif de la performance du FANOME / FE
Tableau 3.6	Nombre des usagers des fonds d'équité de CHD-2 de Marovoay
Tableau 3.7	Nombres des usagers de l'assurance de santé à gestion communautaire de CHD-2 d'Itaosy (année 2004)
Tableau 3.8	Type, contenu et receveur de rapports que la SSPFD doit établir
Tableau 3.9	Catégorie de soins d'accouchement normale (O.M.S.) et état de pratique dans les établissements médicaux
Tableau 3.10	Nombre de diplômés de la formation IMCI et le nombre des suivis effectués
Tableau 3.11	Taux d'exécution de services relatives à la santé maternelle (Région Boeny, 2004)
Tableau 3.12	Taux d'exécution de vaccination préventive (Région Boeny, 2004) ²⁷
Tableau 3.13	Informations sur la santé maternelle recueillies mensuellement par les SSPFD (sauf le planning familial) (formule de 2004)
Tableau 3.14	Informations sur la santé maternelle recueillies mensuellement par les SSPFD (formule électronique de 2005)
Tableau 3.15	Population enregistrée et estimée au Commune de Boanamaray par Fokontany
Tableau 3.16	Nombre d'enregistrement de naissance par fokontany dans la commune de Boanamaray et le taux d'enregistrement fondé sur le nombre d'accouchement estimé du recensement
Tableau 3.17	14 articles de risque examinés à la fiche de surveillance de la santé de la mère et du nouveau-né
Tableau 3.18	Caractéristiques des femmes qui ont éprouvé l'examen prénatal au CSB-2 de Boanamaray en 2005
Tableau 3.19	Nombre de consultation d'examens prénataux éprouvés par les femmes qui l'ont subi au moins une fois au CSB-2 de Boanamaray en 2005, et les facteurs relatifs
Tableau 3.20	L'usage d'accouchement à l'établissement par les femmes qui ont éprouvé l'examen prénatal au CSB-2 de Boanamaray en 2005 et les facteurs relatifs

- Tableau 3.21 Caractère des personnes ciblées de l'étude d'état de conception, accouchement et des soins d'enfants dans les ressorts de CSB-2 de Boanamaray et de Miadana
- Tableau 4.1 Opinions exprimées en tant qu'éléments nécessaires pour l'offre de services de santé maternelle et infantile aux habitants des régions
- Tableau 5.1 Projet d'amélioration des services de santé maternelle et infantile en République de Madagascar (appellation provisoire), conception de projet (proposition)
- Figure 1.1 Organigramme de la DRSPF de la région de Boeny
- Figure 3.1 Aperçu du mécanisme du FANOME et du Fond d'équité
- Figure 3.2 Mécanisme de l'association de programme de paiement anticipé de Talata Ampano
- Figure 3.3 Courant de divers rapport
- Figure 3.4 Région ciblée
- Figure 3.5 Position de la commune de Boanamaray et de chaque fokontany
- Figure 3.6 Relation entre la distance entre le CSB et le domicile (fokontany) des femmes qui ont consulté l'examen prénatal au CSB-2 de Boanamaray en 2005, le taux de consultation d'examen prénatal, et le taux d'accouchement à l'établissement
- Figure 3.7 Taux de couverture par mois des injections préventives dans la juridiction de CSB-2 de Boanamaray (2005)
- Figure 3.8 Taux de couverture de l'injection (BCG) dans la juridiction de CSB-2 de Boanamaray par fokontany et par âge en mois (2005)
- Figure 3.9 Taux de couverture de l'injection (DTC et 3 injections de Hepatis B) dans la juridiction de CSB-2 de Boanamaray par fokontany et par âge en mois (2005)
- Figure 3.10 Taux de couverture de l'injection (Rougeole) dans la juridiction de CSB-2 de Boanamaray par fokontany et par âge en mois (2005)

Liste des abréviations et acronymes

AAA	F	Auto-apprentissage assiste	
AKIH	F	Adaptation Kangarou intra-hospitalier	
ANC	E	Antenatal care	F:CPN
AS	F	Assistante sociale	
AS	F	Aide sanitaire	
AT	F	Accoucheuse traditionnelles	E:TBA
BEFE	F	Bureau exécutif du fonds d'équité	
BEOC	E	Basic emergency obstetric care	F: SOUB
BONC	F	Besoin obstétrical non couvert	E:UON
CDP	F	Comité de développement du prépaiement de la commune ou du district	
CEOC	E	Comprehensive emergency obstetric care	F: SOUC
CF	F	Coopération Française	
CG	F	Comité de gestion	
CHD	F	Centre hospitalier de district	
CHRR	F	Centre hospitalier de référence de région	
CHU	F	Centre hospitalier universitaire	
CHUM	F	Centre hospitalier universitaire de Mahajanga	
CME	F	Complex mère et enfant de la province de Mahajanga	
CNLS	F	Comité national de lutte contre le sida	
CoGe	F	Comité de gestion	
CoSan	F	Comité de santé	
CPD	E	Cephalopelvic disproportion	
CPN	F	Consultation prénatale	E:ANC
C-PRSP	E	Complete PRSP	
CRENA	F	Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire	
CRENI	F	Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive	
CRESAN	F	Projet d'amélioration du secteur santé	
CS	F	Comité de surveillance	
CSB	F	Centre de santé de base	
DAAF	F	Direction des affaires administratives et financières	
DDDS	F	Direction de développement des districts sanitaires	
DEP	F	Direction des études et de la planification	
DHRR	F	Direction des hôpitaux de référence des régions	

DHS	E	Demographic and health surveys	F:EDS
DRH	F	Direction des Ressources Humaines	
DRSPF	F	Direction Régionale de Santé et du Planning Familial	
DSF	F	Direction de la Santé Famille	
DSRP	F	Document de Stratégies pour la Réduction de la Pauvreté	E:PRSP
DTC	F	Diphtérie, tétanos, coqueluche	E:DPT
DULMT	F	Direction des Urgences et de la Lutte contre le Maladies Transmissibles	
EBM	E	Evidence-based Medicine Médecine fondée sur le niveau de preuve / sur des faits (F)	
EDS	F	Enquête démographique et de santé	E:DHS
EF	E	Equity Fund	F:FE
EMAD	F	Equipes Médicaux et d'Appui aux Districts	
EmOC	E	Emergency Obstetric Care	
EPI	E	Expanded programme of immunization	F:PEV
EU	E	European union	F:UE
FANOME	F/M	Financement pour l'Approvisionnement Non-Stop des Médicaments	
FDF	F	Formation de formateur	E:TOT
FE	F	Fonds d'équité	E:EF
FGD	E	Focus group discussion	
FKT	M	Fokontany	
FMG	F	Franc Malagasy	
FNUAP	F	Fonds des Nations Unies pour la Population	E:UNFPA
GNI	E	Gross National Income	
GOAD	F	Œcuménisme d'assistance aux démunis	
GTZ	G	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	
HIPC	E	Highly Indebted Poor Country	
HIV	E	Human immunodeficiency virus	F:VIH
IFP	F	Institut de Formation de Paramédicaux	
IMCI	E	Integrated Management of Childhood Illness	F:PCIME
IMR	E	Infant mortality rate	F:TMI
INSPC	F	Institut National de la Santé Publique et Communautaire	
INSTAT	F	Institut National de la Statistique	
IRCOD	F	Institut Régional de Coopération Développement Alsace	
ITN	E	Insecticide Treated Nets	
KMC	E	Kangaroo Maternity Care	
LNR	F	Laboratoire National de Référence	

MDG	E	Millenium development goal	F:OMD
MGA		Malagasy Ariary	
MINSAN-PF	F	Ministère de la santé et du planning familial	
MMR	E	Maternal Mortality Ratio	F:RMM
MSR	F	Maternité sans Risque	E:Safe Motherhood
MW	E	Midwife	
NCU	E	Neonatal care unit	
NGO	E	Non-governmental organization	F:ONG
OMD	F	Objectifs millenium de developpement	E:MDG
OMS	F	Organisation Mondiale de la Santé	E:WHO
PCIME	F	Prise en charge intégrée des malades des enfants	E:IMCI
PCIMEC	F	Prise en charge intégrée des malades des enfants communautaire	E:C-IMCI
PEV	F	Programme élargi de vaccination	E:EPI
PFU	F	Participation Financière des Usagers	
PMCT	E	Prevention of mother-to-child transmission of HIV	F:PTME
PRSP	E	Poverty reduction strategic paper	F:DSRP
PTA	F	Plan du Travail Annuel	
PTME	F	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH	E:PMCT
RMA	F	Rapport mensuel des activités	
RMSD	F	Rapport Mensuel Synthèse de District	
SBA	E	Skilled Birth Attendant	
SEECALINE	F	Projet de Surveillance et Education des Ecoles et des Communautés en matière d'Alimentation et de Nutrition Elargie	
SFPP	F	Service de la Formation et du Perfectionnement du Personnel	
SHD	F	Service des hopitaux des districts	
SHRR	F	Service des hospitalux de références des régions	
SIDA	F	Syndrome immunodeficitaire acquis	E:AIDS
SONU	F	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence	E : EONC
SONUB	F	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base	E : BEONC
SONUC	F	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence complét	E : CEONC
SR	F	Santé de la Réproduction	
SSEv	F	Service de suivi et evaluation	
SSPFD	F	Service de santé et du planning familial du district	
SSR-MSR	F	Service de santé de la reproduction et maternité sans risque	
SSS	F	Service de statistique sanitaire	
SV	F	Service de vaccination	

TBA	E	Traditional Birth Attendant	F:AT
TOT	E	Training of trainer	F:Fdf
TT	E/F	Tetanus toxoid	
UDAC	F	L'Unité D'Appui à l'Autopromotion Communautaire	
UNFPA	E	United Nations Population Fund	F:FNUAP
UNICEF	E/F	United Nations Children's Fund	
UON	E	Unmet obstetric need	F:BONC
URSR	F	Unité de renforcement de système de référence	
USD	E	United States Dollar	F:EUD
USAID	E	United States Agency of International Development	
VCT	E	Voluntary Counseling and Testing	
VIH	F	Virus de l'Immunodéficience Humaine	E:HIV
WHO	E	World Health Organization	F: OMS

Résumé

Située dans l'Océan Indien, à environ 400 km de la côte est du continent africain, la République de Madagascar (ci-après « Madagascar ») s'étend sur une superficie de 587 051 km² (1,6 fois le Japon), et compte une population de 17 400 000 habitants. Avec un taux de croissance de la population de 2,8 %, une espérance de vie moyenne à la naissance de 54 ans, un taux de mortalité maternelle de 550, un taux de mortalité avant 5 ans de 126, et un taux total de fécondité (TTF) de 5,6, les indicateurs démographiques de base expriment manifestement la forte natalité et la forte mortalité infantile à Madagascar.

Avec un revenu national brut (RNB) par personne de 290 USD, et 69,6 % de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté, les indicateurs économiques sont également faibles, même parmi les pays environnants.

Dans le domaine de la santé, les indicateurs de santé et d'hygiène, par exemple le taux de malnutrition, le taux de vaccination, le taux de morbidité des maladies infectieuses, le taux d'accès de la population à l'eau potable, etc., sont médiocres ; et l'on reconnaît une structure qui comprend des maladies souvent mortelles caractéristiques des pays en voie de développement, telles que le paludisme, les maladies respiratoires ou les diarrhées.

Dans le cadre du « Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté 2003 (DSRP) » et du « Plan National de Santé 2002 - 2006 », qui sont les plans de Madagascar placés en amont, le gouvernement malgache a accompli différentes actions dans les domaines prioritaires tels que l'éradication des principales maladies infectieuses, l'amélioration des services de santé maternelle et infantile, le renforcement du système de transfert des malades, l'amélioration de la situation de la nutrition, etc. Cependant, l'aménagement des infrastructures de santé, qui comprennent le développement du personnel médical et de santé et le matériel médical, est toujours insuffisant, et un renforcement au moyen de nouvelles actions sera nécessaire.

En raison de cette situation, le gouvernement de Madagascar a aménagé le système de santé régional de la province de Mahajanga dans le cadre d'une coopération dont les partenaires étaient principalement la France, l'Allemagne et le Japon. A travers le « Projet d'amélioration globale du centre hospitalier universitaire de Mahajanga », projet de coopération technique franco-japonais achevé en février 2004, une contribution a été apportée au système provincial de référence et à l'amélioration des services de santé régionale et d'hygiène publique, selon une approche de liaison entre le Centre hospitalier universitaire de Mahajanga (ci-après « CHUM »), organisme médical de haut niveau, et la province. Des résultats concrets ont pu être obtenus, telles que l'amélioration de l'accès, l'augmentation du nombre de patients référés et la réduction du taux de mortalité infantile au CHUM. Toutefois, une analyse des patients référés au CHUM a indiqué que (1) 45 % de ceux-ci sont des enfants de moins de 5 ans, et (2) 96 % des patients de 15 à 30 ans sont des femmes, dont la plupart sont des cas de grossesse à haut risque. Le problème de la santé maternelle et infantile dans la

province de Mahajanga est donc très urgent, et la question est désormais le renforcement d'un système de services de santé maternelle et infantile qui pourrait répondre adéquatement et rapidement aux besoins des habitants qui en sont les plus éloignés.

En fonction de cet arrière-plan, en juillet 2004 le gouvernement de Madagascar a soumis au Japon une requête de coopération technique intitulée « Projet d'étude pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant à la République de Madagascar » (ci-après « le Projet »). Sur la base de cette requête, le gouvernement japonais a envoyé sur place une mission d'étude pour l'évaluation préliminaire du projet, de novembre à décembre 2004, avec pour orientation d'exécuter un projet d'étude qui contribue à l'élaboration de la future coopération dans le domaine de la santé maternelle et infantile à Madagascar. L'accord du gouvernement de Madagascar concernant cette orientation a également été obtenu, et il a été convenu d'exécuter le présent projet jusqu'à la fin de l'année budgétaire 2005.

Dans le cadre de ce projet, 1 expert à longue durée spécialisé dans le travail de coordination et la collecte d'informations a été envoyé sur place pour 1 an, ainsi que 10 experts à courte durée (279 personnes-jours), dans les domaines suivants.

- Economie des soins médicaux
- Plan de santé régionale/santé publique
- Système d'urgences obstétricales
- Soins obstétricaux
- Santé maternelle
- Santé infantile

Un aperçu des résultats de l'étude, et les possibilités d'aide pouvant désormais être considérées, figurent ci-dessous.

1) Economie des soins médicaux

Les cibles de l'étude sont : le système d'auto-prise en charge des frais de médicaments (Financement pour l'Approvisionnement Non-Stop des Médicaments - FANOME) mis en œuvre dans les centres de santé de base (CSB), et la mise en œuvre et la gestion sur le terrain du dispositif de protection sociale (Fonds d'équité) ; le système de frais payés par les usagers dans les Centres hospitaliers de district (CHD) et l'état de progression du développement des politiques relatives au dispositif de protection sociale et au système de partage des risques ; et les activités des autres organismes partenaires en rapport.

Le Fonds d'équité dans les CSB effectue la gestion des fonds principalement au titre du fonds renouvelable pour les médicaments. Parallèlement, la reconnaissance des démunis est réalisée à l'initiative des communautés. Bien qu'il y ait en réalité de nombreux démunis, le taux moyen de reconnaissance est faible, avec environ 1% (0 - 2%) de l'ensemble des foyers. La raison observée est, l'insuffisance d'informations pour les personnes concernées en particulier pour la participation de

communautés sur le fonds d'équité et sur la reconnaissance des démunis. Aussi, ceci repose sur le contexte d'une résistance à être reconnu comme démunis, ainsi que d'une situation d'insuffisance du fonds d'équité, bien que les démunis soient nombreux.

Les Fonds d'équité au niveau des hôpitaux ne sont pas établis en tant que politique, et sont au stade où des programmes pilotes individuels sont mis en œuvre. Dans les résultats de la gestion du Fonds d'équité au CHD-2 Marovoay, mise en œuvre par la coopération allemande GTZ, les montants d'aide requis par personne démunie par jour étaient relativement faibles, avec 3 401 MGA (1,7 USD) pour la médecine générale et 5 315 MGA (2,65 USD) pour la chirurgie. Toutefois, bien que les démunis ayant besoin d'aide soient estimés à environ 40 % du total des patients qui consultent, leur nombre est actuellement maintenu en deçà de 2 %, afin de le faire correspondre avec l'aide aux démunis au niveau des CSB. Concernant les fonds, KfW d'allemande et l'Union européenne sont les principales sources de financement, mais on trouve aussi des dépenses de groupes religieux ou de communautés, et l'on considère que pour un nombre déterminé de démunis, la gestion au moyen de contributions venant de Madagascar est possible. Il est prévu de mettre en place une gestion autonome des hôpitaux et l'établissement de frais médicaux uniformes dans tout le pays, et il est possible que pour les démunis, l'accès économique devienne désormais difficile.

On observe des cas qui requièrent un long délai entre l'admission à l'hôpital et l'intervention, afin de garantir le paiement des frais médicaux, alors même qu'il s'agit de vie ou de mort, nécessitant une intervention chirurgicale (rupture utérine, placenta praevia, décollement prématuré d'un placenta normalement inséré, césarienne pour présentation irrégulière telle que présentation transverse ou présentation de l'épaule, ou grossesse extra-utérine). Pour ces cas, on considère qu'il est possible, en même temps que de fournir des soins d'urgence, de mettre en œuvre une aide pour gérer le Fonds d'équité avec un objectif de, principalement au Complexe Mère Enfant construit par la coopération financière non remboursable,.

Pour ces cas, il est possible de fournir les soins d'urgence, en mettant en place un système de recouvrement du coût grâce aux fonds perçus par les usagers et en introduisant un mécanisme comme le Fonds d'équité pour réduire les charges de la population à faible revenu, et garantir l'accès médical équitable au niveau de l'hôpital.

Cependant pour assurer une ressources financières du Fonds d'équité, il faudra examiner attentivement les différentes possibilités comme le système de recouvrement du coût (prélèvement partiel de recettes de l'hôpital) ou le système de donation,etc.

2) Plan de santé régionale

A partir du point de vue de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation du plan, nous avons examiné l'existence ou non d'un diagnostic régional fondé sur des données épidémiologiques, ainsi que la présence ou non d'un plan de distribution des ressources médicales (ressources humaines, équipements) fondé sur la compréhension des besoins médicaux. Nous avons aussi réfléchi à la situation actuelle du système de référence.

Les maladies contagieuses (tuberculose, peste, VIH, etc.) sont appréhendées au niveau du Ministère de la Santé et du Planning Familial (MINSAN-PF) et de la Direction Régionale de la Santé et du Planning Familial (DRSPF). Ces informations médicales font l'objet d'une gestion unifiée par la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) du MINSAN-PF, mais elles ne sont pas suffisamment comprises et analysées, par exemple en ce qui concerne la répartition des maladies. Les données sont présentées plusieurs fois, ce qui constitue une charge importante pour la source qui fournit celles-ci : données de la DRSPF présentées à la DEP, données des Services de santé et de planning familial de district (SSPFD), CHD et CSB présentées à la Direction de développement des districts sanitaires (DDDS) et à la DEP, données des centres hospitaliers de référence présentées à la Direction des Hôpitaux de Référence des Régions (DHRR) et à la DEP. En outre, il n'existe pas au niveau national de direction responsable des fonctions hospitalières qui gère globalement les données des CSB et centres hospitaliers de référence. On considère donc qu'en substance, c'est au niveau de la région que la gestion est possible.

Une étude de situation de la distribution des ressources humaines est en cours de réalisation. L'élaboration d'un plan d'affectation est désormais prévue avec l'aide du Canada. Il n'y a pas actuellement de plan d'affectation des installations. Avec la division en 22 régions des 6 provinces d'origine, un plan a même été élaboré pour aménager des centres hospitaliers de référence équipés de fonctions chirurgicales dans chaque chef-lieu de région. On considère qu'il est difficile d'appréhender l'ensemble du pays au niveau national, et que, pour un plan de répartition des ressources médicales réalisable, une mise en œuvre avec gestion des informations médicales au niveau régional est réaliste.

Les fonctions substantielles de l'unité de renforcement du système de référence (URSR) établie au CHUM sont suspendues, et la totalisation du nombre de patients référés au CHUM n'est pas suffisamment effectuée. Ni le MINSAN-PF, ni la DRSPF ne comportent de division directement responsable du système de référence, et l'itinéraire des patients référés pour toute la région n'est pas saisi.

Nous avons donc considéré qu'en même temps qu'un renforcement du système de référence, il est nécessaire de mettre en œuvre une aide concernant notamment l'itinéraire des patients au niveau régional, l'examen comparatif du nombre d'interventions nécessaires et du nombre d'interventions réalisées, et un plan de distribution des ressources médicales et de santé.

3) Politique de la santé maternelle et infantile

Nous avons étudié la situation actuelle de la politique de santé centrée sur femmes enceintes et accouchées et les nouveau-nés, ainsi que les perspectives de développement futur.

La « Feuille de Route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale à Madagascar » a été élaborée en 2005, et deux orientations d'action qui gardent à l'esprit les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) à l'horizon 2015 ont été indiquées. Le premier objectif est l'accès à des soins médicaux de qualité, et pour cela, trois points sont indiqués : actualisation et renforcement

du cadre politique et organisationnel du programme, amélioration de la qualité de services médicaux, et renforcement du système de référence. Le deuxième objectif est le renforcement des capacités des individus, des familles et de la communauté sur la prise en charge de leur santé, et pour cela, l'amélioration de la communication entre le personnel médical et les habitants des régions, et l'amélioration de la capacité d'auto-soins dans les foyers sont cités. Si l'on place ce document de stratégie au premier plan, la grande question est de savoir quels services développer dans les régions. Concrètement, on considère que les points focaux sont les deux points de la réalisation de l'intégration (voire de la coopération) des programmes au niveau de l'Etat, et de la mise en œuvre des services médicaux et de santé intégrés dans les régions.

Egalement la nécessité de mettre en œuvre les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) pour la réalisation des OMD est soulignée. Ceci signifie un transport dans une formation médicale en cas d'accouchement anormal, et la mise en œuvre d'interventions médicales comprenant les césariennes. Toutefois, il est indéniable qu'en l'absence d'élaboration d'un plan de distribution des ressources médicales et de santé à moyen et long terme, et sur un territoire national étendu comme celui de Madagascar, avec un faible nombre d'organismes médicaux, il s'agit d'une stratégie dont l'efficacité est faible.

Simultanément, dans le domaine de l'accouchement et des soins néonataux, il n'y a pas de pratique de soins médicaux et de santé fondés sur le niveau de preuve, et ceux-ci ne sont pris en compte ni dans la feuille de route, ni dans les directives des SONU. On peut donc considérer que se produisent une augmentation des interventions médicales inappropriées et un gaspillage des ressources médicales qui les accompagnent.

D'après ce qui précède, les éléments pour lesquels on considère qu'une mise à profit efficace des installations et des ressources humaines est possible, avec un faible investissement financier, sont l'intégration et la collaboration des programmes et services. D'autre part, en l'état actuel, alors que les fonds nécessaires aux SONU sont difficiles à obtenir, savoir comment réaliser une gestion efficace des installations actuelles est un élément important, plus que l'accroissement des installations elles-mêmes. Nous considérons donc qu'avec la gestion du Fonds d'équité mentionnée plus haut, la réduction des barrières économiques aux services médicaux et de santé est également une politique d'aide extrêmement importante.

4) Soins obstétricaux et santé maternelle dans les régions

Les cibles de l'étude ont été la situation actuelle et les perspectives futures des activités des sages-femmes portant sur les accouchements normaux, et la situation actuelle et les perspectives futures des activités des accoucheuses traditionnelles (AT).

Dans le cas des soins à l'accouchement, la tendance générale à Madagascar est à l'accouchement au domicile dans la majorité des régions, et dans les villages ruraux, la personne présente pour assister l'accouchement est dans la plupart des cas l'AT. Dans la partie urbaine de la province de Mahajanga aussi, les femmes qui préfèrent l'accouchement au domicile à celui dans une formation

sanitaire sont comparativement nombreuses, est il est fréquent qu'à cette occasion une sage-femme se déplace pour venir assister l'accouchement.

En observant la situation actuelle des soins, dans le cas de sages-femmes capables d'acheter des médicaments et consommables, on constate assez fréquemment la prescription de médicaments qui n'apparaissent pas utiles. En outre, dans les hôpitaux et CSB sont effectués des interventions médicales inutiles, telles que l'épisiotomie, ainsi que beaucoup d'accouchements en position couchée allongée dans une salle d'accouchement où la famille ne peut être présente.

Les AT, qui sont les principales dispensatrices de soins dans les régions, sont présentes dans de nombreux villages. Beaucoup d'entre elles effectuent régulièrement les accouchements assistés. Les sages-femmes qualifiées ont des contacts avec les AT d'une manière ou d'une autre. Autrement dit, on observe des cas où par exemple, lorsque la sage-femme s'absente, elle prend préalablement contact avec l'AT, et recommande à celle-ci de ne pas assister un accouchement. On considère qu'il n'y a pas de problème légal concernant l'accouchement assisté effectué par une AT. Pourtant, en fonction des régions, des exemples ont été observés où les activités des AT sont empêchées par les autorités (la police par exemple). Cependant, les femmes qui vivent dans les régions ont des contacts avec les AT de différentes manières, et non seulement l'assistance directe à l'accouchement, mais aussi les soins physiques sont dispensés par les AT depuis la grossesse jusqu'à après la naissance.

En conséquence, ce que l'on considère comme aide nécessaire en premier lieu est de mettre en place des soins obstétricaux fondés sur le niveau de preuve, et un système d'accouchement assisté dans les formations sanitaires et au domicile pouvant être dispensé par les sages-femmes. Autrement dit, d'une part nous avons considéré que des soins obstétricaux humanisés, pratiqués par ce moyen, et dans lesquels on n'effectue pas d'interventions médicales inutiles, ainsi que l'objectif connexe d'une réduction des accouchements anormaux, sont possibles. D'autre part, dans la situation actuelle de faible recrutement de fonctionnaires nationaux, il est nécessaire d'étudier un recours aux ressources privées pour les sages-femmes qui travaillent dans les régions. Nous avons considéré que pour appréhender d'abord où, et à quel degré, ces ressources humaines sont réparties, il est nécessaire de mener une étude sur les diplômées des écoles de sages-femmes. En plus de cela, dans les régions où pour le moment celles-ci sont obligées d'avoir recours aux AT, nous avons considéré nécessaire de construire un système qui donnera une certaine reconnaissance aux AT, et appréhendera leurs activités après les avoir accueillies dans le système.

5) Système d'urgences obstétricales

Nous avons effectué une étude clinique et épidémiologique afin de comprendre la situation des urgences obstétricales.

Dans la province de Mahajanga, la majorité des patients accèdent aux soins depuis les zones urbaines. En considérant que les complications obstétricales se produisent avec une probabilité déterminée quelles que soient les régions, on a estimé que le taux d'accès à partir des régions, en particulier à partir des zones rurales, était extrêmement faible, et qu'en conséquence, la majorité des

décès maternels se produisaient dans les régions autres qu'urbaines. D'autre part, parmi les cas chirurgicaux, les cas qui se produisent avec une probabilité déterminée (rupture utérine, placenta praevia, décollement prématuré d'un placenta normalement inséré, présentation transverse ou présentation de l'épaule) sont peu nombreux, et les cas où existe une possibilité d'éviter la chirurgie au moyen de l'observation prudente de la progression de l'accouchement, comme les cas de bassin rétréci ou d'accouchement prolongé, sont nombreux.

Cependant, même après avoir pu accéder à l'hôpital, il est impossible de recevoir un acte chirurgical au CHUM jusqu'au moment où elles achètent un anesthésique, médicaments et fournitures consommables. L'achat coûte environ 30 USD. Pour cette raison, on a observé des cas qui relèvent de la mort fœtale *in utero* ou de la mort maternelle. Pour éviter les décès inutiles et les complications, la disponibilité permanente de kits de soins d'urgence, et la gestion du Fonds d'équité sont requises.

En conséquence, il est nécessaire d'une part d'examiner en détail la distribution géographique actuelle des cas de césarienne, et de relier celle-ci à l'examen de la disposition des formations qui mettent en œuvre les SONU. D'autre part, dans les hôpitaux, il est nécessaire de dispenser des services chirurgicaux rapides selon les besoins, et de s'efforcer de ne pas effectuer de césarienne inutile, par exemple par la compréhension et l'observation des cas d'accouchement prolongé. On pourra ainsi prévenir le gaspillage de ressources médicales et réduire l'épuisement du personnel médical. Nous considérons qu'il est également possible de répondre à cette situation en faisant en sorte que les soins à l'accouchement soient fondés sur le niveau de preuve, et qu'il s'agit d'un domaine qui demande la collaboration avec les soins obstétricaux.

6) Politique de santé infantile

Concernant la situation actuelle de la politique de santé centrée sur l'enfant, l'étude a été exécutée dans la perspective des développements futurs, au sujet de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) et le soin kangourou à Madagascar. Des formations de la PCIME sont à l'heure actuelle menées continuellement. Toutefois, leur contenu n'est pas le cours standard de 11 jours de l'OMS, et des modules de 3 jours suivis d'auto-apprentissages, ou différents cours de 5, voire de 6 jours, sont actuellement mis en œuvre. En conséquence, l'évaluation des conditions standard de mise en œuvre, portant sur toutes ces formations, ainsi que leur suivi, sont en situation difficile. Les stages eux-mêmes sont achevés à 48 %, si l'on prend les districts comme unité. Dans la province de Mahajanga, les stages ne sont pas réalisés pour 8 districts (régions de Sofia et de Melaky). Ceci est simplement influencé par la présence ou non d'une organisation qui met en œuvre les mesures budgétaires, et le positionnement prioritaire des régions n'est pas effectué au niveau de l'Etat. D'autre part, l'évaluation et le suivi ne sont pratiquement pas mis en œuvre car, en plus des difficultés techniques précitées, il n'existe pratiquement aucune mesure budgétaire.

Au titre de la PCIME des communautés, on cite, en tant que stratégie, les traitements précoces des diarrhées et infections aiguës respiratoires au moyen de zinc et de cotrimoxazole, au niveau des

villages. Plus qu'une approche compréhensive, il s'agit plutôt de mesures assez focalisées sur les maladies, et nous avons ressenti qu'au niveau des responsables gouvernementaux, ces mesures étaient confondues avec la stratégie de survie de l'enfant.

L'hôpital de Befelatanana à la capitale est l'installation centrale pour les soins « Kangourou ». A observer la réalité de ces soins, nous avons eu l'impression que plutôt que d'être des soins originaux pour les prématurés, ils étaient mis en œuvre dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel, et que leur orientation était extrêmement vague. En outre, l'évaluation du programme dans son intégralité n'est pas réalisée, et en conséquence, le type d'influence que les soins exercent sur la mère et l'enfant est aussi inconnu. Au titre de la politique de santé, on s'attend à une offre de soins au niveau des CSB, mais il est nécessaire de clarifier si l'objectif des soins est l'allaitement des prématurés ou la promotion de l'allaitement maternel.

Concernant la politique de santé infantile, actuellement seules se distinguent les intentions des partenaires du développement qui mettent en œuvre des mesures budgétaires, car les initiatives de la direction responsable sont vagues. En outre, ainsi que l'illustrent la PCIME et les soins « Kangourou », à l'heure actuelle la pratique progresse alors que les objectifs restent obscurs. Nous avons donc opté pour formuler activement des propositions techniques dans les domaines en rapport avec les SONU, tout en saisissant les tendances de la stratégie de survie de l'enfant au lieu d'y effectuer des interventions.

7) Services de santé infantile dans les régions

Nous avons analysé la situation actuelle de mise en œuvre de la vaccination et de la PCIME dans les régions, et étudié les perspectives de l'aide.

Pour la vaccination, les taux de vaccination par le BCG et le polio-0, qui doivent être effectués immédiatement après la naissance, et contre la rougeole, qui doit être effectuée entre six mois et un an après la naissance, sont médiocres. Le taux de vaccination périodique au DTC est également bas, mais une campagne a été mise en œuvre en octobre-décembre pendant le deuxième semestre de l'année budgétaire 2005, dont le résultat est un taux de couverture d'environ 90 %. En conséquence, dans le cas du DTC, plutôt que le taux de couverture, la question est de savoir si une vaccination est effectuée au bon moment ou pas. Nous avons estimé que deux facteurs influencent le taux de vaccination périodique : la distance depuis le CSB et le taux d'assistance à l'accouchement par la sage-femme qui travaille au CSB.

La vaccination préventive est essentielle au titre des mesures de lutte contre la mortalité infantile, et nous avons considéré qu'on peut attendre une amélioration du taux de couverture au moyen de la promotion des partenariats public-privé, et des cas de vaccination périodique dans le cadre des services extensifs (*outreach*).

Nous avons réalisé dans le présent projet un atelier qui a réuni les gouvernements japonais et malgache, ainsi que les partenaires du développement concernés, avec l'objectif de partager les

futures orientations de la coopération technique japonaise. « Comment pouvons-nous offrir des services de santé maternelle et infantile tels que les habitants des régions souhaiteraient les utiliser » était le premier thème adopté, et « Le système de référence » avec « La coopération et le partenariat entre les organismes et ressources humaines des régions » était le deuxième, acquis au moyen du premier en tant que conscience partagée des problèmes.

Au titre des points vérifiés et confirmés, nous reconnaissons la liberté des femmes à Madagascar de choisir le lieu de l'accouchement, ainsi que l'abstention de toute politique qui promeut uniquement et indistinctement les accouchements à formation sanitaire.. D'un côté, on peut citer notamment des aménagements permettant l'accès aux SONU en cas d'urgence, la promotion de l'accouchement assisté par une accoucheuse qualifiée (AQ), et la coordination avec les ressources humaines dans les régions, notamment les AT.

D'autre part, la nécessité a été confirmée de ne pas simplement confier aux CSB la coordination avec les personnes clés (chefs de fokontany, AT) et organisations (groupes de femmes) présentes dans les régions, mais d'intégrer celles-ci à la politique de santé, et après les avoir combinées en fonction des nécessités avec les fonctions cliniques et de formation au CHUM, d'examiner l'amélioration de l'accès aux ressources médicales.

En ce qui concerne l'accès aux soins médicaux, les barrières économiques ont aussi été reconnues comme fortes, et parce qu'il s'agit d'un point spécialement important dans le cas de maladies graves, il a été indiqué qu'il était nécessaire d'examiner en même temps les mesures dans ce domaine, du point de vue de la priorité à la sécurité humaine.

Nous fondant sur les résultats de l'étude et de l'atelier précités, nous avons élaboré une proposition de coopération technique dans le domaine de la santé maternelle et infantile à Madagascar. L'élaboration a été réalisée sur l'hypothèse d'une coopération technique sur une période de 3 ans. En outre, l'accent a été mis sur une mise à profit suffisante des fonctions du CHUM-CME. Suivant ces conditions, ce projet a été structuré non pas pour cibler extensivement tout le territoire de Madagascar, mais pour limiter son point focal sur la santé et les soins médicaux maternels et infantiles, principalement dans la région de Boeny.

Objectif supérieur sera comme suit : « L'amélioration de services pour la santé maternelle et infantile du projet se reflètera dans les politiques/programmes de la santé maternelle et infantile de Madagascar. »

L'objectif du projet sera comme suit : « offrir aux habitants de la région de Boeny, les services de la santé maternelle et infantile fondés sur le niveau de preuve »

Les résultats du projet sont les 4 points suivants :

Résultat 1 : un système de formation de personnel de la santé maternelle et infantile reflétant les services fondés sur le niveau de preuve sera constitué autour du CME de la province de Mahajanga.

Résultat 2 : le système des services de santé maternelle et infantile à la DRSPF de la région de Boeny est renforcé.

Résultat 3 : un système est construit pour que les habitants de la région et le personnel médical et de santé collaborent dans la zone pilote de la région de Boeny.

Résultat 4 : la charge financière pour l'utilisation des services aux patients atteints de maladies graves dans le domaine maternel et infantile est allégée dans le Complexe mère et enfant de la province de Mahajanga.

Dans les activités menées pour l'achèvement de ces résultats, les points essentiels sont les suivants.

Tout d'abord, une verbalisation de ce que doit être le système de la santé et de la formation (de personnel) qu'on cherche soi-même à atteindre sera nécessaire, ainsi que la constitution d'une organisation pour appuyer de près la formation du personnel médical et de la santé. Ensuite, une concrétisation de comment traduire en pratique des services fondés sur des preuves et des soins humanisés sera exigée.

Pour cela, nous proposons que la DRSPF et le CHUM collaborent et établissent un organisme responsable, et se chargent des formations et services cliniques en commun et avec un partage des responsabilités.

En outre, considérant qu'il est nécessaire de mettre en œuvre une supervision systématique, et la situation de référence, nous avons pensé sur ce point aussi qu'il était nécessaire d'établir un organisme responsable centré sur la DRSPF. Actuellement, une Unité de renforcement de système de référence est établie au CHUM, mais si l'on considère le fonctionnement de l'ensemble du système, l'acteur doit être l'administration de l'hygiène, plutôt qu'un organisme hospitalier. Que l'administration de l'hygiène augmente la capacité d'élaboration de plans, de mises en œuvre et d'évaluation par l'intermédiaire de ces activités est un élément attendu au titre du renforcement de ses fonctions.

Dans les régions, l'enregistrement des naissances est effectué par l'administration générale. D'autre part, les estimations de population sont réalisées indépendamment par l'administration de l'hygiène et servent de base au calcul des indicateurs (taux) sanitaires des régions. Cependant, l'existence d'un décalage sensible entre les deux a été reconnu par l'étude. Nous établissons donc comme l'une des activités que ces informations soient partagées, et que des informations relatives aux femmes enceintes et aux accouchements, pouvant être obtenues depuis les régions, soient partagées.

Nous proposons dans les activités que le Fonds d'équité soit géré au CHUM. Concrètement, le contenu des activités est d'opérer le suivi et l'évaluation afin de savoir si les frais médicaux requis ont été appropriés en comparaison à l'intervention médicale et si une gestion efficace du fonds a été possible, ainsi que d'augmenter le nombre des bénéficiaires.

La présente proposition a été élaborée par la partie japonaise à l'achèvement du projet, et il ne s'agit pas d'une proposition convenue après de suffisantes concertations avec la partie malgache. Il sera nécessaire de réexaminer et réviser son contenu dans le cadre d'un dialogue et des concertations tournés vers la mise en œuvre du projet par les gouvernements des deux pays.

Le personnel médical et les formations sanitaires sont tous deux peu nombreux dans la province de Mahajanga. Toutefois, le gouvernement japonais, au moment de la construction du CHUM-CME, a déjà proposé au gouvernement de Madagascar de sécuriser les ressources humaines nécessaires du point de vue des services cliniques.

Pour la réalisation de cette proposition de coopération technique, le positionnement du CHUM-CME en tant qu'organisme de formation technique de Madagascar est indispensable, sans se contenter simplement d'affecter des ressources humaines médicales, mais il est indispensable que les programmes qui y sont réalisés ne soient pas limités dans une seule région (ou un seul organisme médical). Au niveau des administrations centrales, il est indispensable qu'il y ait une conscience pour que ces programmes puissent être mis à profit en tant que richesse nationale.

Sur ce point, le MINSAN-PF occupe au premier plan une position essentielle en tant qu'organisme homologue, et il est souhaitable que la gestion et l'administration du projet soient effectuées par contribution de la Direction de la santé familiale (DSF) et des directions concernées

{blank}

Table des matières

Photographie

Liste des tableaux et figures

Liste des abbréviations et acronymes

Résumé

1	Historique et arrière-plan de la requête pour le projet	1
1.1	Historique de la requête pour le projet	1
1.2	Situation actuelle de Madagascar	2
1.2.1	Situation générale	2
1.2.2	Lutte contre la pauvreté	3
1.3	Santé et soins médicaux	4
1.3.1	Situation générale	4
1.3.2	Administration de l'hygiène et formations sanitaires	6
1.3.3	Morbidité et causes de mortalité infantiles	7
1.3.4	VIH et infection syphilitique	8
2	Aperçu du projet	10
2.1	Objectifs du projet	10
2.2	Eléments considérés au sujet du plan	10
2.3	Envoi d'experts réalisés	11
3	Résultat des études	12
3.1	Economie des soins médicaux	12
3.1.1	Objectif	12
3.1.2	Financement pour l'appropriation non-stop des médicaments (FANOME) et de la sécurité sociale dans les centres de santé de bases (Fonds d'équité)	12
3.1.3	L'établissement du système de participation financière des usagers dans les CHD et la construction du filet de sécurité sociale	16
3.1.4	L'exécution de FANOME / Fonds d'équité et problématique concernant le système de participation financière des usagers au niveau de l'hôpital	19
3.1.5	Possibilité de coopération dans le domaine de l'économie des soins médicaux	20
3.2	Programme de santé régionale / santé publique	22
3.2.1	Plan de distribution de ressources de santé et de soins médicaux	22
3.2.2	Système d'information médical	23
3.3	Santé Maternelle	25
3.3.1	Politique de santé maternelle	25
3.3.2	Soins d'accouchement	25
3.3.3	Système de l'urgence obstétrical	34

3.4	Politique de santé infantile	43
3.4.1	Integrated Management of Childhood Illness (PCIME)	43
3.4.2	Soins Kangourou	46
3.5	DRSPF de la région Boeny	50
3.5.1	Analyse de documents	50
3.5.2	Plan d'activité annuel sur la santé maternelle	51
3.6	Examen sur l'indice de la santé maternelle au niveau regionale ou district	53
3.6.1	Objectif	53
3.6.2	Méthode	53
3.6.3	Résultat	53
3.6.4	Discussions	54
	3) Sujets ayant la possibilité de mériter la considération dans le secteur d'administration de santé (DRSPF et SSPFD)	56
3.6.5	Conclusion et recommandation	58
3.7	Etudes d'épidémiologie clinique sur l'usage des service de la santé à la région	59
3.7.1	Objectif	59
3.7.2	Choix de région ciblée	59
3.7.3	Teneur de l'étude	60
	3) Différence régionale des taux et période d'exécution de vaccination infantile	67
3.8	Etude de l'état concernant la grossesse, l'accouchement et les soins infantiles	70
3.8.1	Objectif	70
3.8.2	Méthode	70
3.8.3	Pratique d'étude	70
3.8.4	Période d'étude	70
3.8.5	Arrière-plan des régions ciblées	71
3.8.6	Résultat	73
3.8.7	Discussions	78
3.8.8	Conclusion	79
4	Atelier pour la formation du concept du projet de coopération technique	80
4.1	Objectifs de l'atelier	80
4.2	Aperçu de l'atelier	80
4.3	Présentation des orientations de la coopération japonaise	80
4.4	Thème 1 : ce que doivent être les services de santé maternelle et infantile	81
4.4.1	Contexte de l'établissement des thèmes, et réalités	81
4.4.2	Contenu partagé et confirmé	81
4.5	Thème 2 : solidarité entre le système de référence et la région pour l'offre de services	83
4.5.1	Contexte de l'établissement des thèmes, et réalités	83
4.5.2	Progression	83
4.5.3	Système de référence	83

4.5.4	Coopération avec les ressources des régions	84
4.5.5	Suggestions à partir des débats.....	84
5	Proposition de projet de coopération technique	85
5.1	Eléments à mettre en ordre pour l'élaboration de la proposition	85
5.1.1	Pourquoi la situation de la santé maternelle et infantile est-elle mauvaise ? - Possibilités d'amélioration	85
5.1.2	Leçons de la coopération technique dans d'autres pays	86
5.1.3	Orientations du projet de coopération technique.....	87
5.2	Elaboration du projet de coopération technique	88
5.2.1	Aperçu de la présente proposition	88
5.2.2	Objectifs en amont et objectifs du projet.....	88
5.2.3	Résultats du projet.....	89
5.2.4	Activités du Projet.....	90
5.3	Positionnement de la proposition de projet de coopération technique.	91
5.4	Conditions pour la réalisation de la proposition de projet.....	91

Documents annexes

{blank}

1 Historique et arrière-plan de la requête pour le projet

1.1 Historique de la requête pour le projet

Située au sud-est du continent africain, la République de Madagascar est un pays insulaire de l'Océan Indien dont le territoire est environ 1,6 fois celui du Japon, et dont la population compte environ 1 569 000 habitants ¹. Le taux de mortalité maternelle, qui s'établit à 469 (pour 100 000 naissances), et le taux de mortalité infantile de 58 (pour 1 000 naissances) sont tous deux élevés ².

Avec l'appui de gouvernements étrangers et d'organismes internationaux, le gouvernement de Madagascar a accompli différents efforts pour l'amélioration des services de santé. Le « Projet d'amélioration globale du Centre hospitalier universitaire de Mahajanga (CHUM) », projet franco-japonais de coopération technique achevé en février 2004, était l'un de ceux-ci. Fondé principalement sur une approche de liaison entre la région et le CHUM, qui est l'organisme de soins médicaux de haut niveau de la province de Mahajanga, et destiné à atteindre l'objectif d'une augmentation du nombre de patients en consultation au CHUM, le projet a obtenu des résultats dans l'amélioration de l'accès et l'augmentation du nombre des patients référés au CHUM. Avec une population d'environ 1 700 000 habitants et une superficie totale d'environ 150 000 km², la province de Mahajanga est vaste. Parmi la population de la province, 84,3 % sont des personnes démunies vivant avec moins d'un dollar par jour, et parce que cette population est dispersée dans une vaste région, l'accès financier et géographique aux services de santé de base est difficile pour un grand nombre d'habitants. Dans la province, le domaine de la santé et des soins médicaux se caractérise par des décès maternels et infantiles nombreux, et l'amélioration des questions de santé maternelle et infantile y est une question prioritaire. D'autre part, une analyse des patients référés réalisée dans le cadre du « Projet d'amélioration globale du centre hospitalier universitaire de Mahajanga » a indiqué que (1) 45 % de ceux-ci sont des enfants de moins de 5 ans, et (2) 96 % des patients âgés de 15 à 30 ans sont des femmes, dont la plus grande part sont en grossesse à haut risque. Ceci a mis en lumière la forte urgence et la forte priorité du problème de la santé maternelle et infantile dans la province.

En fonction de cet arrière-plan, le 26 juillet 2004, le gouvernement de Madagascar a présenté au Japon une requête de coopération technique visant à améliorer les services de santé maternelle et infantile, intitulée « Projet d'étude pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant à la République de Madagascar, (le « projet » dans le texte ci-après). Sur la base de cette requête, la JICA a envoyé sur place une mission d'évaluation préliminaire au projet, de novembre à décembre 2004. L'étude a mis en évidence la pertinence de la réalisation d'une coopération ultérieure dans le domaine de la santé maternelle et infantile à Madagascar et dans la province de Mahajanga. C'est-à-dire que l'une des deux seules facultés de médecine de Madagascar se trouve dans la province de Mahajanga, et que la formation antérieure et postérieure au diplôme y est très active ; que l'enseignement aux soins infirmiers et pour les sages-femmes y est assuré en parallèle ; que dans les installations de soins médicaux, les mesures destinées aux démunis sont activement appliquées ; que des préparatifs d'élaboration et de mise en œuvre existent entre la Direction Provinciale de

1 Estimation de la population malgache par faritany et par fivondronana en 2001, Institut National de la Statistique, Madagascar

2 Enquête Démographique et de Santé (EDSMD-III) 2003-4, Macro ORS

la Santé et les formations sanitaires au sujet de la répartition des fonctions entre les Centres de Santé de Base et ceux de haut niveau dans le cadre du plan de santé régionale ; et enfin, que la coopération est menée avec les autres partenaires du développement [GTZ, coopération française (CF), Institut Régional de Coopération-Développement (IRCOD) Alsace, etc.] et qu'une compréhension de la coopération japonaise est également présente. En outre, l'étude a considéré qu'il était pertinent, tout en se focalisant sur la province de Mahajanga, de mener également en parallèle une politique de santé maternelle et infantile au niveau des administrations centrales.

L'accord du gouvernement malgache a été obtenu concernant la proposition précitée, et il a été convenu de mettre en œuvre jusqu'à la fin de l'année budgétaire 2006 le « Projet d'amélioration provinciale de la santé maternelle et infantile basé sur le Centre hospitalier universitaire de Mahajanga ».

1.2 Situation actuelle de Madagascar

1.2.1 Situation générale

Située dans l'Océan indien à 400 km des côtes d'Afrique de l'est, Madagascar est la quatrième plus grande île du monde. Sa superficie est de 587 051 km², et elle s'étend sur 1 600 km du nord au sud et 570 km d'est en ouest³. La topographie est divisée entre l'étroite zone plate de la côte orientale, la zone centrale des hauts plateaux de 800 à 1000 m d'altitude, qui occupe environ la moitié de l'île, et la zone de la côte occidentale, qui descend en pente vers la mer depuis les hauts plateaux. Le climat est tropical, divisé entre une saison sèche (avril-octobre) et une saison des pluies (janvier-mars). La population est divisée en plus de 20 tribus, et compte environ 40 % d'adeptes des religions traditionnelles, environ 60% d'adeptes du christianisme, et un peu moins de 10 % d'adeptes de l'islam. La langue officielle est le malgache, mais le français, langue de l'ancien pays colonisateur, est une deuxième langue officielle.

Le pays est devenu indépendant de la France en 1960, a adopté un système républicain avec un président détenteur du pouvoir suprême, et constitue un système fédéral composé de 6 provinces. Une réforme de découpage administratif supplémentaire des 6 provinces en 22 régions a débuté en 2005 et s'est poursuivie jusqu'à aujourd'hui.

Concernant la situation économique, le RNB par habitant était de 290 USD⁴ en 2004, et 69,6% de l'ensemble de la population se trouvait en dessous du seuil de pauvreté en 2001⁵.

Les industries principales sont l'agriculture, l'élevage et la pêche, et en 2003, la répartition du travail était la suivante : employés et employeurs dans l'agriculture 81,5% ; mines et manufacture 5,5% ; commerce 4,7% ; secteur public 2,6 % ; et services et apparentés 5,7%. Dans un tel contexte, la stagnation du secteur agricole, qui absorbe beaucoup d'actifs, continue d'être manifeste, et avec les importantes variations annuelles de la production de riz, qui est l'aliment principal, les volumes importés augmentent pour suppléer à la part manquante. La population augmentant rapidement ces dernières années, la question est maintenant de savoir comment matérialiser une offre alimentaire stable, et comment matérialiser dans les villages ruraux une amélioration des moyens de subsistance par l'amélioration des revenus agricoles et non agricoles.

³ Madagascar en chiffres, Institut National de la Statistique, Madagascar

⁴ Madagascar data profile 2004, World Bank

⁵ Poverty reduction strategy paper (updated July 2003), Republic of Madagascar

1.2.2 Lutte contre la pauvreté

Le gouvernement de Madagascar a lancé depuis 10 ans une politique de libéralisation. Il a signé en 1996 un accord avec la Banque mondiale et le Fonds monétaire international sur un ensemble de politiques économiques, et a convenu en 1997 de procéder à des ajustements structurels, ce qui a déterminé des financements. Ceci a permis une forte stabilisation macroéconomique, et en 1999, le pays a convenu avec la Banque mondiale d'un deuxième financement d'ajustement structurel.

A Madagascar, qui est l'un des pays pauvres très endettés (PPTÉ), un Document intermédiaire de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP-I) a été élaboré en novembre 2000, et une annulation de grande ampleur de la dette a été décidée. En outre, après les troubles politiques qui ont accompagné l'élection présidentielle de 2001, un DSRP complet ⁵ a été publié. D'après celui-ci, 85% des démunis à Madagascar habitent dans les régions, et en comparaison avec la province d'Antananarivo, où se trouve la capitale, leur proportion dans les autres provinces est extrêmement élevée.

Dans la province de Mahajanga, les fermetures d'usines de canne à sucre, de filatures et d'usines de ciment se sont succédé depuis la deuxième moitié des années 90, et le taux de pauvreté s'accroît avec le temps. Il était de 84,3% dans les estimations ⁶ de 2003, ayant encore augmenté par rapport aux 72,4% de l'année 2001.

Tableau 1.1 Proportion des démunis par an et par province ⁷

Province	Année			
	1993	1997	1999	2001
Mahajanga	47,9	68,5	70,7	72,4
Antananarivo	63,4	61,8	57,1	48,3
Fianarantsoa	76,7	77,6	83,6	83,2
Toamasina	81,0	82,9	74,4	82,3
Toliara	86,6	87,5	77,1	76,1
Antsiranana	69,0	71,1	81,4	69,2

Divers éléments sont indiqués comme causes de la pauvreté, mais dans les régions, on cite en particulier que le fermage ou métayage - sans possession de terre - est extrêmement fréquent. Les Malgaches utilisent 70% du coût de la vie pour leur alimentation, et les sommes pouvant être consacrées à la santé, à l'éducation, au logement, etc., sont extrêmement faibles. En outre, en plus de la fragilité des politiques agricoles, on indique l'insuffisance des infrastructures de transports et de communication, l'insuffisance de la lutte contre les maladies infectieuses qui se répandent, et le médiocre accès à une eau sûre, etc.

Dans ce contexte, le gouvernement de Madagascar a mis en avant l'objectif d'une réduction de moitié, jusqu'à 35%, du taux de pauvreté à l'horizon 2013, et élaboré les trois stratégies de base suivantes.

- (1) Promotion de l'Etat de droit et de la gouvernance : démocratisation par la bonne gouvernance, l'éradication de la corruption et le respect de la démocratie ; garantie de la transparence du

⁵ Poverty reduction strategy paper (updated July 2003), Republic of Madagascar

⁶ Poverty reduction strategy paper First annual implementation report, 2004, Republic of Madagascar

gouvernement. Régionalisation et décentralisation.

- (2) Promotion de la croissance économique : accomplissement d'une croissance économique annuelle de 8 à 10 %. Amélioration du taux d'investissement vers Madagascar (20%), dynamisation du secteur privé. Questions principales du développement telles que développement des villages ruraux, routes, aménagement de l'infrastructure de transport, énergie.
- (3) Promotion d'un système de garantie d'une vie humaine sûre : amélioration des services sociaux fondamentaux tels que l'éducation et les soins médicaux, et mise en œuvre de mesures d'aide à la population socialement vulnérable (programme de nutrition, micro-crédit rural, etc.)

1.3 Santé et soins médicaux

1.3.1 Situation générale

Le tableau 1.2 indique les estimations de l'UNICEF pour 2003.

Un trait particulièrement dominant est que la population de moins de 18 ans occupe à peu près la moitié de l'ensemble.

Le taux total de fécondité (5,6) et le taux de croissance démographique (2,8%) sont élevés. En outre, on reconnaît une tendance de forte natalité et de forte mortalité infantile, avec des taux de mortalité infantile et de mortalité avant l'âge de 5 ans tous deux élevés. On considère que l'espérance de vie moyenne ne dépasse pas 54 ans en raison du fort taux de mortalité infantile.

Concernant l'enfance, la malnutrition, de moyenne à sérieuse, est fréquente, et l'on devine une situation de malnutrition chronique, en particulier parce que la moitié des enfants sont en retard de croissance. Le taux de vaccination et le taux d'accès à une eau sûre demeurent faibles. Concernant ce dernier facteur, la différence entre les zones urbaines et les régions est importante. En considérant simultanément que la proportion des démunis est forte dans les régions, et que le taux de malnutrition des enfants élevé en serait la conséquence, on comprend que les enfants vulnérables face aux maladies infectieuses sont particulièrement nombreux dans les régions.

Le taux de mortalité maternelle, qui est de 469 pour 100 000 naissances, est élevé. En outre, à l'heure actuelle, 1 femme sur 26 décède de complications ou de maladies liées à la grossesse et à l'accouchement, car le risque de mortalité maternelle tout au long de l'existence est élevé, en raison du fort taux de total de fécondité.

Le taux de morbidité du VIH est faible en comparaison avec les autres pays du continent africain, mais il atteint 1,7% chez les adultes, ce qui est actuellement au même niveau que les pays d'Asie du sud-est à fort taux de morbidité, tels que la Thaïlande, Myanmar, le Cambodge, etc.

Tableau 1.2 Indicateurs de la Santé à Madagascar ⁷

Population	Population (hab.)	17 404 000
	Dont population de moins de 18 ans (hab.)	8 873 000
	Taux brut de natalité (‰)	41
	Taux brut de mortalité (‰)	13
	Taux de croissance démographique (%)	2,8
	Espérance de vie moyenne (ans)	54
	Taux total de fécondité	5,6
Enfants	Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances)	78
	Taux de mortalité avant 5 ans (pour 1000 naissances)	126
	Allaitement exclusif des nourrissons de moins de 6 mois (%) (1995-2003)	41
	Malnutrition, de moyenne à sévère, des enfants de moins de 5 ans (%)	Insuffisance pondérale : 33 Emaciation : 14 Retard de croissance : 49
	Taux de vaccination des enfants (%)	BCG : 72 DTC3 : 55 Polio : 58 Rougeole : 55 Hépatite B : 55
Hygiène	Taux d'accès à une eau sûre (national) (2002)	National 45 Urbain 75 Régions 34
Maternité	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances) (2000)	550
	Risque de mortalité maternelle tout au long de la vie (2000)	1 pers. sur 26
VIH/SIDA	Taux de morbidité chez les adultes de 15 à 49 ans (%)	1,7

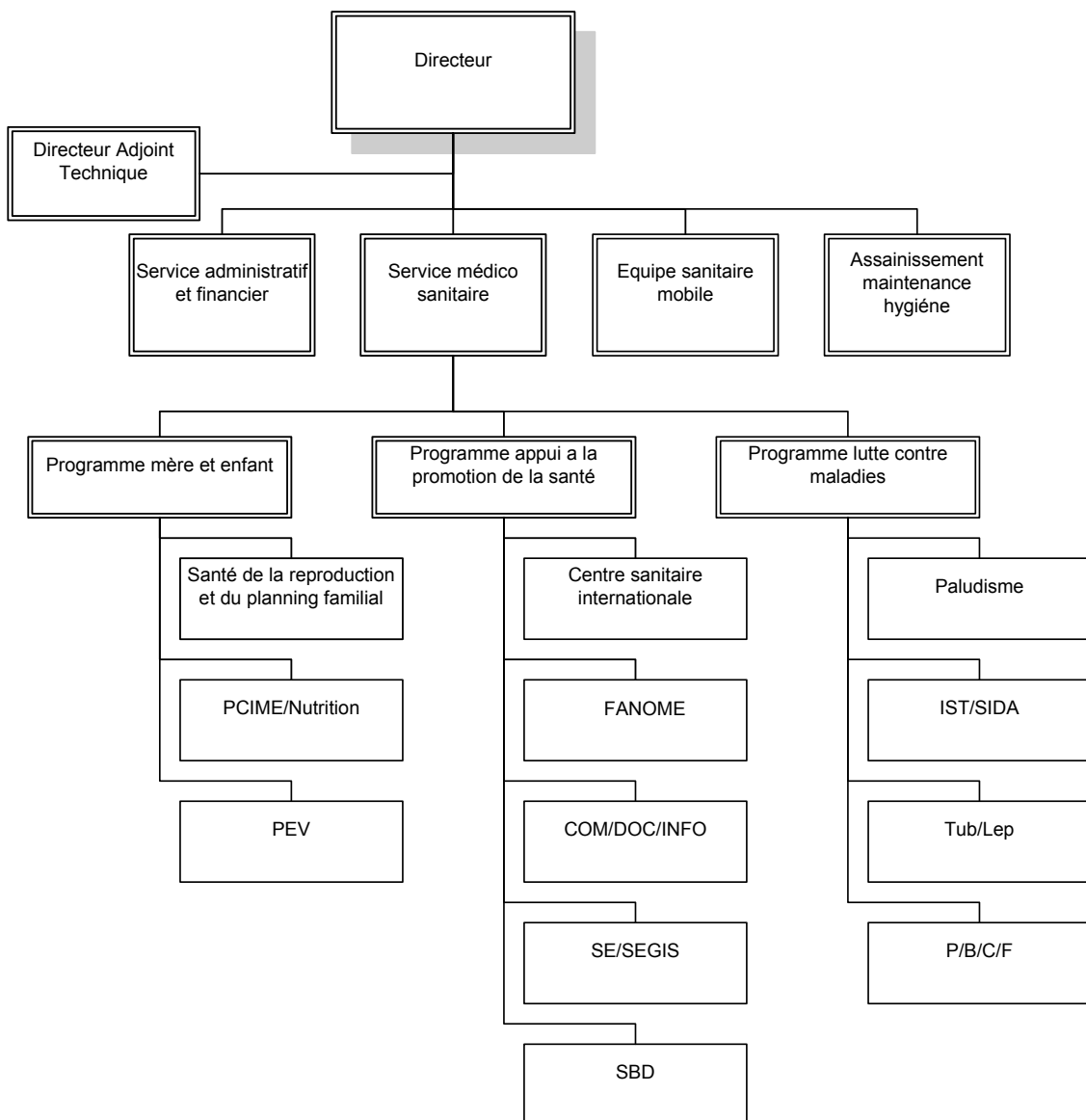
Note : données 2003, sauf mention particulière

⁷ UNICEF. At a glance: Madagascar Statistics

1.3.2 Administration de l'hygiène et formations sanitaires

Le Ministère de la Santé et du Planning Familial s'articule autour du Ministre, de son cabinet et du secrétaire général, avec les 10 directions du Ministère placées sous l'autorité directe du secrétaire général, ainsi que les Directions Régionales de la Santé et du Planning Familial (DRSPF) des 22 régions. On trouve en outre 111 Services de la Santé et du Planning Familial de District (SSPFD). La figure 1.1 indique l'organisation de la DRSPF de la région de Boeny.

Figure 1.1 Organigramme de la DRSPF de la région de Boeny



Les formations sanitaires sont classifiées entre les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), les Centres Hospitaliers de Région et de Référence (CHRR), les Centres Hospitaliers de District (CHD) et les Centres de Santé de Base (CSB).

Les CHU sont positionnés en tant qu'installations médicales spécialisées de haut niveau. A l'heure actuelle, des CHU sont installés en deux endroits, la capitale Antananarivo et la capitale provinciale de Mahajanga. D'autre part, parce qu'il n'y a pas d'autre hôpital public dans la capitale provinciale de Mahajanga, le CHUM possède en parallèle le statut de CHRR, décrit ci-après.

Les CHRR sont installés dans les capitales régionales, situées en 22 emplacements. En principe, ils sont dotés de fonctions opératoires, et possèdent en outre des services de consultation d'ophtalmologie, de dermatologie, etc. Cependant, on trouve actuellement des hôpitaux dont les fonctions chirurgicales sont insuffisantes, et un renforcement successif des fonctions va être nécessaire. Les CHD désignent des hôpitaux en dehors de la capitale régionale, installés en un emplacement par district. D'autre part, une classification existe entre les CHD-2, installations qui possèdent des fonctions opératoires, et les CHD-1, hôpitaux qui n'en possèdent pas. Les CSB sont classifiés entre les CSB-2, où est affecté un médecin, et les CSB-1, administrés par une infirmière ou une sage-femme, etc.

Les CHU ressortent à secrétaire général du Ministère de la Santé et du Planning familial. Les CHRR dépendent du directeur de la DRSPF de chaque région. Les CHD et CSB dépendent du chef du SSPFD. En outre, il s'agit d'une structure complexe, dans laquelle, au niveau du ministère, les CHRR ressortent à la DHRR, et les CHD et CSB ressortent à la DDDS.

1.3.3 Morbidité et causes de mortalité infantiles

Le tableau 1.3 indique les principales maladies des enfants qui ont consulté dans les CSB, et le tableau 1.4 les causes de mortalité infantile dans les CHD. Les maladies que l'on peut prévenir et soigner, telles que les maladies infectieuses respiratoires, le paludisme et les maladies diarrhéiques, sont en majorité. En outre, la malnutrition est aussi un facteur important dans les cas de maladie mortelle.

Tableau 1.3 Causes, nombre de cas et proportions des maladies infantiles dans les CSB (2003)

Maladies	Moins de 1 an		De 1 à 5 ans		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Maladies. Aigües resp.	518 142	(2,41)	708 531	(30,4)	1 226 673	(34,2)
Fièvres (paludisme inclus)	239 669	(19,1)	534 473	(23,0)	774 142	(21,6)
Maladies diarrhéiques	202 362	(16,1)	285 348	(12,3)	487 710	(13,6)
Autres	297 886	(23,7)	799 977	(34,4)	1 097 863	(30,6)
Total	1 258 059	(100,0)	2 328 329	(100,0)	3 586 388	(100,0)

Tableau 1.4 Causes, nombre de cas et proportions de la mortalité infantile dans les CHD

Maladies	Moins de 1 an		De 1 à 5 ans		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Paludisme grave	99	(16,4)	240	(34,0)	355	(25,2)
Maladies diarrhéiques	129	(21,4)	103	(14,6)	253	(18,0)
Malnutrition grave	55	(9,1)	87	(12,3)	151	(10,7)
Pneumonie grave	73	(12,1)	40	(5,7)	125	(8,9)
Autres	247	(41,0)	235	(33,3)	523	(37,1)
Total	603	(100,0)	705	(100,0)	1408	(100,0)

1.3.4 VIH et infection syphilitique

En 2003, une étude du taux de morbidité du VIH chez les femmes enceintes a pour la première fois été réalisée à l'échelle nationale à Madagascar. L'étude a été réalisée sur un échantillon d'environ 10 000 personnes et 208 sites. Il s'agissait donc d'une étude de grande échelle, vu la taille de l'échantillon. Cette étude a été parallèlement menée sur le taux de dépistage des anticorps du VIH et le test de la syphilis (procédés RPR, TPHA), et a permis d'examiner conjointement le taux de morbidité des maladies sexuellement transmissibles.

Le taux de positivité pour le VIH était de 1,1 % pour l'ensemble du pays (intervalle de confiance à 95 % : 0,91-1,34 %), et à Madagascar, il a été reconnu que l'infection par le VIH s'étendait déjà du groupe à haut risque vers le groupe à faible risque (foyers normaux), et des hommes vers les femmes.

Par province, Antananarivo était une zone au taux assez faible en comparaison avec les 3 provinces d'Antsiranana, de Fianarantsoa et de Mahajanga, et un taux de positivité de 1 à 2 % a été uniformément observé. On a observé dans la distribution par tranches d'âge une tendance à la positivité élevée chez les jeunes. Par niveau d'éducation, une tendance à la positivité élevée était observée chez ceux qui n'ont pas eu d'opportunités d'éducation et ceux qui n'ont reçu qu'une instruction primaire, indiquant une corrélation avec les facteurs sociaux.

Concernant le test de la syphilis, le tableau 1.6 indique les personnes testées positives par les deux tests RPR et TPHA.

La positivité dans la province de Toamasina était d'un degré supérieur à celle des autres provinces. D'autre part, la faiblesse du taux à Antananarivo rappelait celle rencontrée pour le VIH, mais dans ce cas-ci, on ne trouvait pas de différence significative par rapport à Fianarantsoa. Toutefois, la tendance plus faible à Antananarivo que dans les provinces de Fianarantsoa, Mahajanga et Toliara, constituait un schéma à peu près similaire au cas du VIH.

D'autre part, en comparaison avec la positivité au VIH, qui tendait à être élevée chez les jeunes, dans le cas de la syphilis, la positivité tendait à augmenter graduellement avec l'âge. Concernant le niveau d'éducation et la positivité, une tendance à peu près similaire à celle du VIH a été constatée. Autrement dit, chez ceux qui n'ont pas eu d'opportunités d'éducation, la positivité à la syphilis est significativement plus forte que chez ceux qui ont reçu une éducation secondaire ou supérieure.

Ainsi, peut-être en raison du grand nombre de personnes testées positives à la syphilis en comparaison avec celles testées positives au VIH, des écarts significatifs ont été reconnus entre les groupes lors de l'analyse univariée. La tendance d'ensemble était similaire à la positivité pour le VIH, mais la différence du schéma de distribution par âge, et la très forte positivité à la syphilis dans la province de Toamasina étaient deux spécificités. A ce sujet, on peut supposer que les opportunités d'extension de l'infection par le VIH sont récentes, et estimer que l'une des causes est la non uniformité du schéma de l'extension selon les régions.

Tableau 1.5 Taux de morbidité du VIH chez les femmes enceintes (2003)⁸

		Positifs	Testés	Tx positivité	(IC à 95%)
Zone de résidence	Antananarivo	5	1 660	0,30	(0,11-0,74)
	Antsiranana	26	1 723	1,51	(1,01-2,24)
	Fianarantsoa	20	1 510	1,32	(0,83-2,08)
	Mahajanga	25	1 680	1,49	(0,98-2,22)
	Toamasina	12	1 516	0,79	(0,43-1,42)
	Toliara	18	1 534	1,17	(0,72-1,89)
	Ensemble du pays	106	9 623	1,10	(0,91-1,34)
Age	Moins de 15 ans	1	61	1,64	(0,08-9,98)
	15-19 ans	30	2 216	1,35	(0,93-1,95)
	20-24 ans	28	2 773	1,01	(0,68-1,48)
	25-29 ans	21	1 883	1,11	(0,71-1,73)
	30-34 ans	13	1 335	0,97	(0,54-1,70)
	35-39 ans	5	705	0,71	(0,26-1,75)
	Plus de 40 ans	6	314	1,91	(0,78-4,32)
	Age inconnu	2	327	0,61	(0,11-2,43)
Education	Pas de scolarisation	28	2 273	1,23	(0,83-1,80)
	Primaire	62	5 015	1,25	(0,97-1,61)
	Secondaire	11	1 769	0,62	(0,33-1,15)
	Supérieur	0	452	0,00	(0,00-1,05)
	Université et plus	1	67	1,49	(0,08-9,14)

Tableau 1.6 Taux de tests positifs de la syphilis chez les femmes enceintes (2003)⁹

		Positifs	Testés	Tx positivité	(IC à 95%)
Zone de résidence	Antananarivo	59	1 660	3,6	(2,7-4,6)
	Antsiranana	154	1 723	8,9	(7,7-10,4)
	Fianarantsoa	78	1 510	5,2	(4,1-6,4)
	Mahajanga	114	1 680	6,8	(5,7-8,1)
	Toamasina	254	1 516	16,8	(14,9-18,8)
	Toliara	133	1 534	8,7	(7,3-10,2)
	Ensemble du pays	792	9 623	8,2	(2,1-16,7)
Age	Moins de 15 ans	4	61	6,6	(4,9-6,9)
	15-19 ans	130	2 216	5,9	(7,2-9,3)
	20-24 ans	228	2 773	8,2	(7,3-9,9)
	25-29 ans	161	1 883	8,6	(7,9-11,2)
	30-34 ans	126	1 335	9,4	(8,9-13,7)
	35-39 ans	78	705	11,1	(7,2-8,8)
	Plus de 40 ans	32	314	10,2	(7,7-14,2)
	Age inconnu	32	327	9,8	(6,9-13,7)
Education	Pas de scolarisation	222	2 273	9,8	(8,6-11,1)
	Primaire	421	5 015	8,4	(7,6-9,2)
	Secondaire	125	1 769	7,1	(5,9-8,4)
	Supérieur	18	452	4,0	(2,4-6,3)
	Université et plus	1	67	1,5	(0,1-9,1)

⁸ Etude de la séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes à Madagascar⁹ Etude de la séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes à Madagascar

2 Aperçu du projet

2.1 Objectifs du projet

Dans le cadre du projet, il a été convenu de mener une étude et des concertations dont les trois objectifs étaient les suivants.

- (1) Reconnaître les besoins dans le domaine de la santé maternelle et infantile à Madagascar.
- (2) Echanger entre la partie malgache et la partie japonaise le concept de la coopération technique future dans ce domaine, tel que considéré d'après les besoins
- (3) Constituer conjointement entre la partie japonaise et la partie malgache le contenu de la coopération technique future

2.2 Eléments considérés au sujet du plan

Parmi les causes les plus importantes de l'état non satisfaisant de la santé et des soins médicaux à Madagascar, on peut signaler la pauvreté de nombreux habitants. En raison de la pauvreté, la santé est affectée, notamment par la malnutrition qui mène à l'augmentation de la morbidité, et par la baisse du taux d'utilisation des services médicaux en raison de la charge des frais médicaux. En conséquence, sans prendre en considération l'aide aux démunis, il est impossible de mettre sur pied des mesures efficaces et radicales pour le domaine des soins médicaux et de la santé. En outre, l'aide extérieure japonaise est mise en œuvre en tenant compte de « la garantie de la sécurité humaine », et les mesures pour les démunis sont importantes sur ce point aussi.

En fonction de ce qui précède, il a été tenu compte des cinq points suivants pour le plan du présent projet.

- Elaboration, mise en œuvre et évaluation de politiques de la santé maternelle et infantile
- Système médical et de santé régional
- Cohérence avec la coopération technique, la coopération financière non-remboursable et la formation mises en œuvre jusqu'ici, et mise à profit de leurs résultats.
- Mesures pour l'accès des démunis aux soins médicaux et à la santé
- Coopération avec les partenaires du développement

2.3 Envoi d'experts réalisés

Dans le cadre du présent projet, les envois d'experts suivants ont été effectués. L'apport réalisé a été l'envoi d'un expert à long terme (366 personnes-jour) et de dix experts à court terme (279 personnes-jour).

Nom	Fonction	Période
Ayako HONDA	Economie des soins médicaux	20 février 2005 – 14 mars 2005
Mikiko YOSHIDA	Coordination du travail	23 mai 2005 – 23 mai 2006
Mitsuaki MATSUI	Planification de la santé régionale	24 mai 2005 – 10 juin 2005
Mitsuaki MATSUI	Planification de la santé régionale	13 août 2005 – 22 août 2005
Hiromi OBARA	Système d'urgences obstétricales	19 novembre 2005 – 19 décembre 2005
Mitsuaki MATSUI	Santé publique	19 novembre 2005 – 19 décembre 2005
Ayako HONDA	Economie des soins médicaux	20 novembre 2005 – 17 décembre 2005
Yasuyo OSANAI	Soins obstétricaux	26 novembre 2005 – 19 décembre 2005
Mitsuaki MATSUI	Santé publique	6 mars 2006 – 17 avril 2006
Noriko KATO	Santé infantile	13 mars 2006 – 17 avril 2006
Yasuyo OSANAI	Santé maternelle	13 mars 2006 – 17 avril 2006

3 Résultat des études

3.1 Economie des soins médicaux

3.1.1 Objectif

En vue d'assurer l'accès aux services médicaux, informatives et statistiques concernant les quatre sujets ci-dessous ont été recueilli et analysé.

- (1) Système de découpage de coût pour les médicaments (FANOME) exécuté dans les centres de santé de bases (CSB) et mis en vigueur en tant que filet de sécurité sociale (Fonds d'équité)
- (2) Application des FANOME et de Fonds d'équité sur les chantiers (province de Mahajanga)
- (3) Avancement de l'élaboration de la politique concernant le système de participation financière des usagers, le filet de sécurité sociale et le schéma de partage de risques dans les centres hospitaliers du district (CHD).
- (4) Activités d'autres partenaires relatives au sujet 3.
- (5) Réexamens des documents et données, entrevues avec les informants clés, visites sur place sont des méthodes principales de collectes des informations.

3.1.2 Financement pour l'approvisionnement non-stop des médicaments (FANOME) et de la sécurité sociale dans les centres de santé de bases (Fonds d'équité)

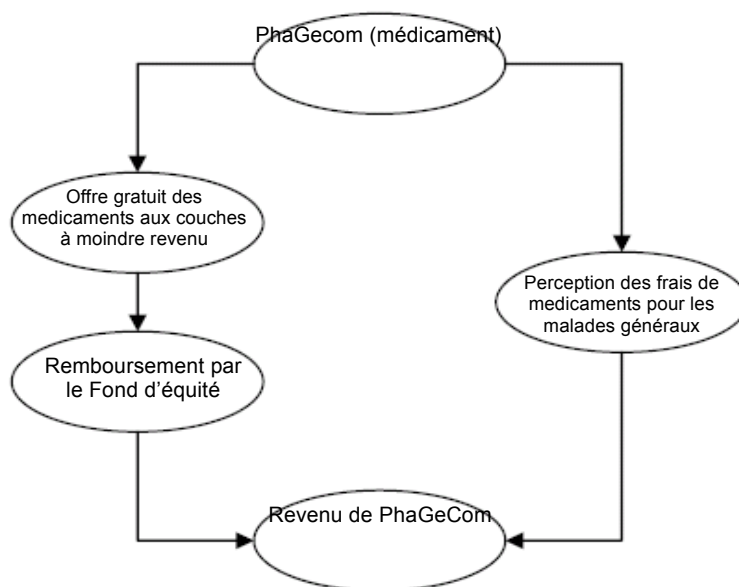
En 1988, le Madagascar a introduit le système national uniforme de la Participation financière des usagers (PFU) dans tous les niveaux de centres hospitaliers, cernant le secteur médical au complet, des cliniques médicales jusqu'aux centres hospitaliers universitaires. Cependant, le nouveau gouvernement, instauré après la crise politique et économique entraînée par l'élection présidentielle, a suspendu ce système à titre provisoire en juin 2002, et il en résultait que le service médical et les médicaments ont été fournis gratuitement dans les centres hospitaliers publics jusqu'au moment où le Ministère de la santé et du planning familial a recommencé à percevoir la participation financière des usagers pour les médicaments dans les CSB en janvier 2004. Ce système (système du financement pour l'approvisionnement non-stop des médicaments), actuellement appliqué à travers tout le pays, est appelé FANOME, et des pharmacies à gestion communautaire (PhaGeCom) se sont établies dans chaque CSB. De plus, la Comité de gestion (CoGe) est organisé pour gérer et administrer le système à savoir la gestion de revenu de vente des médicaments.

L'objectif du FANOME est de 1) garantir les fonds nécessaires pour l'approvisionnement durable des médicaments dans les CSB, 2) assurer l'accès aux services de santé et aux soins médicaux pour tous les habitants, en particulier les couches sous-privilegiées, et 3) encourager la participation des habitants à la mise en exécution de ce système. Les objets d'application sont i) les médicaments nécessaires aux traitements médicaux, ii) les consommables utilisés au cours des traitements médicaux, et iii) les médicaments nécessaires à l'accouchement.

En outre, afin d'assurer l'accès au santé et au soins médicaux des couches sous-privilegiées, l'obligation est ainsi d'établir un fond d'équité dans chaque CSB. Une liste des habitants sous-privilegiés, auxquels la Carte de santé (Karatry ny fifanampiana) sera distribuée, sera établie dans chaque commune. Si le bénéficiaire consulte un CSB enregistré, une portion des revenus de PhaGecom sera utilisée comme fond

d'équité. Par conséquent, le fond d'équité remboursera le frais des médicaments, d'où le paiement par le bénéficiaire est exempté.

Figure 3.1 Aperçu du mécanisme du FANOME et du Fond d'équité



Bien que ce système a été introduit en 2004, les circonstances de la gestion et de l'exécution diffère selon la région ou selon le SSPFD. Nous avons effectué cette fois une étude sur place dans trois régions de la province de Mahajanga.

1) Région Boeny (6 SSPFD)

Le FANOME est exécuté d'une façon relativement satisfaisante. 7200 Cartes de santé (Health Card) ont été distribuées en 2005, et le taux d'exécution de fonds d'équité dans la région est 1% en moyenne, accédant jusqu'à 2% en certains endroits.

2) Région Betsiboka(3 SSPFD)

Dans le département Mevetanana, le FANOME et le fond d'équité sont tous les deux exécutés d'une façon satisfaisante. Mais dans le district de Tsaratanana, bien que l'administration du FANOME n'a pas de grands problèmes, presque aucun soutien n'est accordé aux bénéficiaires du FE. En outre, le district de Kandrehô n'a pas présenté aucun rapport d'observation.

3) Région Sofia (7 SSPFD)

En ce qui concerne l'administration du FANOME, il y a quelques CSB où aucune CoGe ni CoSan n'est pas organisée. Ce sont ainsi des personnels médicaux qui complètent ces fonctions dans ces CSB. Cependant, dans certains centres, des activités illégitimes (vente illicite de drogue ou imposition frauduleuse du frais, tromperie de livres de comptes, etc.) se révèlent. De plus, à propos du fonds d'équité, bien qu'ils sont installés, la majorité des CSB n'arrive pas à les utiliser. La plupart des CSB se heurte à la grande difficulté

d'établir de listes des bénéficiaires. Pour citer un facteur, les personnes sous-privilegiées ou les personnes vulnérables refusent d'être assignées le nom "la population pauvre". Par ailleurs, quelques CSB sont forcés à recompiler leur listes de bénéficiaires jugeant qu'il était impossible de donner soutien à tous les bénéficiaires mentionnés sur la liste originelle établie par Fokontany.

Tableau 3.1 Etat d'exécution de FANOME / FE dans la région Boeny (janvier - juin 2005)

SSPFD	Structure de FANOME / EF			Capitaux *1			Taux d'utilisation des bénéficiaires de FE*4	Frais moyen de médicaments *1	
	Nombre des bénéficiaires de FE	CoSan *2	CoGe *3	Dépôt	Espèces	FE		Malades généraux	Bénéficiaires de FE
Mahajanga I	934	6/6	6/6	15,857,476	2,160,929	8,717,752	2%	1,303	1,584
Mahajanga II	781	12/13	12/13	12,997,552	n/a	14,498,493	1%	967	923
Marovoay	2600	17/17	17/17	5,545,953	182,142	5,936,994	1%	1,201	1,510
Ambato-boeny	3473	16/19	16/19	7,586,295	1,512,290	3,448,217	2%	501	693
Mitsinjo	338	10/10	10/10	7,550,873	8,533,499	10,654,460	0%	1,092	0
Soalala	70	9/9	9/9	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Total	8196	70/74	70/74	49,538,149	12,388,860	43,255,916	1%	844	785

Source: Direction régionale de la santé et du planning familial de Boeny

*1: La devise monétaire est l'ariary malagache

*2: Le taux des CSB qui ont organisé le CoSan parmi tous les CSB couverts par chaque SSD.

*3: Le taux des CSB qui ont organisé le CoGe parmi tous les CSB couverts par chaque SSD.

*4: Le taux des bénéficiaires de FE parmi tous les malades qui ont utilisé le CSB.

Tableau 3.2 Etat d'exécution de FANOME / FE dans la région Betsiboka (décembre 2004)

SSPFD	Structure de FANOME / EF			Capitaux *1		
	CoSan *2	CoGe *3	Liste des bénéficiaires du FE	Dépôt	Espèces	FE
Kandreho	4/5	4/5	Non	40,500,000	4,044,507	
Maevatanana	21/21	21/21	Oui	44,475,381	0,	988,342
Tsaratana	21/21	21/21	Non	88,239,000	32,150,269	

Source: Direction provinciale de la santé et du planning familial de Mahajanga

*1: La devise monétaire est l'ariary malagache.

*2: Le taux des CSB qui ont organisé le CoSan parmi tous les CSB couverts par chaque SSD.

*3 : Le taux des CSB qui ont organisé le CoGe parmi tous les CSB couverts par chaque SSD.

Tableau 3.3 Bilan de FANOME / FE dans la région Betsiboka (juin 2005)

SSPFD	Recettes*1						Dépense			
	Paiement par les patients généraux		Remboursement par le FE		Autres	Total	Achats de médicaments	FE	Autres	Total
	Nombres de'ordonnances	Sommes	Nombres d'ordonnances	Sommes						
Maevatanana	4,667	30,842,644	178	1,572,910	0	32,410,554	25,438,350	720,235	3,566,705	29,725,290
Tsaratanana	1808	5,980,960	1	1490	450,000	6,027,450	14,279,802	133,938	552,142	18,413,082

Source : Direction régionale de la santé et du planning familial de Betsiboka
 *1La devise monétaire est l'ariary malagache.

Tableau 3.4 Etat d'exécution de FANOME / FE dans la région Sofia

SSPFD	Nombres de cartes de Santé distribuées	FE crée ¹	CoGe ²	CoSan ³	Liste de bénéficiaires du FE présentée ⁴	Revenu du FANOME
Ananalava	1000	100%	100%	25%	100%	7,773,040
Antsohihy	1000	87%	100%	100%	52%	34,928,475
Bealanana	1000	86%	100%	100%	100%	51,040,880
Befandriana-N	600	100%	94%	14%	100%	16,995,406
Mandritsara	600	100%	50%	50%	100%	25,859,788
Port-Berger	400	100%	83%	83%	40%	12,711,146
Mampikony	400	80%	83%	83%	0%	2,980,580
TOTAL	5000	93%	87%	65%	70%	152,289,315

Source : Direction régionale de la santé et du planning familial de Sofia
 *1 : Le taux des CSB qui ont crée le FE parmi tous les CSB couverts par chaque SSD.
 *2 : Le taux des CSB qui ont organisé le CoGe parmi tous les CSB couverts par chaque SSD.
 *3 : Le taux des CSB qui ont organisé le CoSan parmi tous les CSB couverts par chaque SSD.
 *4 : Le taux des CSB qui ont présenté la liste des bénéficiaires du FE parmi tous les CSB couverts par chaque SSD.

Tableau 3.5 Elément décisif de la performance du FANOME / FE

	Ananalava	Antsohihy	Bealanana	Befandriana-N	Mandritsara	Port-Berger	Mampikony
Participation de la commune					o		o
Capacité d'administration / formation		o			o		o
Information / Communication de SSD / DRSPF / MINSAN						o	o
Fonction du CoGe		o					
IEC entre les habitants	o					o	
Prime aux intéressés	o	o			o		
Conditions géographiques			o			o	
Revenu du FANOME	o		o				

Les éléments mentionnés ci-dessous ont été confirmé d'être clef dans la gestion du FANOME / Fonds d'équité d'après les entretiens réalisés dans les trois régions :

- Collaboration du SSPFD et de la commune, participation de la commune
- Degré de fonctionnement des organisations telles que le CoGe, CoSan, etc.
- Technique et capacité administrative et comptabilité du personnel des CoGe, CoSan, etc. qui prennent part à l'exécution.
- Si les activités de propagation du personnel des CSB et des PhaGeCom sont exécutés.
- Informations, communications, directions par l'administrateur de la santé
- Primes au personnel de fournissage de services.
- Niveau de revenu par la vente de médicaments de CSB

De plus, les problématiques ci-dessous ont été signalé d'après l'entrevue avec le personnel chargé de la

région Betsiboka.

- Quand le SSPFD couvre une sphère vaste, la malaise de communication et supervision existe.
- Limite du budget de CSB (revenu du FANOME)
- L'écart des revenus du FANOME et de la capacité financière entre les CSB se produit.

3.1.3 L'établissement du système de participation financière des usagers dans les CHD et la construction du filet de sécurité sociale

Depuis la «suspension provisoire de la PFU» déclarée en juillet 2002, le système de la participation financière des usagers au niveau des hôpitaux arrête en principe de percevoir le frais de consultation et d'hospitalisation, tandis que le mécanisme pour la perception du frais pour les autres services y compris les examens, les consommables nécessaires pour les traitements médicaux, et les médicaments sont entretenus. Cependant, un système national uniforme n'étant pas établi, la situation est que chaque hôpital s'ajuste d'une façon un peu différente. Le Ministère de la santé et du planning familial pratique des études ou des projets pilotes afin d'installer des fonds d'équité destinés aux habitants les plus pauvres afin d'établir un système d'assurance des soins médicaux à gestion communautaire destiné aux couches moyennes et aux couches pauvres saisonnières.

Nous allons résumer ci-dessous les projets pilotes relatives aux filets de sécurité sociale pratiqués avec les supports des autres partenaires..

1) Introduction au schéma de fonds d'équité – CHD-2 de Marovoay

Ce projet a été inauguré au CHD-2 de Marovoay avec l'appui de GTZ-KfW en janvier 2005. L'objectif de ce projet est de réduire la charge économique par l'allocation du frais de consultation et de médicament dans le CHD-2 de Marovoay par le fond d'équité, et de garantir l'accès aux services médicaux dans l'hôpital qui est un CHD.

La zone ciblée par ce fond d'équité est la province de Marovoay et une section de la province d'Ambato Boeni (population: environ 300,000), couvertes par le CHD-2 de Marovoay. i) Les frais médicaux dus aux CHD (frais de consultation, examens, et de médicaments), ii) les frais de repas pendant l'hospitalisation, et iii) frais de voyage (aller et retour) du patient et sa famille qui l'accompagne (1 personne) sont versés par le fond d'équité quand le bénéficiaire reçoit le service médical.

Deux méthodes sont utilisées pour le choix de bénéficiaires – Identification actives (IA) et Identification passives (IP). Le IA a pour objectif d'identifier le 5% de la population le plus démuné. Les GOAD (Oecuménique d'Assistance aux Démunés, groupement de plusieurs sociétés religieuses) organisés dans chaque commune font une liste des couches les plus démunées, suivant un certain critère, et la présente au CHD-2 de Marovoay. Par contre, le IP vise à identifier les couches démunées saisonnières qui représentent environ 15% de la population. Ce sont les Assistantes sociales (AS) résidant en permanence à l'hôpital qui examinent le titre de bénéficiaire selon une liste de contrôle.

Le Bureau exécutif du fonds d'équité (BEFE) est organisé pour la gestion du fond, et tient un congrès administratif à chaque mois. Les membres du BEFE sont le Médecin inspecteur (Direction de la santé de la province Marovoay), conseillers techniques du GTZ-KfW, représentants de GOAD des provinces de

Marovoay et d'Ambato Boeni, représentants des Comités de santé de chaque district, et représentants de la Direction provinciale de la population. Le BEFE est responsable pour l'approbation du dépense, l'observation des nombres de bénéficiaires, et la décision concernant la gestion du fond d'équité.

En ce qui concerne les capitaux requis pour les fonds d'équité, le KfW se charge des frais médicaux (frais de consultation et de médicaments) et des frais de gestion, le CHD-2 de Marovoay se charge du frais de repas des patients hospitalisés (budget accordé par le Ministère de la Santé et du Planning Familial), le GOAD se charge du frais de transport de patients et de sa famille, et le GTZ du frais des études.

Le fond d'équité s'est inauguré le 27 janvier 2005, et 113 bénéficiaires ont été calculés avant octobre 2005 (Tableau 3.6). L'assurance de la durabilité de ressources financiers et l'élaboration de système de référence des bénéficiaires au centre hospitalier de référence de la région sont les problèmes à envisager dans le futur. D'autre part, à propos du frais de transport alloué aux patients et leurs familles par le GOAD, ce sont les GOAD de chaque commune qui obtiennent les ressources par les activités produisant des revenus ou par des contributions, mais la somme pouvant être acquise diffère suivant la région. Les GOAD dans les communes où la population est nombreuse, et où la situation sociale et économique est opulente peut acquérir plus de capitaux, tandis que les communes isolées, bien qu'ils nécessitent plus de frais de transport, la population du zone ciblée étant peu nombreuse, et que la situation sociale et économique plutôt indigentes, ont de difficultés à garantir les ressources financières pour le frais de transport.

Tableau 3.6 Nombre des usagers des fonds d'équité de CHD-2 de Marovoay

Catégorie des patients	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre
Chirurgie (Prix modéré)	5	6	4	4	7	2	4	3	2
Chirurgie (Prix élevé)	0	3	2	1	3	2	1	1	3
Pathologie interne	4	5	6	5	12	8	3	4	7
Pédiatrie	3	1	3	2	2	1	1	2	1
Total	12	15	15	12	24	13	9	10	13

Source : Rapport Financier FE CHD2

2) Assurance Communautaire de CHD-2 d'Itaosy

Cette assurance communautaire est un programme d'assurance médical à gestion communautaire inaugurée au CHD-2 d'Itaosy (une banlieue d'Antananarivo) avec l'appui de l'O.M.S. en 2003. Le programme vise à améliorer la qualité du service médical et de garantir l'accès aux soins médicaux des habitants en associant la perception des frais médicaux avec le programme d'assurance dans les CHD.

Une association d'assurance à gestion communautaire, Antokaina, a été organisée pour l'exécution du programme, et l'office a été installé au CHD-2 d'Itaosy. Le programme couvre, à présent, deux communes – Itaosy et Bemasoandro.

Les membres des associations d'assurance médicale à gestion communautaire offrent une prime d'assurance de 5,000 ariary par an à chaque ménage. Les frais médicaux couverts par l'assurance constituent le frais de consultation, d'examen, et des médicaments. L'association d'assurance verse les frais médicaux jusqu'à la quatrième consultation. Après la cinquième consultation, les membres doivent acheter des billets supplémentaires de 300 ariary. Afin de s'inscrire comme membre, chaque ménage doit présenter ses cartes d'identité, fiches d'enregistrement de domicile, et photos d'identité pour tous les membres de la famille, et doit verser la prime d'assurance annuel.

L'Antokaina est constituée de trois comités – une comité de développement du prépaiement de la commune ou du district (CDP), une comité de surveillance (CS), et une comité de gestion (CG). Le CDP est l'organe décideur concernant la gestion de l'association d'assurance, et dirige les discussions à propos des activités de sensibilisation aux habitants, supervision, evaluation, et donne des conseils techniques. Le CS se charge de la surveillance et de l'inspection financière des activités de l'association. Le CG, gérant de l'association d'assurance, est constitué d'un président, un vice-président et un comptable. Les ressources financières principaux de l'Antokaina sont les primes de l'assurance payés annuellement par les members et les subventions par les autres partenaires.

L'association d'assurance organise des conférences périodique avec le directeur de CHD-2 d'Itaosy quatre fois par an et échange des renseignements concernant la qualité de soins médicaux ou sur les désirs des patients. Dans la période qui s'est terminée au mois de février 2005, 513 ménages (1,836 personnes) sont devenus membres de l'association d'assurance. Afin de garantir la durabilité de ressources financière, l'association d'assurance vise à acquérir 2000 ménages comme membres.

Tableau 3.7 Nombres des usagers de l'assurance de santé à gestion communautaire de CHD-2 d'Itaosy (année 2004)

Mois	Gynécologie		Chirurgie	Odontologie		Examen après l'accouchement	Ondes ultrasoniques	Rayon X	Hospitalisation	Consultation des patients non hospitalisés
	Accouchement	Hospitalisation		Traitements	Extraction de dents					
Janvier	6	0	0	0	6	2	0	0	2	1
Février	3	1	3	4	9	0	0	0	1	9
Mars	1	1	4	8	19	0	1	0	3	11
Avril	3	1	1	27	19	2	0	2	1	11
Mai	2	1	2	14	6	0	1	2	1	15
Juin	6	2	0	14	17	0	1	2	4	10
Juillet	1	0	3	15	11	0	2	4	2	15
Août	3	2	3	4	39	0	0	1	0	9
Septembre	2	2	3	17	12	1	3	5	1	11
Octobre	4	4	2	9	8	0	2	2	5	15
Novembre	6	1	0	11	15	0	2	6	0	14
Décembre	4	1	1	7	7	0	3	0	4	11
Total	41	16	22	130	168	5	15	24	24	132

Source: Antokaina

3) Association de programme des paiement anticipé de Talata-Ampano (Province de Fianarantsoa)

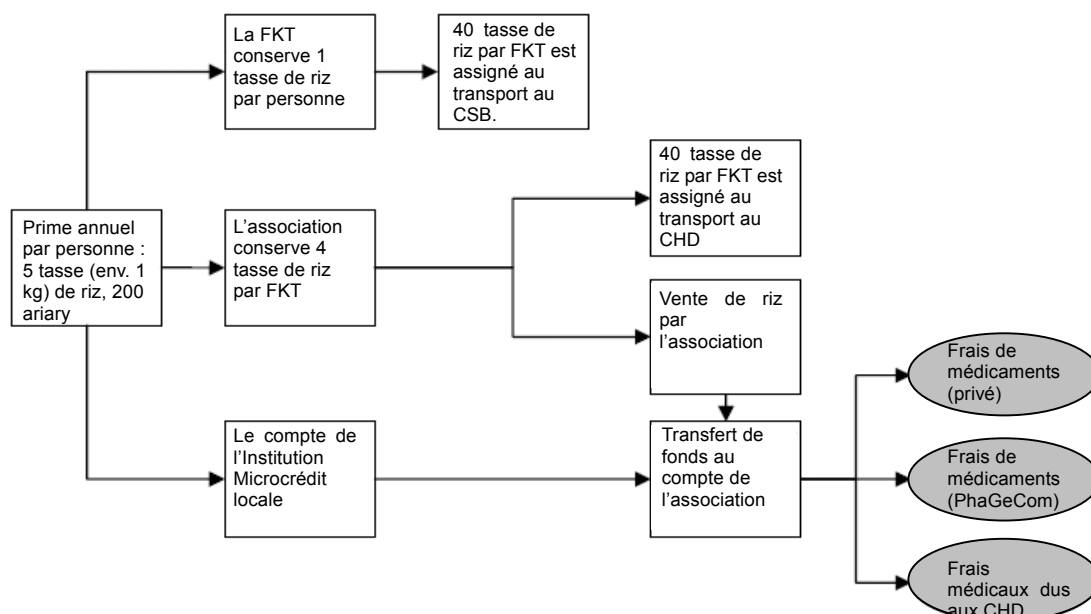
Ce programme est un programme de paiement anticipé à gestion communautaire inauguré le juillet 2005 dans la commune de Talata-Ampano dans la province de Fianarantsoa. Il est pratiqué grace au soutien de SantéNet (USAID).

Une association de programme de payment anticipé est organisée dans la commune, et couvre 11 Fokontany (population : 11,486). Les membres comptaient environ 8,000 en décembre 2005.

Les membres (ménages) versant 200 ariary (0.10 dollars américaine) et environ 1 kg (5 kapoaka) de riz par membre de famille annuellement en tant que prime d'assurance.

”Le paquet de benefice” que le programme de paiement anticipe de fournir aux membres sont i) les frais de médicaments prescrits dans les CSB, (ii) les frais de consultation de pathologie interne dans les CHD (une somme fixe équivalent à 15 dollars américaine) , et (iii) les frais de consultation de chirurgie dans les CHD (somme fixe equivalent à 30 dollars américaines). Il est rapporté que les usagers de CSD sont augmentés de 72% dans les zones ciblées par le programme pendant la période qui s'est terminée en novemebre 2005.

Figure 3.2 Mécanisme de l'association de programme de paiement anticipé de Talata Ampano



D'autre part, le SantéNet donne du soutien aux analyses des prix de revient de chaque groupe de maladie (300 groupes) au niveau hospitalier. D'où le calcul approximatif pour les frais nécessaires est possible si l'on installe le fonds d'équité au niveau de l'hôpital. Le champ d'application des fonds d'équité au niveau de l'hôpital (paquet d'équité de santé) est examiné conformément à cet analyse des prix de revient.

En se fondant sur ces études et des résultats des affaires, un nouveau système de participation financière des usagers au niveau de l'hôpital sera établi avec la coopération des organismes concernés, à savoir le MINSAN-PF, le Ministère de population, le Ministère de décentralisation, les partenaires, etc.

3.1.4 L'exécution de FANOME / Fonds d'équité et problématique concernant le système de participation financière des usagers au niveau de l'hôpital

1) Exécution de FANOME et de fonds d'équité

Les problèmes suivants sont signalés.

- En raison des diverses conditions entourant le CSB (population ciblée, situation socio-économique, etc.), les revenus par la récupération de frais de médicaments (FANOME) diffèrent énormément entre les CSB.
- L'évolution de la réalisation des fonds d'équité diffère remarquablement entre les CSB. En somme, on peut catégoriser à 3 modèles : (i) les bénéficiaires qui sont déjà exemptés des frais de médicaments, (ii) 3/135 des revenus reçus de FANOME est versé par le compte de fonds d'équité, mais les bénéficiaires ne sont pas exemptés des frais de médicaments en réalité, et (iii) les préparations pour l'exécution des fonds d'équité là où l'installation du CoGe ou l'ouverture de

compte du fonds d'équité ne sont pas encore terminées.

- La balance entre les revenus par la récupération de frais de médicaments et le coût nécessaire pour l'exemption de frais de médicaments des bénéficiaires du fonds d'équité pose des problèmes. Par conséquent, les communes ou les CSB ont tendance à limiter le nombre des bénéficiaires à proportion du revenu par la récupération de frais de médicaments.

De plus, autres que la population ciblée de CSB et la situation socio-économique, (i) la coopération de la commune et de CSB ainsi que le degré de participation de la commune, (ii) la capacité administrative et la formation du personnel nécessaire pour l'exécution, et (iii) information et communication, surveillance des administrations de santé (SSPFD / DRSPF / MINSAN-PF) sont des éléments qui portent influence sur le performance de FANOME et des fonds d'équité.

2) Système de participation financière des usagers au niveau des hôpitaux comprenant les CHD ou CHRR et le filet de sécurité sociale

L'évolution de l'élaboration de politique est résumée comme il suit :

- Le gouvernement étudie l'élaboration du système de la participation financière des usagers au niveau d'hôpital afin de réaliser l'autonomie de l'hôpital.
- Parallèlement, la constitution du filet de sécurité sociale au niveau d'hôpital est étudiée. Un système ou un fonds d'équité dont l'objet est la classe la plus démunie est associée à l'assurance médicale à gestion communautaire portent sur les couches d'extrême pauvreté et de pauvreté modérée, ainsi que sur les couches démunis saisonnières.
- Les partenaires bilatéraux, les organismes internationaux et des organisations non-gouvernementales participent activement à la constitution du filet de sécurité sociale, et effectuent des projets pilotes dans certains zones. Pour citer des exemples, les fonds d'équité établis dans le CHD-2 de Marovoay avec l'appui de GTZ, l'assurance communautaire créée dans le CHD-2 d'Itaosy avec le soutien de l'O.M.S., l'assurance communautaire réalisée au Fianarantsoa avec le soutien de SantéNet sont les projets principaux.

Pour aborder les problèmes sur l'élaboration de système de participation financière des usagers au niveau d'hôpital, récapituler les résultats des projets pilotes exécutés individuellement dans de divers zones, et les régler et harmoniser pour l'élaboration de la politique au niveau national, auront de grande importance. D'autre part, pour réaliser l'autonomie d'hôpital, l'administration financière efficace de l'hôpital doit être discutée au même temps que l'élaboration d'une mécanisme de perception des participation financière des usagers au niveau d'hôpital.

3.1.5 Possibilité de coopération dans le domaine de l'économie des soins médicaux

1) Promotion de l'exécution de FANOME et des fonds d'équité

Nous avons cité la participation du commune, le renforcement de la capacité du personnel, l'information et communication entre l'administration de santé et les lieux d'application de politique en tant qu'élément influençant sur la performance de FANOME et des fonds d'équité. Parmi ces articles, l'offre de formation – particulièrement des techniques de comptabilité, de surveillance et d'évaluation - des personnels qui prennent

part à l'application politique semble être une coopération profitable. De plus, l'activité de propagation politique à l'égard des habitants et des municipalités devraient être un moyen essentiel d'autant que la participation de la commune est indispensable pour l'exécution du FANOME.

2) Elaboration du système de participation financière des usagers au niveau d'hôpital

Maintenant que le système de participation financière des usagers au CSB (FANOME) et le filet de sécurité sociale (fonds d'équité) sont déjà mis en place, il faut envisager la constitution du filet de sécurité sociale et du programme de partage de risque qui rend possible la référence entre le CSB, CHD et CHRR. En ce qui concerne la province de Mahajanga, le fonds d'équité au niveau d'hôpital est introduit dans le CHD2 de Marovoay en tant qu'un projet pilote, et l'élaboration, en se fondant sur ce projet, de programme pour référer les patients démunis au CHUM (Centre hospitalier universitaire de Mahajanga) qui est un CHR, pourrait présenter un cas modèle consultable pour l'établissement du système. D'autre part, puisque certains projets pilotes sont exécutés individuellement, il faut bien récapituler les résultats de ces projets pilotes et de participer activement aux dialogues politiques pour les relier aux nouveaux systèmes.

3) Etudes et consultations sur la gestion d'hôpital visant l'autonomie hospitalière

Le gouvernement examine l'introduction d'un système de participation financière d'usagers afin que l'autonomie hospitalière soit possible, et mène à l'élaboration d'une liste de prix uniforme pour le pays à l'entier. D'autre part, la gestion financière interne efficace ainsi que la construction de système d'administration hospitalière étant aussi important pour l'autonomie hospitalière, les études et consultations sur ces points sont également considérés comme des problèmes considérables à aborder.

3.2 Programme de santé régionale / santé publique

3.2.1 Plan de distribution de ressources de santé et de soins médicaux

1) Le plan national pour la formation des ressources humaines et de distribution des établissements

La Gestion de la formation des ressources humaines du Ministère de la Santé et du Planning Familial, pas plus que les autres organisations, ignorent le nombre concret des ressources personnelles affectées ou disponibles (nombre de titulaires dans le pays).

Les documents sur les affectation de ressources humaines qui existent ne sont que des listes de personnel des établissements enregistrés par cellule provinciale. Actuellement, la situation est au niveau de la préparation des documents pour l'établissement des plans futurs où ces données sont collectés au niveau national afin de procéder avec la vérification des nombres de distribution.

Le plan de distribution des établissements des centres de santé et de soins médicaux publics n'existe pas. Cependant, la ligne de conduite s'est borné à seulement présenter un cadre de promotion d'établissements existants. Les CSB-1 (pas de médecins) seront promu aux CSB-2 (médecins affectés), les CHD-1 (pas de salle d'opération) aux CHD-2 (salle d'opération équipée), et les CHD-2 dans les chefs-lieux de départements seront relevés aux CHRR.

Les formations continues exécutées n'étaient pas saisies systématiquement par la Direction de la formation des ressources humaines du Ministère de la Santé et du Planning Familial. De même, les informations sur les formations données sporadiquement sont saisies qu'en partie. C'est-à-dire que seuls les titres de cours ont été relevés, mais le contenu de la formation, le nombres des stagiaires ou ses distribution ainsi que le budget étaient méconnus.

La Direction Régionale de la Santé et du Planning Familial, ainsi que la SSPFD, parfois saisissaient les stagiaires selon le plan annuel d'activité. En particulier, le SSPFD de Mahajanga-I établissait, en même temps qu'une liste des personnels sous sa compétence, un tableau mentionnant le contenu et la date de formations éprouvés. Pourtant, ces efforts n'étaient pratiqués qu'individuellement.

2) Soutien aux plans d'affectation des ressources humaines et des établissements par les partenaires internationaux

Le soutien canadien devait être procuré pour l'affectation des ressources humaines, mais puisque l'on n'est qu'à l'étape de préparation des documents comme il est décrit là-haut, on n'en pouvait rien confirmer en ce qui concerne l'orientation principale. Il s'agira de continuer de collectionner les informations dorénavant.

En ce qui concerne le plan de distribution des établissements, le soutien aux établissements et des plans nationaux n'ont pas pu être identifiés, bien que les soutiens pour chaque programme existaient (principalement l'offre de médicaments et de matériaux ainsi que des formations en savoir concernant le planning familial, le traitement obstétrique urgent, etc.). L'harmonisation au niveau national des soutiens pour l'entretien des hôpitaux, des cliniques, et des salles d'opération n'est pas pratiqué.

3.2.2 Système d'information médical

Les informations essentielles étaient 1) celles sur le volume des services médicaux bénéficiés, et 2) sur l'exécution de plan d'activité annuel et la situation financière.

Dans les Centres de santé de base (CSB) et les Services de santé et du planning familial du district (SSPFD), l'application insuffisante de ressources humaines et l'encombrement de rapports et de paperasserie inutile s'agissaient de fardeaux professionnels considérables. Le tableau suivant indique la liste de rapports que la SSPFD doit présenter.

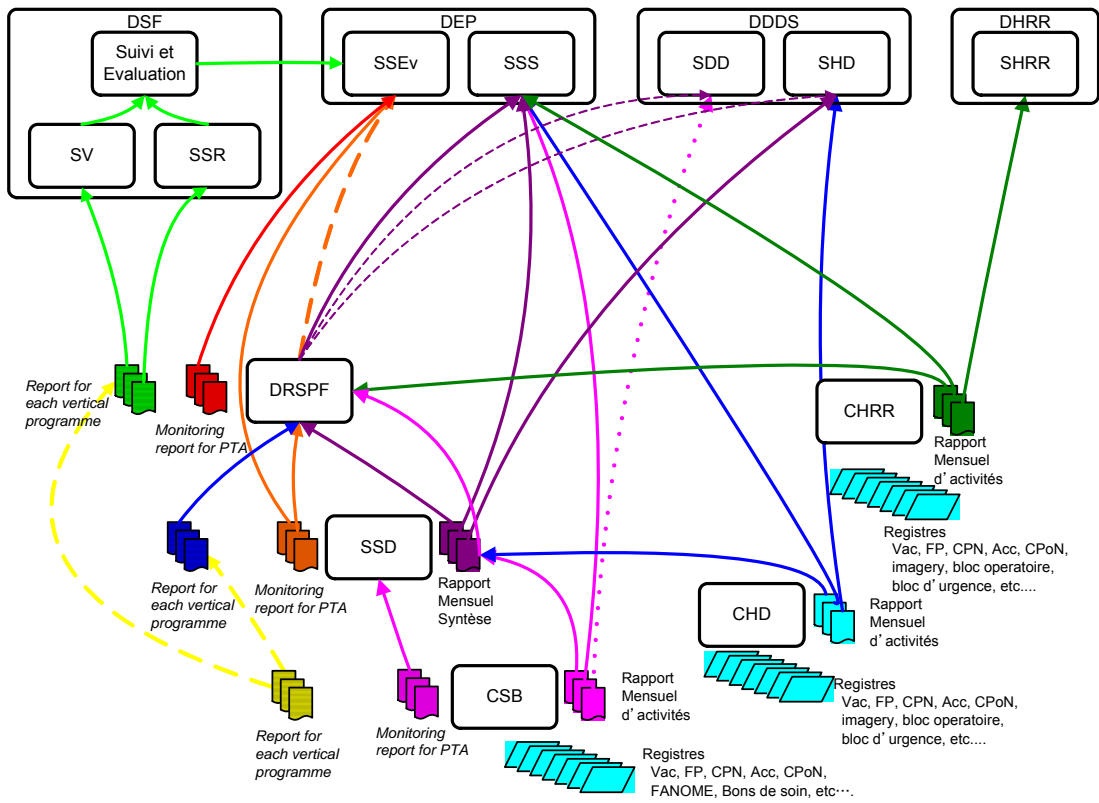
Les mêmes données sont collectionnées de chacun des niveau du district, du région, et du pays, mais il n'y avait point de mécanisme pour l'analyse et l'application de ces données. D'autre part, les données principales ont été considérés à être utilisées par les organizations internationales qui surveillent les programmes recevant des soutiens de grande envergure (vaccins, planning familial, etc.).

En considérant l'usage des données au plan annuel des activités, on devrait considérer la région ou le district comme point d'intervention si l'on se fondait sur le courant de décentralisation.

Tableau 3.8 Type, contenu et receveur de rapports que la SSPFD doit établir

Type	Fréquence	Contenu	Receveur
Rapport mensuel d'activité (RMA) Rapport Mensuel Synthèse de District (RMSD)	Mensuelle	Le RMA est le rapport des activités prosentés par les CSBs et les CHDs du juridiction. Le RMSD est le résumé du RMA.	DRSPF (RMSD seulement) DEP/SSS (RMA, RMSD) DDDS (RMA des CSBs privés seulement.
Vaccination	Mensuelle	Décrit les activités de EPI seulement	DRSPF (transféré d'ici à DSF)
Rapport de suivi trimestriel (référence PTA et excepté PTA)	Trimestrielle	Activités selon PTA et le rapport des situation financière	DRSPF MINSANPF/DAAF MdF
Report for CRESAN	Mensuelle	Chaque CSB présentent des rapports sur l'exécution du budget et sur l'activité	DRSPF (gestionnaire provinciale de CRESAN)
Rapport financer physique	Trimestrielle	Rapport sur les propriétés dans la juridiction	DEP DDDS DRSPF
VIH / Prévention de l'infection verticale maternelle et infantile	Mensuelle		DRSPF Programme SIDA
La Peste	Mensuelle		DRSPF Bureau municipal d'hygiène MIN / Service Pest
FANOME	Mensuelle		
Planning Familial	Trimestrielle		DRSPF MIN / DSF / SSR
Tuberculose	Trimestrielle		DRSPF MIN/ DLUMT
Lèpre	Trimestrielle		DRSPF MIN / DLUMT

Figure 3.3 Courant de divers rapport



3.3 Santé Maternelle

3.3.1 Politique de santé maternelle

La « Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à Madagascar » a été établie, et une directive d'activité fondée sur le MDG de 2015 a été rendu publique. deux objectifs y sont annoncés et des stratégies pour chacun d'eux est précisées.

Le premier objectif est de garantir l'accès aux services médicaux de qualité. Pour cela, l'établissement et consolidation de programme national, l'amélioration des service médicaux, et le renforcement du système de référence sont insistés.

Le deuxième objectif est d'accroître la connaissance des communautés et d'améliorer le niveau d'automédication. En même temps, l'amélioration de la communication des prestataires de santé et de medecine avec les habitants locaux est considérée aussi nécessaire que le progrès de la capacité d'automédication au niveau des ménages.

Ce sont tous des remèdes banales dans de situations où les établissements et les prestataires de santé et de médecine sont peu nombreux, et ils reflètent bien la situation actuelle dans laquelle le décroissement de la mortalité maternelle et néonatale ne rattrape pas le décroissement de la mortalité infantile de la population de moins de cinq ans.

Simultanément, il faudrait considerer le type de service et comment le développer dans la localité en question conformément à cette brochure stratégique. Il est indispensable de tenir compte des particularités locaux lors de l'application du programme national. La réalisation de l'unification en s'appuyant sur l'actualité des programmes au niveau national, particulièrement de services médicaux et l'exécution de services de santé et médicaux dans la localité, devront être deux points capitaux dans la relation de coopération technique de l'exercice 2006 et d'après l'exercice 2007.

En ce qui concerne le domaine de MSR, les « Protocoles et guides de prise en charge pour la maternité sans risque à l'usage des centres de santé de base et des hôpitaux de district » est, aussi bien que la brochure stratégique mentionnée là haut, la ligne d'orientation commune. Le contenu est fondé sur le « paquet mère-bébé” dirigé jusqu'ici par l'O.M.S. et l'UNICEF ainsi que sur le « Guidelines for monitoring availability and use of obstetric services ». D'autre part, le Protocols et guides est en revision sous l'influence d'un courant international qui insiste sur les soins obstétricaux d'urgence (SONU) et sur l'accoucheuse qualifiée.

A propos, les details sur la politique d'application de SONU et sur son pratique sont rédigés en 3.3.3.

3.3.2 Soins d'accouchement

1) La réalité des accoucheuses qualifiées (Skilled Birth Attendants, SBA)

Les professions qui correspondent à la SBA (Cf. Définition par l'O.M.S.¹⁰) sont, de point de vue du

¹⁰ La definition d'accoucheuse qualifiée de l'O.M.S.: un assistant qualifié est une personne de métier accrédité – à savoir une accoucheuse, médecin ou infirmier – qui a subi une education et une formation experte en ce qui concerne l'art nécessaire pour manier la grossesse, l'accouchement et la période postnatale immédiate normales (pas compliquées), ainsi qu'en ce qui concerne l'identification, la gestion et la référence des cas compliqués des femmes et des néonatales. (Rendre la grossesse plus sûre: le rôle critique du personnel qualifié Communiqué commun de O.M.S., ICM, et de FIGO

contenu de la formation, l'accoucheuse, le médecin, et l'infirmier. Par contre, cette opinion uniforme de l'état ne représente pas toujours la réalité. Autrement dit, il n'y a pas de compréhension commune sur le norme professionnel de l'accouchement, à savoir quelle profession accomplit quelle rôle. Une discussion au niveau national en se fondant sur l'actualité locale devrait être actualisée dans l'avenir. Décrit ci-dessous est l'information sur la SBA recueillies au cours de cette inspection.

Au cours de la «Réunion de coordination nationale en santé de la reproduction» qui se charge de la coordination dans la domaine de santé reproductive, l'existence d'une loi dans une certaine région qui interdit le soin de l'accouchement à domicile par un médecin privé a été reporté. Cependant, comme cela n'a pas pu être confirmé, la réponse était que l'on va se renseigner au Ministère de la Santé et du Planning Familial. D'autre part, dans la région de Boeny, l'accouchement à domicile n'étant pas considéré illegal, les médecins y prennent part d'une manière active. Ce sujet sera détaillé plus tard. De ces faits, un système uniforme concernant le personnel médical qui prend part à l'accouchement n'existe pas dans le Ministère de la santé et du planning familial (il se peut bien que le système existe, il n'est pas notoire). Cependant, le Ministère de la Santé et du Planning Familial utilise le terme «propulsion des assistances d'accouchement par les SBA (l'interprète utilisait le mot «personnes qualifiées»)» préconisés par les partenaires. Considérant les paroles du Ministère de la Santé et du Planning Familial au cours de la dédite réunion, la propulsion des assistances d'accouchement par les SBA semble être restée au niveau de «l'interdiction de l'assistance d'accouchement par les personnes non-qualifiées» et de «recommandation de l'accouchement à la formation sanitaire». Il serait nécessaire de confirmer l'opinion du Ministère de la Santé et du Planning Familial et de continuer à saisir le detail.

Par contre, il faudrait signaler tout particulièrement que dans la région de Boeny, grâce au soutien de GTZ, l'on partageait non seulement l'amélioration de qualité de service de CSB mais aussi la compréhension qu'il y existait de nombreux femmes enceintes qui ont peine à se déplacer aux formations sanitaires pour de raisons géographiques et socio-économiques. En se fondant sur cette conscience, le «Projet d'accouchement à domicile (Home Birth Project)» était pratiqué. Les activités de ce projet se sont exécutées en supposant qu'il n'est pas nécessaire de viser la suprématie de l'accouchement à domicile. Selon Dr.Huguette Raberutery, conseillère locale de GTZ (l'ancienne chargée de «Home Birth Project». Elle est chargé actuellement des affaires afférent le VIH/SIDA à l'office de GTZ dans la capitale. Elle visite Mahajanga à environ une fois chaque trois mois et prête son appui au projet.), par suite des efforts de GTZ pour améliorer la qualité de CSB pendant les 20 dernières années, tandis que l'évaluation donnée tous les trois ans ainsi que le planning familial, soins prénatals et les inoculations préventives se sont remarquablement améliorés, ses actions pour l'accouchement ont eu beaucoup de difficulté à se réaliser. Le taux d'accouchement à l'établissement ont été stabilisé à un niveau bas malgré que la qualité de l'établissement a été garantie par l'installation des équipements. D'après les résultats de discussions en groupe focale réalisé dans le cadre d'une étude pratiqué pour savoir comment faire pour sauver les femmes, nombreuses parmi les participantes avaient aspiré l'accouchement à domicile. De plus, l'examen des certificats de naissance a révélé que l'assistant de l'accouchement était méconnu dans un dixième des estimations de naissances. Dr. Raberutery

signale que c'était à cause de cela que le "Home Birth Project" a été inauguré pour améliorer la qualité de l'accouchement à domicile.

La nécessité de présenter des rapports en cas d'assistance d'accouchement à domicile a été éprouvée en collaboration avec l'association des sages-femmes, en tant que la deuxième étape fondée sur l'étude, pour savoir qui s'occupe de l'accouchement à domicile. Les rapports sont rassemblés au CSB de Mahabibo, mais ne sont pas exploités. En outre, parce que les activités de l'association des sages-femmes sont limitées à la ville, l'exploitation des rapports y est aussi limitée. Bien que le chargé du "Home Birth Project" de GTZ ne réside pas à Boeny, il nous a prévenu si on avait l'intention de collaborer à ce projet.

D'ailleurs, puisque nombreux médecins semblent prendre part à l'accouchement à domicile, les sages-femmes seules ne devraient pas pouvoir saisir le total des aspects de l'accouchement à domicile. Selon GTZ, de nombreuses assistances d'accouchement par les personnes non médicales (matrones, assistants sociaux qui travaillent aux hôpitaux, etc.) sont prévues.

Il sera important de saisir continuellement le mouvement futur de la DSPRF sur l'accouchement à domicile en se fondant sur les activités exécutées jusqu'ici avec le GTZ.

2) Conception et orientation de formation de sages-femmes et d'infirmiers dans les écoles paramédicales

L'école paramédicale de Mahajanga s'engage dans la formation des infirmiers et de sages-femmes depuis 1976, à laquelle 406 infirmiers et 220 sages-femmes y sont diplômés. L'école ne saisit pas l'état d'emploi des diplômés. L'école était fermée entre 1993 et 1999 pour effet de rectification de structure. Pendant cette période, la province de Mahajanga paraissait procéder à l'évaluation de l'éducation donnée. La teneur de cette évaluation semble influencer le changement de programme d'étude de cette année.

Le programme d'étude s'est modifié depuis cette année, et les cours donnés à la deuxième et la troisième année seront spécialisés suivant sa discipline après la première année commune (antérieurement, les cours de la première et la deuxième année étaient communs, et par conséquent les infirmiers étudiant participaient à l'accouchement normal). Rendre tant les infirmiers que les sages-femmes capables d'assister l'accouchement normal dès la première année est cité comme but éducatif. L'évaluation serait nécessaire pour savoir dans quelle mesure les étudiants de la première année pourraient prendre part à l'accouchement normal.

Le chef des infirmiers du département d'obstétrique de CHUM était pessimiste en ce qui concerne la nouvelle programme, en exprimant qu'il était impossible de faire participer les étudiants de première année aux accouchements normaux. Nous n'avons pas pu confirmer pendant la dernière inspection si le nouveau programme était bien connu aux lieux des cliniques.

L'école de Mahajanga utilise le bâtiment d'un hôpital rénové, et les enseignants se servent de la couloir comme son bureau. L'école ne possède presque pas de capacité pour exercices, et ce sont les lieux de cliniques qui fonctionnent comme places d'entraînement. Les enseignants semblaient extrêmement passionnés et enthousiastes envers leurs études, ainsi qu'envers leurs sessions pratiques. Ils étaient avides des nouvelles connaissances pour instruire, et exigeaient des nouvelles connaissances des pays étrangers. Par surcroît, la direction éthique semblait être satisfaisante. Des tentatives pour interroger l'éthique en tant que

personnel médical ont été organisées.

On pourrait considérer l'école paramédicale comme une ressource précieuse qui pourrait jouer un rôle important dans l'activité future du projet.

3) Associations professionnelles

Les 2 associations relatives aux sages-femmes suivants mènent des activités dans la province de Mahajanga :

- National Order of Madagascar Midwives (Ordre national des sages-femmes du Madagascar)
- National Federation of Madagascar (Fédération nationale du Madagascar)

La profession de sage-femme a une longue tradition au Madagascar et est bien enracinée dans le pays. Une éducation différée de celle d'infirmier est exercée, et des associations professionnelles propres sont organisées. A Mahajanga, ce sont principalement les sages-femmes travaillant au centre médicaux qui prennent part à l'accouchement à domicile, mais un règlement concret n'existe pas. On dit que les statuts d'association sont en cours d'élaboration. En outre, l'Ordre des sages-femmes commençait à participer aux activités du «Projet d'accouchement à domicile (Home Birth Project) » à Mahajanga en collaboration avec la DRSPF. L'Ordre présente le plan d'activité au GTZ et affecte la subvention de GTZ au frais d'actions.

Cependant, l'enregistrement des sages-femmes n'est qu'au point de commencement à Mahajanga, et compte environ 40 membres, informations étant limitées aux villes. Pas d'information sur les sages-femmes des régions rurales n'a pu être recueillie. Comment enregistrer les sages-femmes rurales afin de pouvoir mieux saisir l'état de leur domaine est considéré comme un problème à résoudre dans le futur également à Mahajanga.

D'après une conférence avec les sages-femmes qui prennent part à l'accouchement à domicile, les avis envers le soin de l'accouchement diffèrent selon l'âge de la sage-femme en question. Un cours d'entraînement paraît être donné une fois par an au centre-ville, mais l'éducation continuée n'est pas substantiellement propagée. Les sages-femmes âgées exaltaient l'efficacité d'injection aux muscles de l'oxytocine ou de buscopane. Les techniques d'assistance d'accouchement ne semblent pas être uniformes.

C'est depuis cette année que les associations professionnelles ont été fondées aux provinces. L'audition au centre-ville devrait être nécessaire.

L'établissement des associations professionnelles contribue à la systématisation des statuts professionnels. De plus, on prévoit que cela va être reflété aux statuts professionnels de niveau national. Nous nous attendons au « Home Birth Project » de se relier systématiquement à l'élaboration de statuts qui reflètent la réalité. Cela devrait être une étape essentielle pour concrétiser la définition nationale de SBA.

4) Circonstance actuelle des soins d'accouchement

Nous avons pratiqué des études sur les points suivants afin d'offrir des soins fondés sur le Soins maternel humanisé, basé sur médecine fondée sur le niveau de preuve.

- Nous n'avons pu observer que le soin pendant les travaux d'accouchement, et pas les accouchement eux-mêmes au CHUM.
- Nous avons observé l'accouchement normal au CSB de Mahabibo.

Nous avons classifié les actions à 4 catégories mentionnées au Tableau 3.9 ci-dessous conformément au Guide de soins d'accouchement normale de l'O.M.S ¹¹.

Tableau 3.9 Catégorie de soins d'accouchement normale (O.M.S.) et état de pratique dans les établissements médicaux

Catégorie	CHUM	CSB-2 de Mahabibo
A. Pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager 22 actions en total	10	9
B. Pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer 15 actions en total	3	4
C. Pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution tandis que les recherches se poursuivent 8 actions en total	2	2
D. Pratiques fréquemment utilisées à tort 14 actions en total	3	6

(1) Service de la Maternité du Centre hospitalier universitaire de Mahajanga

En ce qui concerne « Care in normal birth », pas plus que la moitié des actions recommandés n'étaient pas encore exécutés. Nous avons confirmé qu'ils avaient des connaissances fondamentales en accouchement, et ils étaient capable d'observer et consulter les femmes enceintes. Ils avaient haute conscience à ce que la décision de lieu d'accouchement était le droit des femmes. En observant la première phase de l'accouchement, presque aucun soutien moral et émotionnel n'était donné ; la femme enceinte était abandonnée. Les membres de famille l'accompagnaient, dans l'anxiété, sans aucune attention. Les techniques nuisibles étaient la position lithotomique à l'accouchement, cris de colère à la deuxième étape d'accouchement, étendre le périnée ou masser. Les managements de la tête du bébé en accouchement et les déplacements actifs d'embryon ont été cité comme des techniques pas encore prouvés assurément. Comme l'établissement traite les accouchements anormales, les particularités de CHUM n'ont été que six techniques qui correspondent aux catégories D, ceux qui ont la possibilité d'être exécuté improprement, ont été cité. Le détail était le port de masque ou de robe, l'examen vaginal par plus d'une personne, le déplacement de chambre au deuxième phase d'accouchement, l'idée que la deuxième phase doit être fini dans une heure, l'exécution de l'opération césarienne, l'examen de l'intérieur de l'utérus avec la main après l'accouchement. Quelques cas sont de force majeure parce que c'est un hôpital éducatif, mais il faudrait indispensablement réfléchir l'orientation en tant qu'un hôpital éducatif. Il est nécessaire de la pratiquer quand il faut, mais un jugement adéquat est exigé. Nous n'avons pas pu rendre une évaluation sur s'ils sont exécutés adéquatement dans cette observation seule.

D'autre part, comme le système de référence fonctionne bien, seules les femmes enceintes qui ont de symptômes anormales consultent, et il ne se produit pas de situation où les femmes enceintes de condition normale déferlent à l'hôpital. Parmi les femmes enceintes qui ont pu arriver à l'hôpital universitaire, il paraît avoir habituellement celles qui ne peuvent pas subir l'opération césarienne par faute de la capacité de paiement, et qui attendent que leurs familles rassemblent ces fonds en dans une douleur violente sur le lit

¹¹ Care in Normal Birth: a practical guide, WHO, 1996

d'accouchement.

De plus, l'insuffisance de personnel est un problème grave en l'accomplissement des fonctions hospitaliers de référence. Il n'y a que deux médecins qui ont la capacité de pratiquer une opération. Dès le mois de décembre 2005, les sages-femmes qui travaillent effectivement au service d'obstétrique sont quatre y compris l'infirmier en chef (dont un se charge des néonataux). Il est impossible de soigner les femmes enceintes transportées dans un état grave. En surcroît, ajouter la fonction de formation et d'éducation est extrêmement difficile à moins que l'on ne prenne des mesures quelconques.

En ce qui concerne la sollicitude à l'accouchement (accompagner la femme et payer attention aux observations et consultation scientifique ainsi qu'aux soutiens moraux et émotionnels), on peut admettre qu'elle est pratiquée parce qu'ils ont la connaissance provenant des observations et des consultations élémentaires, mais la décision d'intervention médicale pourrait être améliorée. De plus, le pratique des soutiens moraux et émotionnels n'était pas suffisant. Nous avons été impressionnés par les paroles d'une jeune sage-femme qui disait « On ne peut masser sans confiance mutuelle ». C'est un concept important pour songer aux soins continuels. Le CHUM n'exploite pas le partogramme pour raison qu'il s'occupe des cas anormaux et pas de femmes enceintes normales. Les détails des accouchements ne sont pas évalués continuellement et totalement. En particulier, la décision du commencement des douleurs d'accouchement était obscure pour les cas des femmes enceintes transférés pour des couches difficiles (bradycocie), l'oxitocine était utilisé sans une évaluation appropriée.

Les kits d'accouchement transvaginal sont coûteux, à savoir 80.000 Ar. (\$40). Le kit contient des médicaments ou équipements médicaux pour des accouchements anormaux, ce qui peut se rapporter à l'usage impropre de médicaments. Par contre, ce sont des médicaments d'urgence dans les hôpitaux qui n'ont pas de stocks. En conséquence, il faudra devenir capable de décider l'anormalité en garantissant le soin à l'accouchement normal.

Les personnels sont sincères et passionnés. Cependant, il est dommage qu'ils passent plus de temps à se mettre au bureau plutôt qu'aux soins des patients pour des raisons d'abondance de dossiers. Les femmes enceintes subissent continuellement la consultation prenatale, et sont transférées si quelques anomalies sont perçues, mais bien que les cartes de références sont envoyées dans la plupart des cas, les cartes de consultation, les cartes vitales, n'étaient jamais envoyées. L'exploitation de la carte de consultation doit être essentielle dans les soins continuels.

Tous les prestataires de santé ont d'expérience d'assistance de l'accouchement à domicile. C'est pourquoi ils avaient d'idées originelles sur le soin d'accouchement normal aussi bien que sur l'accouchement anormal. Mais ce sont des connaissances que chacun a acquies dans les écoles et les centres de formation professionnelle, et ils voulaient renouveler leurs connaissances.

(2) Consultation externe du Centre hospitalier universitaire de Mahajanga

Deux sages-femmes, l'infirmier en chef incluse, y travaillent. Ils consultaient trois à cinq patients par jours puisqu'ils ne consultaient que des cas transférés. Ils prenaient beaucoup de temps pour chaque consultation, et soignaient bien. La salle de consultation était bien rangée, et plus que tout, le principe de l'infirmier en chef

que «la satisfaction du patient doit être prioritaire» se sentait. Cependant, en domaine de la consultation pre-natale, l'évaluation antérieure peut être améliorée. La préparation d'accouchement pour les femmes enceintes anormales semblait insuffisante.

En outre, l'abondance des dossiers nécessitent la considération de méthode d'intégration.

Le service de consultation externe a relativement de marge, et la consultation est attentive, prend son temps, et continue. La politique de l'infirmier en chef est de « laisser la priorité à la satisfaction du patient » et de vulgariser « l'accouchement humanisé ». Cette politique a la possibilité de devenir le fondement pour considérer des autres activités.

(3) Care in normal birth dans les CSB

Dix actions de soins recommandés étaient peu nombreux en tant qu'un établissement traitant l'accouchement normal. Mais ils abordaient en donnant des explications suffisantes pour les soins émotionnels et moraux de la femme enceinte et de sa famille en plus de l'observation et de la consultation. Accompagner la femme enceinte dans les douleurs d'accouchement et la donner la main n'était pas pratiqué. En outre, ils avaient l'idée que les femmes ont le droit de choisir le lieu d'accouchement, ils étaient persuadés que ce droit devait être respecté. Les soins nuisibles étaient peu nombreux, en comptant trois. Nous avons observé le maniement de la tête de l'enfant à l'accouchement et le déplacement actif d'embryon comme les techniques pas encore prouvées. Le soin à l'expulsion était grossier, le nouveau né était tiré plutôt que reçu. Les pratiques inadéquates incluaient le fait que plus qu'une personne pratiquaient le toucher vaginal comme c'est également un établissement éducatif. En surcroît, la femme enceinte était forcée de se déplacer de la salle de préparation au lit d'accouchement chaque fois que le toucher vaginal est pratiqué, c'est-à-dire à chaque heure. Ils avaient une forte conviction que la deuxième phase d'expulsion devait prendre fin dans une heure.

Ils ont la connaissance de l'importance d'accompagner la femme enceinte en tant que sage-femme ou de droit de choisir le lieu d'accouchement ou l'accompagnateur que les femmes possèdent. Par contre, les soins d'accouchement actuels sont, comme il n'y a qu'un chargé affecté, s'en sont remis dans les mains de la famille. L'importance est accordée à recevoir le bébé à l'expulsion et au transfert à l'hôpital approprié plutôt qu'à l'observation continue de la femme enceinte. Ils n'ont pas l'idée de soins qui suivent le processus normal de l'accouchement et qui prévient la déviation à l'anormalité. Le critère de décision d'anormalité est de observer fidèlement la partogramme. À un certain point de vue, il y a peu de flexibilité, et autrement dit, c'est un méthode de défense. D'autre part, les sages-femmes connaissent nombreux cas d'accouchement normaux, et souhaitent l'accouchement naturel au CSB autant que possible. À l'observation de l'accouchement dans l'inspection de cette fois, la décision de l'usage de l'oxytocine était fait par un enseignant d'école et un docteur interne peu expérimenté qui ont été sur place par hasard (le docteur interne a confirmé de l'usage de l'oxytocine à la sage-femme chargée qui assistait à une conférence). Une décision prudente est recommandée à l'usage de l'oxytocine, et il a fallu vérifier l'état de la femme enceinte même si la sage-femme assistait à une conférence. Par rapport à ce fait, nous pouvons déduire que l'oxytocine est utilisé imprudemment. L'observation à tous les heures est pratiquée fidèlement, mais on ne peut pas dire qu'un soin approprié est donnée à la femme d'après une décision synthétique fondée sur le résultat de l'observation.

Il y a des CSB ruraux où un seul infirmier était affecté et où la restriction humaine et matérielle était sensible. Les médicaments et équipements pour l'accouchement n'étaient pas toujours pourvus, et pas d'usage de l'oxytocine était observée. Les médicaments etc. nécessitent la transportation à l'hôpital au besoin, et le moyen de transport est limité à char à bœuf ou à attendre un taxi qu'on ne sait quand il vient.

(4) Accouchement à domicile

Dans les villes de Mahajanga, les médecins et sages-femmes entrevus ont parlé de la cognition que les femmes ont le droit de choisir le lieu d'accouchement. De plus, les médecins, infirmiers et les sages-femmes en fait prenaient part à l'accouchement à domicile comme son travail d'appoint outre le service à son lieu de travail. Cependant, on peut supposer que pas d'autres choix existent à cause de la difficulté de l'accès physique. D'après DHS (2003-2004), le taux de natalité à la formation sanitaire est 23% et l'assistance d'accouchement par les professionnels de santé est de 47% à Mahajanga. Autrement dit, de nombreux accouchements étaient subi à l'extérieur de formation sanitaire, près de la moitié sont assistés par des non-professionnels, et que des professionnels prenaient part également à l'accouchement à l'extérieur de formation sanitaire. Cela va sans dire qu'il faut une stratégie fondée sur cette réalité. A l'instauration des activités de GTZ, ce n'est pas question de supprimer l'accouchement à domicile, mais il faudrait comprendre que comment réaliser un accouchement à domicile sûre et confortable serait la clef pour réfléchir à l'orientation future.

La femme qui a consentit à notre interview souhaitait, elle-aussi, l'accouchement au CSB. Elle subissait les soins prénatals et était prête, surtout sur le plan financière, à l'accouchement sous l'expérience que sa sœur a subi l'opération césarienne. En ce qui concerne l'usage des médicaments, l'intervention dangereux telle qu'injection au muscle d'oxytocine était pratiqué. La génération jeune répondait qu'il ne fallait pas injecter l'oxytocine au muscle, mais la génération plus âgée n'avait aucune doute à l'usage d'oxytocine ou buscopane, et l'application plus qu'excédentaire s'était observée en tant que soins dangereux. Il y avait des avis de femmes disant qu'elles étaient contentes que les sages-femmes ont soignés, mais la teneur de soins est en effet inconnu. Le frais d'accouchement n'est jamais modéré avec 30.000 Ar et plus, et est supplémenté chaque fois qu'une technique médicale est pratiquée. Si l'accouchement à domicile sera approuvé, le système de tarif sera à considérer de la même manière qu'à la formation sanitaire..

(5) Entrevue à AT (Accoucheuse traditionnelle)

Cette entrevue a été animée en Fokontany Miadana dans la province de Marovoay. Elle hérite le travail de sa grand-mère, et assiste depuis l'âge de 15 ans. Elle assiste avec l'accouchement dans le village depuis longtemps, et gagne la confiance des villageois. Mais récemment, elle ne peut plus pratiquer son travail sans l'autorisation du CSB. La SBA elle-même fait de son mieu en ayant la conviction que c'était sa vocation et ne commet pas de mauvaises actions telles que des meurtres. En conséquence, elle n'a pas de plainte à rapporter au CSB, mais n'a pas de relation active avec le CSB à savoir présenter volontairement la femme enceinte au CSB ou se rendre elle-même au CSB. Le maire du même village que la AT (le maire de Miadana Fokontany) pense à donner l'autorisation à la AT par quelque moyen.

Résumé et considération: Un médecin et une *aide sanitaire* (aussi connu come sages-femmes) travaillent

dans l'établissement du CSB et fournissent des services. Si l'on extrait du registre de l'accouchement à CSB, l'estimation du nombre d'accouchement du quartier de Miadana entier, environ 90% ont subi l'accouchement au CSB. Cependant, l'examen de cartes de consultation 2005 archivées au CSB révèle que le nombre d'accouchement des femmes venues du quartier était 72, et 53 étaient celles venues des autres quartiers ou bien le quartier n'était pas indiqué. Par conséquent, 50% (72/143) a subi l'accouchement au CSB dans le quartier, et le reste devait être assisté par les ATs. En fait, la salle d'accouchement et la salle après l'accouchement sentaient mauvais à cause de nids de chauves-souris, et semblaient impossible d'y rester longtemps.

La demande du maire de Fokontany de donner approbation à la AT est une voix précieuse qui représente les villageois. C'est parce que la politique de SBA est exactement l'orientation à viser si l'on considérait le futur, mais une situation où la SBA est tellement soulignée que les autres ressources humaines précieuses sont déniées. En réalité, les médecins sont les seuls à pouvoir être approuvés comme SBA dans cette région. Même si l'aide sanitaire est approuvée en tant que sage-femme (SBA), il est impossible de couvrir en deux tous les accouchements dans la région en ayant des autres travaux à accomplir. En conséquence, ce que doit être prévu en la situation actuelle est d'établir un système qui permet de réfléchir en commun comment coopérer pour contribuer à la santé des mères et enfants de la région sans que les médecins ou les aides sanitaires nient les ressources humaines locales.

Le résumé de l'interview est inséré à l'annexe 1.

3.3.3 Système de l'urgence obstétrical

1) Objectif

Tandis que les Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) sont adoptés en tant qu'élément important de la politique de santé nationale au Madagascar, l'harmonisation n'est pas réalisée entre d'une part la formation et l'affectation des ressources humaines et d'autre part le plan d'établissement. Comment mener les fonctions appropriés dans une situation qui manque de ressources humaines et matérielles est un problème à aborder d'urgence.

Quant aux études de système de l'urgence obstétrical, ont été exécuté la collection et l'analyse de documents existants et des écrits rattachés, interviews au Ministère de la Santé et du Planning familial et aux partenaires, l'inspection des services et de soins de santé de maternité fournies au Centre hospitalier universitaire de Mahajanga ainsi qu'aux autres établissements médicaux de la province de Mahajanga, tout comme l'étude des genres de données déjà recueilli au niveau du Ministère de la Santé et du Planning Familial, des SSPFD dans la province de Mahajanga, et au niveau d'autres établissements médicaux dans la province ainsi que des moyens par lesquelles elles sont utilisés.

2) Les services prenant part au SONU du Ministère de la santé et du Planning Familial et leur orientation

La réduction de la mortalité maternelle et infantile est, sous l'effet des objectifs de Millénaire pour le développement, des priorités de la politique de santé nationale au Madagascar, et une feuille de route pour la réduction de la mortalité ¹² pour la période 2005-2015 est élaborée. La stratégie et l'objectif, intervention prioritaire, l'aperçu du plan décrivant quoi faire en quelle année, et l'estimation budgétaire sont mentionnés dans ce document. Le plan annuel du Service de la Santé de la Reproduction de la Direction de la santé familiale du Ministère de la santé et du Planning Familial ¹³ est élaboré conformément à cette feuille de route.

A la Direction de la santé familiale (DSF), le Service de la Santé de la Reproduction et Maternité Sans Risque (ci-après SSR-MSR) et le Service de la Santé des Enfants traitent chacun de la maternité et de nouveau-né, et nous avons confirmé que les deux services coopèrent pour l'exécution de SONU. Cependant, le moyen matériel de la coopération est peu clair.

Le chef des chargés de l'élaboration de directive de SONUB est Dr. Olga Rabemanantsoa (chef de section de Maternité Sans Risque, SSR-MSR, DSF). Le directive de SONUB, subventionné par le budget de UNFPA, est actuellement à la dernière stage de correction. Ce sont les médecins des hôpitaux obstétricaux du capital et des sages-femmes chargés de l'administration de santé qui assistent principalement à la conférence pour l'élaboration du directive. D'autre part, les personnels médicaux ruraux ou les personnels de CSB-2 ou CHD-1 dans lesquels la directive de SONUB va être utilisée en réel ne participent pas à l'élaboration du directive pour des causes de limites des budgets. En outre, la Comité malagache gynéco-obstétricale (COMAGO) organisée par les médecins spécialistes de gynécologie n'est pas engagée non plus. Le directive

¹² Feuille de Route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale à Madagascar, MINSANPF.

¹³ Plan de Travail Annuel 2006, Service de la Santé de la Reproduction, MINSANPF / DSF / SSR-MSR.

sera la version finale après que les avis des personnels médicaux ruraux seront recueillis au bout de l'élaboration du directive par la conférence de l'élaboration.

Les gynécologues de CHUM donnent ses commentaires sur le (projet de) directive que 1) parce que les technique difficiles pour les personnels médicaux ruraux sont compris, il est presque impossible pour les personnels médicaux ruraux de les pratiquer malgré l'inscription du directive ¹⁴, 2) bien que certains médicaments sont utilisés dans la teneur de traitement du directive, les médicaments décrits ne sont pas utilisés ou sont difficiles à se procurer tant aux CSB ruraux qu'aux hôpitaux universitaires ¹⁵, et que 3) la directive maintien peu de contenu concernant le soins des nouveaux-nés.

Au moins la docteure Rabemanantsoa, chargée de la directive, reconnaît que la directive de SONUB comprend de techniques difficiles pour le personnel médical rural ou de moyens de traitements qui ne sont pas pratiqués même aux hôpitaux universitaires tels que le CHUM. Cependant, elle adopte une attitude qui inclut le maximum à la directive afin de rendre possible son utilisation comme référence. En conséquence, la teneur du directive n'est pas "le minimum nécessaire qui doit être exécuté en totalité », et il faudrait sélectionner la teneur du directive selon la situation actuelle ou l'arrangement de la région pour le fonctionnement ou pour la formation du directive. D'autre part, les chargés reconnaissent que la teneur de SONUB n'est pas assez riche en ce qui concerne le nouveau-né. Cette insuffisance semble être influencée par le fait que la section reponsable pour le nouveau-né n'est pas précisée. Le positionnement pour le domaine concernant le nouveau-né ou la coopération avec le service de la santé des enfants semblaient être peu clair dans l'élaboration du directive de SONUB.

Le directive est prévue d'être imprimé par l'O.M.S. Le directive de SONUB va être approuvé dans l'année 2006, et quelques partenaires vont être appelés à l'offre d'équipements ou à la fournissement des médicaments au dépôt central des médicaments et des matériaux.

Le SSR-MSR reconnaît la nécessité de la formation pour les SONUB, mais pas d'élaboration de programme de formations et de modules concrets nécessaire pour lier le directive à la pratique n'est pas examiné. Ce sera au niveau de la région que le programme de la formation sera élaborée suite au courant de décentralisation, et la teneur de la formation, le responsable d'élaboration et d'exécution, l'objet de la formation (à qui on départ quelle tache), et encore plus la teneur des soutiens de central sont tous obscurs.

Ni le programme de la formation de SONUC existe. En outre, nous avons confirmé que ni le Ministère de la Santé et du Planning familial ni les autres partenaires prévoient l'élaboration d'une directive concentré au SONUC. Or, la formation continue afin de former des chirurgiens capables de pratiquer l'opération césarienne et des infirmiers anesthésistes est cité comme un élément de conséquence aux SONUC.

Ce sont la directive de SONUB actuellement au dernier stage de correction et la directive de la maternité

¹⁴ Le chapitre 3 du directive de SONUB est la compilation de divers techniques et présente de nombreux techniques obstétricaux en même temps que le détail des procédé thérapeutiques. Par exemple, l'accouchement au forceps est techniquement trop compliqué pour les personnels aux niveaux de CSB ruraux, et l'offre de service est en effet difficile même si la formation était subie. Les médecins des hôpitaux universitaires ruraux considèrent que si l'on persistait fermement, de dangereuses interventions risquent de s'accoître.

¹⁵ Par exemple, le directive mentionne de moyen d'usage de magnésium sulfurique pour le traitement de crise d'éclampsie. Cependant, même un établissement médical de niveau de CHUM ne peut se procurer du médicament.

sans risque ¹⁶ qui sont considérés pour l'immédiat comme des documents de références officiels.

3) Mouvement des organisations internationales et l'harmonisation entre les partenaires en ce qui concerne les SONU

Les principales organisations internationales qui prennent part à la santé maternelle et infantile sont l'O.M.S., UNFPA, et UNICEF. La homologue est la Direction de la santé familiale (DSF). Chaque organisation mène ses activités en collaboration avec la DSF, et reconnaît les faits que la réduction de mortalité maternelle et infantile est un problème prioritaire, qu'il faut mener les activités conformément à la feuille de route, et que les SONU sont importants. Par contre, chacun des organisations mène les activités de son organisation respectivement en réalité, et le moyen de coopération sur la maternité et sur le nouveau-né n'est pas suffisamment examiné.

L'harmonisation entre partenaires dans le domaine de la santé maternelle est consultée au niveau de SSR-MSR. Les partenaires de développement dans le domaine de la santé maternelle n'organisent pas de conférences régulières, ils ne s'harmonisent pas entre eux, et chacun semble délibérer avec le SSR-MSR (La conférence organisée par le SSR-MSR annuellement est la seule que les partenaires se rassemblent). Autrement dit, le degré de coopération entre les partenaires de développement est faible. Il sera nécessaire de payer attention en tant qu'élément d'arrière-plan, quand le projet de coopération technique de JICA sera inauguré et que l'entité objet de rétroaction des cas exemplaires ou des leçons des projets actuels sera considéré.

En outre, le fait que l'harmonisation entre partenaire est pratiqué au niveau de SSR-MSR révèle que le domaine de la mère (SSR-MSR) et celui de l'enfant (le Service de la Santé des Enfants) se diverge facilement. En conséquence, le service qui s'occupe de l'élaboration des mesures pour les nouveaux-nés n'est pas évident, et la participation de partenaires de développement dans ce domaine est également incertain (comme le nouveau-né est un domaine qui s'étend aussi bien à la maternité qu'à l'enfant). Une initiative qui vise à réduire le taux de mortalité des nouveaux-nés prévaut dans le domaine de santé d'enfant au courant mondial d'aujourd'hui, et le budget est devenu plus facile à obtenir. Une conférence d'harmonisation peut aussi être établie au Madagascar conformément à l'initiative de la survivance infantile (Child Survival Initiative). Les services des soins des nouveaux-nés de SONU peuvent subir l'effet des courants de cette initiative. Selon Dr. Perline, chef de la Direction de la santé familiale, le cadre de SONU ne va pas être influencé. Cependant, en réalité, il faudrait observer quel service sera l'organisateur de conférence d'harmonisation fondé sur l'initiative de survivance d'enfant, quelle importance de budget sera allouée à quel domaine de l'enfant ou de nouveau-né, si un directive ou un programme de formation originel du domaine de nouveau-né ne sera pas élaboré, ou bien l'équilibre de puissance entre le SSR-MSR et le Service de la Santé d'Enfant ou à l'intérieur du service.

Par surcroît, dans la situation actuelle où la plupart des budgets du Ministère de la Santé et du Planning Familial est allouée aux frais de personnels et où un grand part des frais d'activités dépend actuellement sur les donateurs, les soins aux femmes, les soins pendant grossesse et d'accouchement, et les soins aux enfants

¹⁶ Protocoles / guides des prise en charge pour une maternité sans risque à l'usage des centres de santé de base et des hôpitaux de district, MinSanPF, WHO, UNFPA, UNICEF, USAID/JSI, GTZ, French coopération, Novembre 1998.

tendent à être divisés par des programmes fractionnés conformément à la logique des partenaires de développement, de la même manière que des pays à des ressources limitées. D'autre part, nous avons confirmé le nombre limité de point de vue de la part du Ministère de la Santé et du Planning familial aussi bien que de la part de partenaires de développement qui pense de l'offre de soins et de services dans un courant continu de conception – grossesse - accouchement - soins du nouveau-né – soins de l'enfant.

L'O.M.S. exprime dans le rapport de la santé mondiale ¹⁷ et le note d'orientation politique annexé ¹⁸ que la stratégie appropriée s'agit de l'application et l'élargissement du programme prenant en compte des "soins continués". Si le projet de coopération technique de JICA embrasse le concept de soins continués, ils peuvent être nouveaux tant pour le Ministère de la Santé et du Planning Familial du Madagascar que pour les partenaires. D'où ils méritent bien la rétroaction au centre et aux partenaires prenant part à la santé maternelle.

4) Etat du pratique de SONU au CHUM, et réalité de l'indice de suivi et d'évaluation

(1) Etat du pratique de SONU

Le service obstétrique de CHUM traite de divers cas obstétrique urgents, surtout des cas de référence traités par de personnel peu nombreux, et le pratique de soins obstétriques urgents par des personnels actuellement affectés ¹⁹ a atteint le seuil. Les personnels manquent également à la section des nouveaux-nés ²⁰. Il en est pareille pour les personnels qui ne participent pas directement aux SONU – personnels d'appui, etc. – , et ce sont les étudiants en médecine, en soins, et en assistance d'accouchement qui s'occupent des nettoyage, etc. Le personnel actuellement engagé est capable de fournir des SONUC le minimum nécessaire, mais ne sera capable de répondre et maintenir suffisamment la qualité de SONU si le nombre de cas augmente en raison d'autres travaux qui doivent être accomplis, à connaître les travaux de gynécologie et des charges bureaucratiques. Le Japon a également demandé l'assurance du personnel en vue de la coopération financière non-remboursable, mais il est indispensable que le nombre des personnels qui travaillent à la section de l'obstétrique ou de nouveaux-né sont suffisants pour que le volume et la qualité que SONUC offre soient garanties.

Non seulement les soins indispensables aux toutes les mères et les enfants, des interventions nécessaires pour la part des mères et enfants sont aussi comprises aux SONU. L'offre appropriée de soins – c'est-à-dire que les soins urgents obstétrique et pour les nouveaux-nés soient fournis à la maternité qui les nécessitent (que l'aptitude médicale soit respectée) – est essentiel. Des cas ayant la possibilité d'être inadaptés médicalement ont été observés au département obstétrique de CHUM au moment de la décision de l'opération césarienne, sur l'usage de l'oxytocine avant l'accouchement (accélération des douleurs d'expulsions), ou à la réanimation du nouveau-né par le médecin chargé des nouveaux-nés qui travaille au pavillon obstétrique. Si

¹⁷ The World Health Report 2005, make every mother and child count, WHO.

¹⁸ Policy briefs, the World Health Report 2005, WHO, http://www.who.int/whr/2005/policy_briefs/en/index.html

¹⁹ 2 gynécologues, 1 médecin généraliste chargé d'accouchement, 1 ou 2 médecin chargé de nouveaux-nés, 6 sages-femmes, et 1 balayeur assument les soins d'environ 30 lits de la pavillon d'obstétrique 24 heure sur 24. Seuls 2 gynécologues peuvent pratiquer les opérations gynécologiques. 15 à 30 opérations césarienne et environ 50 expulsions vaginales sont traitées, et ce sont des cas adressés par d'autres formations sanitaires dans la plupart des cas.

²⁰ La section de nouveaux-nés engage 2 médecins, 4 infirmiers, 1 balayeur et prend charge de 6 lits de services de réanimation néonatale (4 lits incubateurs et 2 lits pour le nouveau-né) et de 6 lits que la mère et l'enfant utilisent en commun.

le projet donne des soutiens techniques pour rendre les consultations basés sur l'évidence, il serait suffisamment capable de réduire ces interventions médicales inutiles. En outre, la réduction de l'intervention médicale inutiles et des soins inapâtés sont préférable de fait que le CHUM est un établissement d'éducation clinique. Les étudiants paramédicaux, les étudiants de médecines et les autres stagiaires bénéficieront de cette réduction.

Les cas urgents obstétricaux nécessitent à une certaine proportion des traitements opératoires à savoir l'opération césarienne, d'où des études existants rapportent que leurs frais de traitement ont tendance à être élevés. En outre, celles qui ont pu subir les soins sont rapporté d'avoir la possibilité de tomber en indigence dû aux règlements de soins. L'O.M.S. recommande l'élaboration des mesures preventives. Les frais de matériaux nécessaires pour l'opération césarienne coûtent environ 82.600 ariary (\$40) au CHUM. Quand une femme enceinte transférée d'une formation sanitaire publique se fait l'usage de la grande chambre de malades, elle n'a pas besoin de payer le tarif du lit mais doit se charger des frais des matériaux nécessaires mentionnés ci-dessus quant elle nécessite une opération césarienne. Nous n'en avons pas confirmé rigoureusement pendant l'étude, mais ce frais est fréquemment élevé pour les patients qui ont pu subir ces traitements. D'autre part, les mesures pour les démunis tels que le système d'exonération de frais de consultation ne fonctionnent pas suffisamment dans l'hôpital (il y a des cas où le frais de consultation est exempté, mais très rarement en vue de réduire les dépenses de l'hôpital). De plus, il y a à chaque mois quelques patients qui s'évadent du service d'obstétrique, soi-disant des cas d'évasion (des cas où le patient quitte l'hôpital sans autorisation). Les charges financières devraient sans doute avoir effet sur ce fait. Puisque le CHUM est un hôpital universitaire publique et que divers sections existent en outre que l'obstétrie, on ne peut pas gérer les finances de l'hôpital seulement par le point de vue de la section de l'obstétrique et de la gynécologie. Cependant, il est vrai que les patients qui nécessitent les SONUC ont tendance à devoir se charger des frais de traitements élevés, et il faudrait désormais examiner si les mesures économiques pour protéger les patients devraient être comprises dans le champs d'application du projets de coopérations techniques à venir.

Il y a aussi de retard de traitement même après que le patient soit arrivé au pavillon d'obstétrique. En particulier, des retards de traitements sont observés en ce qui concerne la garantie des frais d'opération césarienne. Les soins ne sont pas offert pendant le temps que la famille prépare le frais d'opération césarienne ou pendant le temps où les personnels d'anesthésiologie (infirmiers d'anesthésiologie ou anesthésistes) sont convoqués. Ainsi, plusieurs heures sont gaspillées dans les cas obstétricaux graves avant que le patient entre dans la salle d'opération depuis que le médecin accoucheur décide l'opération. La nécessité d'inclure l'étude de ce retard de traitement ainsi que la considération de mesures correspondantes dans le champs d'application de futurs projets de coopération technique est à examiner. Or, ne serait-il pas possible de utiliser comme indice de qualité des soins l'heure exigé depuis l'hospitalisation jusqu'à l'entrée à la salle d'opération si l'on standardisait et inscrivait sur le registre d'opération l'heure d'entrée à la salle d'opération? ²¹

²¹ Or, les étudiants en médecine de la dernière année expérimentent l'internat à la section et au lieux de sa choix, et ils doivent achever sa thèse de maîtrise en même temps. Le service obstétrical recevait un étudiant interne qui a constamment

(2) Réalité de l'indice de suivi et d'évaluation

Les informations médicales internes de l'hôpital pour saisir des cas obstétricaux et des enfants nés dans ces cas sont gérées par plusieurs voies. Autrement dit, les informations sont recueillies individuellement par le policlinique obstétrical, le service obstétrical, la salle d'opération obstétricale, la section néonatal ainsi que par l'unité de référence. Par conséquent, la soutien au saisissement et la gestion d'information centralisée sont nécessaires afin de comprendre la situation et d'élaborer la politique d'orientation. Dans les circonstances actuelles, on constate que le nom de la mère est la seule indice clef pour lier les données gérées par plusieurs organes. Attendu que les particularités et les problématiques des données recueillis par chaque services, le détail et la définition de l'inscription, ainsi que la qualité de données sont collectés et analysés, ne pourrait-on pas rendre ces informations à des informations de base lors d'offre de soutien à la gestion centralisée des informations dans ce projet ou dans les projets futurs.

Les infirmiers en chef de la policlinique obstétricale, du service obstétrical et de la section néonatal présentent actuellement le résumé des activités mensuels. Bien que les informations mentionnées sur le registre originel ne sont pas standardisées²² et que les calculs sont fait à la main, il est probable que certains erreurs existent. Néanmoins, on peut comprendre le sommaire et l'étendue des activités de chaque service en voyant ces totaux mensuels. De plus, ces données étaient présentées et exploitées au service de l'administration de l'hôpital et au staff-neo²³.

C'est principalement au staff-neo que les données rassemblées concernant l'informations sur la maternité sont exploitées par les personnel obstétrical et pédiatre. Le nombre de cas de référence dans le policlinique obstétricale, le service obstétrical et dans la section néonatale est présenté à cette reunion, ainsi que dans quelle formation sanitaire ces cas ont été adressés. Ainsi, l'information sur l'origine de la référence est relativement souvent mentionnée sur les documents de chaque services. Nous avons entendu que « la reunion partageait le nombre de références et en examinait la mesure afin d'accroître la référence » lors de l'élaboration de staff-neo puisqu'il avait peu de cas de référence dans le total de CHUM. Cependant, presque tous les clients sont actuellement ceux de cas référés dans tous les sections, donc l'étape est déjà différent à celle où seules les fluctuations sont à être observées. La détermination des indices utilisables par les participants de staff-neo sera réalisable si un entretien pourrait être organisé avec les partenaire sur qu'ils veulent que le staff-neo traite et quelles données et tableaux sont nécessaires et appropriés pour cet objectif. En outre, bien qu'il faudrait considérer à examiner non seulement les données quantitatives mais aussi les données qualitatives à savoir l'audit des cas de décès obstétricaux, des cas graves obstétricaux ou des cas problématiques néonatales, il serait convenable que ces examinations soient pratiqués en discutant suffisamment avec les homologues quand les experts à longue terme sont présents lors des projets de

était au service. On pourrait peut-être employer ce type de ressources humaines à la collection de données ou au standardisation des inscriptions des documents de service obstétrical ou de la salle d'opération.

²² Au service obstétrical et gynécologique, comme nombreuses personnes prennent part à l'inscription du registre par rapport au service de la consultation externe ou à la section néonatale, la standardisations des informations mentionnées n'est pas pratiquée.

²³ Cette conférence est constituée des personnels de la section obstétricale et de la section néonatale de CHUM, des personnels de la DRSPF, ainsi que des personnels de centres de santé de base, et consiste à résoudre les problèmes de la santé maternelle locales. Elle est inaugurée au cours du projet de coopération technique d'avant, et est encore organisée continuellement.

coopération technique à venir.

En tous cas, il est possible, en tant qu'expert à court terme, de présenter les options pour l'indice obstétricale et néonatale calculables, développées des données actuellement recueillies. De même, des options pour l'indice des activités du projet sont également présentables. Il faudrait désormais délibérer suffisamment sur quel type d'indice l'homologue veut regarder et à quel objectif, ainsi que sur le moyen par lequel les données peuvent être recueillies. De plus, l'examen sera nécessaire par rapport à la gestion d'information lors de la construction du Complexe Mère Enfant par la coopération financière non-remboursable.

5) Possibilité et réalité de calculation d'indice de suivi et d'évaluation de SONU dans la région Boeny

(1) SONUC

Les établissements médicaux capables de pratiquer l'opération césarienne dans la région de Boeny est limités à cinq établissements en total dont deux sont des établissements publics et trois sont privés. Nous avons bien compris parallèlement que la coopération de la région et du SSPFD sur la collection des informations était suffisamment disponibles. Nous avons recueilli en effet des informations sur les cas d'opération césarienne (domicile et adaptation) de deux établissements publics (CHD de Maravoay et CHUM) et de trois établissements privés (CMC, Espace Médical, et Hôpital luthérien). Nous pensons que le suivi et l'évaluation sur l'accessibilité à l'opération césarienne de toute l'étendue de la région sont capables à partir de ces informations fournis par les centres hospitaliers.

Saisir l'état d'accès et de l'usage appropriée des installations de santé et de soins médicaux en profitant de taux locale d'opération césarienne semblait être utilisable et profitable en tant que l'indice pour le projet de coopération technique.

(2) SONUB

Observer l'accès aux SONUB sur la base de population n'est pas aisé.

- Seuls le nombre d'accouchement à la formation sanitaire et le taux d'accouchement à la formation sanitaire par rapport au nombre estimé de conception dans la région semblent être appropriés si l'on choisissait l'indice de suivi de SONUB en exploitant les données actuelles régulières sur la base de population. Il se peut que cet indice est utilisable pour l'observation d'une étendue large afin de diriger l'observation au niveau régional, mais inadapté à l'observation au niveau local car le domicile et le lieu d'accouchement peut être différent.
- Quel est le composant de SONUB pertinent? Parmi les soins obstétricaux de SONUB, on peut par exemple observer l'expulsion aspirée ou l'usage de l'oxytocine. Dans la plupart des centres de santé, aucun composant est pratiqué, et les médicaments et matériaux nécessaires souvent manquent. D'où il n'y a pas de bénéfice à la circonstance actuelle de mesurer ces composants. Cependant, le mesure d'un certain composant peut être utile au cas où ce composant est diffusé à un certain étendu (par la distribution des médicaments ou matériaux ou par la formation professionnelle). Malgré tout, ces articles ne sont pas compris dans les données régulières.
- Examiner l'accouchement à la formations sanitaire ou l'accouchement assisté par les qualifiés?

D'après le document ²⁴, « au moins 15% de la population doit subir l'accouchement aux formations sanitaires SONU Fondamentaux ou Compréhensives (correspondent aux SONUB et aux SONUC) ». D'ailleurs, ce chiffre de 15% n'est pas déterminé en se basant sur un fondement concret. De plus, bien que l'accouchement à l'extérieur de formation sanitaire assisté par les qualifiés (sages-femmes, médecins, infirmiers) sont pratiqué d'une certaine proportion dans la ville de Mahajanga, les CSB et les CHD, dans leurs rapports mensuels au SSPFD, ne rapportent que les accouchements à la formation sanitaire, ce qui résulte que le nombre d'accouchements locaux assistés par de personnels qualifiés n'est pas généralement saisi (d'autre part, il y a des CSB dans la province de Mahajanga qui recueillent activement les nombres d'accouchement assistés par le personnel qualifié et qui en rapportent au SSPFD). En ce qui qui correspond avec la norme internationale, ainsi que les politique de santé malagache, l'accouchement assisté par les qualifiés n'est pas moins recommandé que l'accouchement à la formation sanitaire. Ainsi, une examination seule du nombre d'accouchement aux formations sanitaires ne représente qu'une portion des accouchements assistés par les personnels qualifiés. En outre, les assistants n'offrent pas nécessairement les SONUB.

Quant aux observations de l'accès au SONUB dans les régions ciblées des projets programmés pour l'avenir, il faudra examiner si le taux d'accouchement à la formation sanitaire pourrait être utilisé comme l'indicateur de procuracy et s'il serait raisonnable d'intervenir à nouveau pour recueillir davantage de données.

6) Etat de pratique de SONUB dans les Centres de la santé de base

Comme nous l'avons confirmé au SSR-MSR de Direction de santé familiale du Ministère de la Santé et du Planning familial, les SONUB sont supposés à être pratiqués au niveau de CSB-2 (centres de santé où des médecins sont présents) et au niveau de CHD-1 (hôpitaux locaux sans installations de chirurgie). Nous avons inspecté lors de cette étude deux centres de santé (CSB-2) de la région de Mahajanga et deux centres de santé (CSB-2 et CHD-1) de Maravoay. Nous n'avons pas inspecté de CHD-1.

Un certain nombre d'accouchements a été pratiqué dans les centres de santé urbaines situés au centrevilles. La plupart de ces cas exige pour l'instant le traitement contre l'accouchement normal (quelques centres peuvent pratiquer des traitements tels que des sutures simples). De plus, les formations sanitaires publiques voisins de CHUM ont, historiquement, recommandé le transfert au CHUM des cas obstétricaux anormaux. Dans les établissements où les sages-femmes ne sont pas employées, ce sont les infirmiers qui se chargent des soins obstétricaux et qui assistaient les accouchements normaux.

D'autre part, les composants des soins obstétricaux de SONUB comportent des mesures contre l'anormalité obstétrical (application intraveineuse de stimulants qui contrôlent la douleur d'expulsion, expulsion aspirée, curetage vaginal, etc.). Cependant, l'intervention contre l'anormalité obstétrical n'était pas pratiqué lors de cette inspection. La raison est que 1) il n'y a pas d'équipements et médicaments de SONUB pour prendre des mesures contre l'anormalité, et en plus que 2) même les médecins ou sages-femmes ²⁵

²⁴ Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services, UNICEF / WHO / UNFPA, 1997.

²⁵ Ce sont les médecins et les sages-femmes que le Ministère de la santé considère comme l'objets de formation de SONUB.

affectés actuellement au CBS-2 n'ont pas d'expérience pratique des techniques inclus dans les SONUB. Autrement dit, la distribution des équipements et de médicaments ne suffit pas pour pratiquer les SONU, et l'exécution d'une formation solide est indispensable.

3.4 Politique de santé infantile

3.4.1 Integrated Management of Childhood Illness (PCIME)

1) Papier stratégique et organisation d'exécution au niveau national

La stratégie fondamentale est inscrite sur la «Politique nationale de santé de l'enfant » et sur le « Plan national stratégique de santé de l'enfant ».

Le Comité de survie de l'enfant est organisé pour l'exécution de la Stratégie de survie de l'enfant (Child Survival Strategy) et une conférence est tenue tous les trois mois.

Le Comité de PCIME est organisé en tant que réunion de sous-comité, mais la réunion n'est pas régulière et n'est convoqué que quand il faut.

2) Aspect d'exécution de PCIME clinique

(1) Type de formation

La formation est catégorisée à la formation PCIME destinée aux personnels médicaux déjà diplômé, et à la formation subie par les étudiants (en médecine, de l'école paramédicale) pas encore diplômés.

(2) Services compétents

La Direction de la Santé Familiale est compétente en deux types de formations.

En ce qui concerne la formation des étudiants, un «chargé de formation» qui a subit la formation FdF (formation de formatuer relative non seulement à la PCIME mais à la formation dans l'ensemble) est affecté à chaque école (faculté de médecine, IFP), et se charge de l'enseignement.

3) Formation destinée aux personnels médicaux

(1) Teneur historique de la formation

1998 Lancement de la formation en onze journées

2000 Lancement de l'Auto-apprentissage assisté (AAA) / PCIME (trois journées).

AAA : Formation de l'Auto-apprentissage assisté : Une méthode dont la période de la formation est accourcit et dont l'auto-apprentissage est exigée en revanche, afin que l'absence des personnels médicaux dans leur établissement médical soient bornée au minimum.

2003 Révision de Formation AAA (cinq journées)

2004 Exécution de la formation en six journées

La Formation AAA a signalé que la période était trop courte et que les sujets traités étaient insuffisantes, et qu'il était difficile à trouver de relation avec le symptôme effectif en auto-apprentissage. Par conséquent, la formation a été prolongée jusqu'à six journées avec l'addition d'exercices pratiques, et cette type de formation est actuellement exercée.

En outre, la teneur de la formation est modifiée à la mode malgache. Spécifiquement dit, les symptômes tels que «la touse», « l'accès de fièvre» et «la diarrhée» sont expliqués d'une façon séparée.

Ces faits montrent que la formation n'est pas orientée vers le corps tout entier mais vers le symptôme, mais ils disent que le résultat de la formation est égal au point de vue de la démarche intégrée.

(2) Matériels de la formation

Les matériels de la formation ont été révisés en septembre 2005, et les documents ci-dessous sont actuellement utilisés.

- Guide de l'animateur adapté pour l'enseignement des modules
- Guide adapté pour la pratique clinique en service d'hospitalisation
- Guide adapté pour l'activité clinique en dispensaire

(3) Nombre de diplômés de la formation

Tableau 3.10 Nombre de diplômés de la formation PCIME et le nombre des suivis effectués ²⁶

Ressources humaines	En 2005
Nombre total des personnels techniques	9114
Nombre des diplômés de la formation en onze journées	637
Nombre des diplômés de la formation AAA	3172
Nombre des diplômés de la formation en cinq journées	715
Nombre des suivis effectués après la formation	208

4) Développement futur de PCIME Clinique

(1) Révision des matériels

La révision de tous les matériels y compris l'AAA mentionné en 3 (2) est actuellement en développement afin que ça soit terminer en septembre 2006.

(2) Introduction de PCIME néonatale

L'introduction de IMCI néonatale est prévue à l'occasion de la révision des matériels mentionnée ci-dessus. Nous avons demandé sur la relation avec les SONU (relation avec les SONUB ou avec les SONUC, relation avec le niveau des installations médicales à être introduites), mais comme la discernation de SONUB et de SONUC n'était pas suffisamment saisie, pas de réponse précise a été disponible.

(3) Elargissement du cible de formation

En ce qui concerne les unités régionales, la formation jusqu'ici a été effectuée à 48%. L'objectif est d'augmenter ce chiffre jusqu'à 100%. La formation pour huit districts (Régions de Sofia et Melaky) n'est pas pratiqué dans le province de Mahajanga. Cela dépend simplement de l'existence d'un organisation qui prend des dispositions budgétaires.

L'état ne fixe pas l'ordre prioritaire des régions.

(4) Pratique de suivi et évaluation

Ils veulent pratiquer systématiquement, mais la pratique n'est pas prévue pour de raisons budgétaires (Ministère de la santé et du Planning Familial).

5) IMCI communautaire

(1) Papier stratégique et partenaire de développement

Le «Plan stratégique national pour la mise-en-œuvre de la prise en charge de la santé de l'enfant au niveau communautaire (PCIMEC)» a été élaboré en 2006, et la vérification est bientôt prévue avec les partenaires de développement. Par suite de nombreux décès des enfants suscités au niveau des ménages (EDS-III, 2003-4), le gouvernement reconnaît l'importance de la gestion de la santé des enfants dans les communautés.

²⁶ Rapport de la Deuxième revue nationale PCIME, 11 au 15 Avril 2005.

(2) Aperçu de la stratégie

18 pratiques clefs essentielles dans les communautés sont optés.

La réalisation de ces pratiques dans l'ordre prioritaire de la région ou du district est exigée.

L'état ne fixe pas d'ordre prioritaire des régions ou de contenu d'intervention.

En outre, bien que le plan d'action est mentionné pour la période 2006-2010, il n'y a pas de perspective concret pour sa réalisation.

(3) Autres

Le défi à pratiquer prioritairement présentés par le chargé de la PCIME communautaire était de faire distribuer du zinc et de cotrimoxazole par les volontaires de santé du quartier, et de les exploiter au traitement de la diarrhée et d'infection aigüe respiratoire.

L'exécution d'un plan pilote est prévue dans la manière où chaque région dans les provinces de Mahajanga, de Toliara et de Toamasina choisissent un SSPFD, chaque SSPFDs choisissent environ la moitié de CSB dans sa juridiction et chaque CSB choisit un communauté.

Le côté malgache a demandé le soutien financier, etc. de la part du Japon pour l'exécution du programme. Cependant, la proposition n'a pas été effectuée en ce qui concerne l'arrière-plan, le moyen d'application et la méthode d'évaluation (point final et sa mesure) du programme, ainsi que le résultat attendu et le budget exigé.

6) Conclusion

Malgré l'importance en tant qu'élément de la santé infantile, PCIME est après tout exécuté grâce au travail des partenaires de développement dû à l'insuffisance de consolidation au niveau de politique du positionnement dans la stratégie nationale et du caractère stratégique de PCIME..

En ce qui concerne la recommandation de l'introduction de la stratégie de survie de l'enfant(CSS), le Madagascar se dirige vers la propulsion active de PCIME plutôt que de faire disparaître la PCIME (comme signalé par d'autres pays).

D'autre part, le PCIME en Madagascar a l'impression d'être "orienté vers la maladie » plutôt que la «gestion intégrale ». Cela est reflétée aussi bien à la mode de la formation qu'au fait que la priorité de PCIME communautaire est la vulgarisation du zinc et de cotrimoxazole. Il faudrait vérifier l'évolution futur de PCIME communautaire y inclue l'orientation de CSS, et les mouvements des partenaires de développements.

Dans le courant actuel de décentralisation, l'importance est que la région ou la communauté qui en effet est plus compétent prend l'initiative plutôt que d'exiger le respect de la stratégie à l'état. Dans ce cas, le niveau convenable sera probablement la région à l'aspect de ressources humaine, et il faudrait confirmer la faisabilité.

3.4.2 Soins Kangourou

1) Historique

- 2000 Envoi de deux personnels malagaches à la formation de Soins maternels de Kangourou (Kangaroo Maternity Care : KMC) de Bogotá, Colombie.
- 2001 Une formation de soins des enfants de poids de naissance bas a été organisée avec les 2 envoyés ci-dessous comme encadreurs pour les prestataires de santé de 6 provinces.
C'est à cette occasion que le « Module de formation technique du Bébé kangourou » a été élaboré.
- 2002 L'Unité kangourou a été installée à la Maternité Befelatanana.
- 2003 Formation en cinq journées a été organisée 2 fois pour personnels hospitaliers.
Les provinces et régions ciblées par la première séance ont été Antsirabe, Mahajanga, Toamasina, et Itaosy. Les provinces et régions ciblées par la deuxième séance ont été Fianarantsoa, Toliara, et Antsiranana.
C'est à cette occasion que le « Module de formation des prestataires pour la mise en place d'une unité Kangourou dans les services de maternité des centres hospitaliers de référence provinciaux de Madagascar » a été élaboré.
D'autre part, les hôpitaux qui ont participé à la formation ont établi un PTA pour l'exécution de KMC dans l'année 2004.
- 2004 Deux CHD ont été choisis dans chaque province (douze CHD en somme), et deux personnels par CHD ont participé à la formation (en total 24 personnels) (la choix de CHD était laissée à chaque province).
Ils pensent désormais à amplifier pour l'exécution de KMC aux CSB dans la juridiction de SSPFD où le CHD ciblé de la formation se situe.

2) Actualité

(1) Animateur

Une sage-femme qui travaille à l'Unité kangourou de Befelatanana (autre que celle envoyée à Bogotá), et 24 personnels qui ont éprouvé la formation en 2004 sont considérés pour devenir animateurs.

(2) Etat de pratique de KMC

Un PTA est établi après la formation, mais l'état de pratique diffère selon l'installation.

(3) Evaluation des projets réalisés jusqu'ici

Une évaluation de projet intégrale n'est pas pratiquée. En conséquence, l'influence que KMC exerce sur la maternité est obscur.

(4) Positionnement d'Adaptation kangarou intra-hospitalier (AKIH)

La responsable au niveau central a l'intention de rendre AKIH situé dans l'hôpital un lieu pour savoir comment exercer KMC dans les CSB.

3) Développements futurs

(1) Pratique de KMC dans les CSB

24 personnels travaillant au CHD qui ont éprouvé la formation en 2004 sont expectés à pratiquer une formation KMC destinée au CSB dans leur district, et par la suite, KMC est expecté à être pratiqué au CSB.

(2) Soutien au pratique de KMC dans les CSB ou dans la communauté

Au cas où les KMC sont pratiqué au niveau communautaire, la formation sanitaire a besoin d'un mécanisme pour soutenir la mère et l'enfant.. Dit concrètement, les personnels médicaux qui travaillent au CSB visitent régulièrement la mère et l'enfant, ou les habitants de la communauté soutiennent la mère et l'enfant.

En outre, si la PCIME communautaire va être introduit au Madagascar dans le futur, la relation avec le suivi KMC doit être clarifiée.

A l'heure actuelle, le point focal est posé sur le fait de pratiquer les KMC aux CSB, et le plan concret du suivi de KMC n'est pas clarifié.

De plus, la PCIME communautaire se rapporte beaucoup à propos de l'allaitement maternel mais n'en mentionne rien au KMC, et aborde seulement à la possibilité qu'elle contribue indirectement au KMC via l'allaitement maternel.

4) KMC à la Maternité Befelatanana

(1) Cible

Nouveaux-nés dont le poids est moins de 2500g et qui n'ont pas de symptômes graves. Par surcroît, non seulement ceux hospitalisés mais aussi les nouveaux-nés qui peuvent fréquenter l'hôpital après qu'ils y quittent sont aussi ciblés.

(2) Méthode

- Enfants au poids bas qui nécessitent traitements tels que de transfusions

Ils sont normalement insérés dans la couveuse située dans la salle de traitement des nouveaux-nés.

La mère se déplace à la salle voisine de la salle de traitement des nouveaux-nés (AKIH) quelques fois par jour et pratique le KMC intermittent.

- Enfants au poids bas qui ne nécessitent pas de traitements spéciaux

La mère et l'enfant reste dans la même salle et pratique des KMC continuels.

La mère et l'enfant se déplacent à une autre salle (Unité kangourou) deux fois par jours et examine l'état de l'enfant (mesure de poids, pourtour de la tête, et de la taille, consultation du corps entier) et de pratique de KMC.

L'enfant peut rester dans la salle de la mère ou peut être remis dans la couveuses située dans la salle de traitement des nouveaux-nés (séparation de la mère et de l'enfant).

- Enfant au poids bas qui a quitté l'hôpital

L'Unité kangourou pratique le suivi policlinique deux fois par semaine (mardi et vendredi) au minimum.

La mère capable de fréquenter l'hôpital peut subir là le suivi de KMC et l'examen de l'état d'enfant.

(3) Praticieur

Une sage-femme travaille à l'Unité kangourou à titre définitif dans l'hôpital.

- Points avantageux

Ils pratiquent le KMC conformément à la base en ce qui concerne le contact précoce, l'établissement et continuation de l'allaitement maternel, maintien de température normale, et observation.

Non seulement les soins continuels mais aussi des soins intermittents sont offerts selon l'état d'enfant après l'installation de AKIH.

- Défaut

Il est improprement pratiqué du point de vue de la prévention de contagion qui est l'un des objectifs essentiels de KMC. La raison est mentionnée ci-dessous.

L'enfant est remis à la couveuse dans la salle de traitement des nouveaux-nés tant aux KMC continuels qu'aux KMC intermittents. Plusieurs enfants y sont mis en dedans dû au nombre insuffisant de couveuses.

Comme l'eau de robinet est directement utilisée pour le contrôle de l'humidité de la couveuse, la prolifération de microbes est appréhendée. En outre, l'interruption de l'air extérieur est imparfaite, les vinyles de l'ouverture pour le maniement sont presque tous déchirés, et ils sont difficiles à garder de conditions sanitaires.

5) Points nécessitant l'amélioration

(1) Révision du moyen de traitement de nouveaux-nés

Il faut réexaminer profondément la signification de traitement utilisant la couveuse et utiliser l'équipement à seuls les nouveaux-nés qui en ont besoin. La raison pour cette révision est que, des traitements inappropriés sont pratiqués à l'égard de la prévention de contagion indispensable pour les nouveaux-nés à poids bas, et que la possibilité de devenir le foyer de contagion intra-hospitalier est élevée.

Comme ils sont capables de pratiquer des KMC continuels ou intermittents, il est probable que la réduction du nombre d'usagers sera possible si l'on révisait les cas adaptés à l'usage de couveuse. Par conséquent, ne serait-il pas possible d'allouer une couveuse par un enfant qui nécessite l'équipement?

(2) Relation de KMC avec le traitement des nouveaux-nés

Un KMC parfaitement continu n'est pas pratiqué. Il semble n'y avoir aucune nécessité de remettre l'enfant dans la salle de traitement des nouveaux-nés pendant la nuit. Les règlements médicaux inutiles devraient être cessés tant à l'égard de la protection de contagion mentionnée ci-dessus qu'à l'égard de l'allaitement en nocturne.

6) Leçon pour la pratique aux CHUM-CME

(1) Dans la Unité de soins néonataux

La Unité est dessinée pour que la mère et l'enfant soient dans la même salle et sont préparés à installer un ensemble d'équipement pour un nouveau-né. Donc, une ambiance pour pratiquer adéquatement les KMC intermittents est déjà prête, et l'usage de KMC est attendue.

(2) Dans les AKIH

La fonction de AKIH introduit à Befelatanana n'est pas nécessaire au CHUM-CME car la Unité de soins néonataux peut accomplir la fonction de KMC intermittent.

Si l'on considérait à KMC, on peut l'attendre à être utilisé en tant qu'établissement pour l'introduction et continuation de KMC continuel à l'égard des enfants à des poids bas et qui ne nécessitent pas de traitements, et en tant qu'un établissement où des personnels médicaux d'autres établissements médicaux (CHD, CSB) peuvent utiliser pour de capacités formatives.

3.5 DRSPF de la région Boeny

3.5.1 Analyse de documents

1) Situation au niveau du district et du département

Le sommaire du Bilan d'activités de SSPFD de la province autonome de Mahajanga (Boeny) 2004 est comme suit.

- Les données sont inscrits par chaque district de la région Boeny (Ambato-Boeni, Mahajanga I et II, Marovoay, Mitsinjo, Soalala).
- Le taux d'accouchement à la formation sanitaire, bien qu'il diffère de 20-45% selon le district, est bas conformément au rapport du passé. D'autre part, le taux de consultation prénatale est relativement élevé avec 50-102% malgré quelques différences entre les districts, ce qui signifie que l'écart avec le taux d'accouchement à la formation sanitaire est large. De plus, le taux peu élevé d'accouchement à la formation sanitaire ne semble pas nécessairement causé par l'accès inconfortable à l'établissement médical.
- Le planning familial diffère également beaucoup selon le district avec un écart de 5-20%.
- Le taux de vaccination préventive que l'on peut considérer comme un indice de procréance diffère également beaucoup selon le district. Les régions qui marquent de niveaux relativement hauts sont la Mahajanga I et le Marovoay, avec Mahajanga II, Mitsinjo et Soalala marquant de niveaux peu élevés.

Tableau 3.11 Taux d'exécution de services relatifs à la santé maternelle (Région Boeny, 2004)²⁷

District	Consultation prénatale		Accouchement à la formation sanitaire		Planning familial		Vaccination antitétanique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mahajanga I	4 338	67,2	2 683	41,5	7 299	21,9	3 935	60,9
Mahajanga II	1 562	70,1	576	25,9	554	4,8	934	41,9
Marovoay	4 730	79,6	2 228	37,5	5 112	16,8	3 614	60,8
Ambato-Boeni	5 317	102,6	1 452	28,0	1 225	43,6	4 480	86,5
Mitsinjo	1 251	49,2	500	19,7	855	10,1	767	30,2
Soalala	854	65,4	501	38,4	364	10,7	500	38,3
Total pour la région Boeny	18 052	72,4	7 940	31,8	15 409	11,5	14 230	53,1

Tableau 3.12 Taux d'exécution de vaccination préventive (Région Boeny, 2004)²⁷

District	B.C.G.		Poliomyélite		Vaccin DTC		Rougeole	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mahajanga I	5 958	103,8	4 508	78,5	4 657	81,1	5 026	87,5
Mahajanga II	945	47,7	677	34,2	694	35,0	709	35,8
Marovoay	5 035	95,4	3 933	74,5	3 942	74,7	4 444	84,2
Ambato-Boeni	4 978	108,1	3 644	79,1	3 714	80,6	3 130	68,0
Mitsinjo	1 553	68,7	959	42,4	983	43,5	1 412	62,5
Soalala	918	79,1	563	48,5	565	48,7	543	46,8
Total pour la région Boeny	19 387	83,8	14 284	59,5	14 555	60,6	15 264	64,1

²⁷ Bilan d'activité de SSPFD de la province autonome de Mahajanga (Boeny) 2004

3.5.2 Plan d'activité annuel sur la santé maternelle

Le programme de la santé maternelle est exécuté dans le sens vertical et pas d'échanges mutuelles existent. Le plan annuel est harmonisé avec le budget et les activités des donateurs. Le responsable du programme de la santé maternelle craint l'absence de coopération entre les chargés, et montre l'attitude de prendre quelque mesure. Malgré la nomination "service de santé reproductive / planning familial", leurs activités sont centrés sur le planning familial, et l'objectif capital est l'augmentation de taux de vulgarisation de l'usage de préservatifs. Pour cette raison, ils prennent la plupart de leurs temps à recueillir des données de districts, et n'ont pas d'objectif concret sur la santé reproductive y compris la conception et l'accouchement. En ce qui concernent l'urgence obstétrical, aucun personnel connaît la teneur et ils attendent le guide du centre (le centre est en cours d'élaborer la directive). Le plan d'activité ne fait pas mention sous une forme concrète aux soins continuels.

1) DRSPF, Service chargée de la santé maternelle de Boeny

Dr Maurice Rakotomaheva s'est installé dans sa poste de responsable en mai 2005. La compétence du programme de la santé maternelle consiste de la santé reproductive, planning familial, PCIME, nutrition, et de vaccination préventive. Bien que le Dr Rakotomaheva participe principalement au programme de vaccination, il craint qu'il ne saisit pas la teneur des affaires d'autres personnels chargés, et il reconnaît l'importance de partage d'information entre les chargés. Il pense d'organiser une conférence pour intégrer les activités du programme de santé maternelle.

Sur les activités en charge:

- Vaccination préventive
- PCIME: Celle appliquée point où la formation est terminée et où la formule de PCIME est ajustée à chaque CSB. Il faut surveiller la formule bien que ça soit adéquatement exploitée et administrer de punitions au cas où elles n'en sont pas.
- Nutrition: Une équipe appelée GAIN est formée, et chaque membre (SEECALINE, enseignants d'école, associations) contribue à l'élaboration du plan d'activité.

2) DRSPF, Service de la santé reproductive et du planning familial de la région Boeny

Les affaires principales sont les suivants :

- Participation à la conférence trimestrielle du UNFPA, organisée par le Ministère de la Santé et du Planning Familial et par la Direction de la Santé Familiale (DSF)
- Collection et calcul des données relatives au planning familial procurées par la SSPFD dont ils vont rapporter à la conférence du UNFPA
- Pratique de formation et visite de surveillance

La politique pour exécuter les travaux est expliquée là-dessous:

- La politique sur SBA
La réduction de décès maternelle est visée par le moyen d'augmentation du taux d'assistance provenant des SBA.

Reconnaître les accouchements assistés par les SBA pratiqués à l'extérieur de formation sanitaire. Distribuer la formule d'inscription de « Home Birth (accouchement à domicile)» aux sages-femmes, infirmiers, médecins et aux AT entraînés et faire des études.

Recommander la choix par la mère elle-même de lieu d'accouchement. L'accouchement à la formation sanitaire sera favorisé, mais ce qui compte le plus c'est l'assistance du SBA plutôt que le lieu d'accouchement.

- Sur le AT

Une formation de AT a été pratiquée en 2001. La teneur consistait à trois propretés (propreté de la main et des doigts, propreté du lieu d'accouchement et propreté des équipements).

La nouvelle politique s'agit de changer d'attitudes, avoisiner les formations sanitaires, créer de partenariats, assurer les femmes enceintes à subir la consultation prénatale, le planning familial, la vaccination préventive, et de réfléchir à propos du lieu d'accouchement eux-mêmes.

L'assistance d'accouchement par les AT n'est jamais recommandée.

- Soins urgents obstétricaux

Ils attendent actuellement la directive de ministère central.

3.6 Examen sur l'indice de la santé maternelle au niveau régionale ou district

3.6.1 Objectif

Clarifier quelles sortes de données sur la santé maternelle sont déjà recueillies dans la région Boeny. En outre, l'examen de la qualité, de la volume et de l'usage des services de santé maternelle ainsi que la considération sur l'accès aux services susmentionnés, et en même temps étudier des indices et faits qui peuvent montrer le changement de ces sujets.

3.6.2 Méthode

Nous avons visité, en décembre 2005, la SSPFD de Mahajanga I et quatre CSB dans la région Boeny (CSB de Mahabibo, CSB de Mahavoky, CSB Urban à Maravoay, et CSB Mahabibo à Baravoay), et avons étudié les données y recueillies. En particulier nous avons examiné en détail le CSB de Mahabibo.

3.6.3 Résultat

L'informations à propos de la santé maternelle (à part le planning familial) recueillie et calculée tous les mois par le SSPFD est représentée par les tableaux 3.13 et 3.14. La définition du taux est représentée par les lettres A à -X sur la marge droite des tableaux.

Les CSB que nous avons visités ont bien enregistré ses nombres de services de la santé maternelle présentés aux SSPFD, mais quelques données incontestablement fausses ont été trouvées (de graves erreurs tels que de de nombres incorrectes de zéros parmi les calculs ont été remarquées).

La définition des nombres et des articles recueillis peuvent différer par CSB ou par l'année. Par conséquent, une comparaison simplement des taux ait beaucoup de risques tant au SSPFD qu'au CSB, et le nombre de numérateurs et de dénominateurs, ainsi que chaque définition, doit être confirmés. Nous avons confirmé particulièrement que la définition de la population est modifié selon l'exercice en ce qui concerne les groupes ciblés et le nombre des femmes enceintes ciblées alloués à chaque CSB, ce qui exige l'attention en conséquence. Par exemple, en 2004, la population n'était allouée qu' aux CSB publiques, mais en 2005, elle était alloué également aux CSB publiques et privés.

Bien que le tableau 3.14 illustre, depuis que la formule a été changée en version électronique en 2005, le nombre des rubriques qui montrent le taux se multiplie. D'autre part, comme un Y dans le tableau 2 montre bien, les SSPFD ont commencé à recueillir le nombre des accouchements à l'extérieur de CSB assistés par les personnels de santé. Néanmoins, à quel point chacun des CSB est capable de recueillir ce nombre est toujours flou.

Depuis environ novembre 2005, la formule de calcul remplie par le côté CSB a été modifiée au niveau national, mais l'introduction était effectuée tant en novembre qu'en autre occasion suivant le CSB. La formule modifiée représentait plus d'informations relatives à la PMTCT.

Tableau 3.13 Informations sur la santé maternelle recueillies mensuellement par les SSPFD (sauf le planning familial) (formule de 2004)

Soins prénatals	Population ciblée	X
	Nombre total de soins prénatals	A
	Nombre des CPN initiaux de femmes enceintes	B
	Nombre des CPN initiaux de femmes enceintes de moins de 4 mois	C
	Nombre de femmes enceintes qui ont subi au moins 1 CPN avant la 9 ^{ème} mois	D
	Nombre de risque	E
	Nombre d'applications de médicaments ferrugineux ou d'acide folique	F
	Nombre des femmes enceintes qui ont subi plus de deux fois la vaccination antitétanique	G
Avortement, accouchement et couche	Nombre des femmes enceinte traitées	H
	Nombre d'accouchements au CSB	I
	Nombres d'avortements	J
	Nombre de décès de femmes enceintes dans les CSB	K
	Nombre d'enfants nés vivants	L
	Taux d'enfants à poids de naissance bas	M
	Mortinatalité	N
	Nombre des femmes enceintes qui ont subies l'examen puerpéral	O
Taux	Nombre des femmes qui sont atteintes ayant des complications pendant la phase puerpérale	P
	Nombres de femmes enceintes et puerpérales qui sont traitées	Q
	Taux d'épreuve d'examens initiaux des femmes enceintes de moins de 4 mois	C/B
	Taux d'épreuve de soins prénatals avant le 9 ^{ème} mois	D/A
	Taux d'application de médicaments ferrugineux ou d'acide folique	F/A
	Taux d'enfants à poids de naissance bas	M/L
	Taux de mortinatalité	N/I
	Taux de femmes enceintes et puerpérales traitées	Q/I

Tableau 3.14 Informations sur la santé maternelle recueillies mensuellement par les SSPFD (formule électronique de 2005)

Soins prénatals	Taux de l'utilisation de CPN	B/X
	Taux d'épreuve de vaccination antitétanique	G/X
Avortement, accouchement et couche	Nombre d'accouchement assistés par les qualifiés	R (=I+Y)
	Taux d'accouchement assistés par les qualifiés	R/X
	Taux d'usage des services obstétricaux	I/X
Prévention de contagion de l'enfant par la mère de VIH	Taux d'avortement	J/X
	Nombre de consultations	S
	Taux de consultations	S/B
	Nombre d'examen de VIH	T
	Taux d'examen de VIH	T/S
	Nombre de résultats positives d'examens de VIH	U

Y : Nombre des accouchements à l'extérieur d'établissement assistés par les personnels de CSB

3.6.4 Discussion

1) L'ensemble de la région Boeny

Equilibre de SONUB et SONUC :

Surveillance de changement d'actions de consultation des habitants depuis l'inauguration des services aux CHUM-CME : Peu de changement peut être observé à savoir les mères et les enfants sauter les SONUB pour consulter au CHUM. De la part de CHUM, examiner le nombre d'auto-référence suffit.

Cependant, à proprement parler, les SONUB ne sont pas offerts actuellement. Pour surveiller les SONUB dans le futur, l'observation du nombre de CSB capable d'offrir les SONUB et de nombre d'accouchement sous la direction des personnels qui ont éprouvé la formation de SONUB devront être nécessaire.

2) Indices et articles qui ont la possibilité de se modifier principalement dans les CSB et dans la région

(1) Qualité des services de santé maternelle

- Soins fondés sur le niveau de preuve
 - Réduction des interventions médicales inutiles et accroissement des soins appropriés (soins pendant la période du travail et au point d'accouchement, et soins des nouveaux-nés)
- Soins maternels humanisés
 - Etude qualitative du milieu d'expulsion des formations sanitaires pilotes (l'apparence de la salle d'accouchement et de la salle de préparation, le respect de la confidentialité, la durée de temps pendant laquelle la femme enceinte est laissée seule, la durée de temps pendant laquelle les fournisseurs de services offrent les soins pendant la période du travail et la phase d'expulsion ainsi que la qualité des soins, l'observation de l'évolution d'accouchement, l'explication aux membres de la famille, la situation d'accompagnement de la famille à la salle de préparation)
 - Niveau de satisfaction des usagers et fournisseurs du service de santé maternelle
- Continuité des soins
 - Audition et inscription des services de la santé maternelle (publiques et privés) dont la mère et l'enfant qui sont venus pour l'accouchement ou pour PEV ont déjà reçus
 - Analyse de reconnaissance et de confiance des habitants en la continuité de soins, analyse de la raison pour laquelle ils en subissent continuellement. Ces éléments peuvent être difficiles à mesurer, mais il serait possible de sonder descriptivement l'élément influençant la continuité de soins. A citer un exemple, est-ce que la mère et l'enfant qui sont venus au CSB pour PEV sont accouchés ou suivis par les CPN dans ce CSB? Une femme qui a accouché à un CSB a-t-elle suivi les CPN dans ce CSB? Quelle est la différence entre la mère et l'enfant qui reçoivent des soins continus et ceux qui n'en reçoivent pas?
 - Continuité d'information: continuité d'usage de la carte de référence et de la carte de consultation
- Style de travail des personnels de santé, changement d'offre de soins, réduction du gaspillage
 - Suppression et intégration de documents inutiles et changement du moyen par lequel le service CPN est offert: Par exemple, tracer les personnels et les heures accordées aux femmes à CPN.
- Pertinence de référence, différenciation de fonction de CSB et de « CHUM, CHD », allègement des charges de CHUM
 - Changements tels que les cas nécessitant actuellement le transport au CHD ou au CHUM vont être capables de soigner au CSB dans le futur. Le CSB de Mahabibo où le nombre de références est élevé semble particulièrement valloir la peine d'observation. Comme mentionné à l'annexe 3, il y a annuellement 200 cas adressés (principalement au CHUM) après le commencement des douleurs d'accouchement. Il serait peut-être possible de calculer la valeur prédictive positive concernant si les cas adressés vraiment exigeraient quelques interventions ou des soins spéciaux pour la mère ou pour l'enfant dans le CHUM.

(2) Volume de service de santé maternelle et infantile

- Données attestant le volume des services de santé maternelle et infantile actuellement adoptés au CSB
- Nombre d'accouchements rapportés au CSB parmi les accouchements à l'extérieur de la formation sanitaire assistés par les personnels de santé

(3) Usage des services de santé maternelle et infantile, et l'accès au service

- Accès géographique :
Bassin de captation individuelle de personnels de santé ou de la formation sanitaire (à l'égard de soins prénatals et d'accouchement)
- Accès financier :
Augmentation de l'usage de service SMI par les démunis, augmentation des taux des démunis parmi les bénéficiaires de service, augmentation de personnes auxquelles le système d'exemption de frais de consultation ou de fonds d'équité est appliqué

(4) Changements parmi les personnels de santé, alignement avec le niveau de satisfaction et coopération avec les ressources locales

- Reconnaissance par le personnel de santé lui-même du soutien et de la confiance de l'administration de la santé et des habitants locaux, ainsi que le changement de sa performance
- Changement de conscience des personnels de santé envers les ressources locales à mieux connaître les AT et les volontaires de santé, et le changement des méthodes dont ces ressources sont utilisées.

3) Sujets ayant la possibilité de mériter la considération dans le secteur d'administration de santé (DRSPF et SSPFD)

- Suppression et intégration des documents inutiles relatives à la santé maternelle et infantile
 - Changement de méthode d'inspection et d'observation des services de santé maternelle et infantile de DRSPF et de SSPFD
 - L'inspection peut changer de qualité, devenir plus appuyante, ou peut résoudre les problèmes de manque de matériels même si la fréquence ne changeait pas.
 - Le mécanisme de surveillance de SONU fonctionne.
 - La localité des personnels de santé en dehors de la formation sanitaire et le volume de service (par exemple le nombre d'accouchement) sont saisis.
- L'administration saisit le mécanisme de soutien à soi-même et du mécanisme d'entraide, et de devenir capable de les exploiter
 - Discernement des ressources locales à mieux faire connaître les AT et les volontaires de santé, et changement de reconnaissance et d'usage des ressources locales (s'ils ont une opinion négative, ou s'ils vont les utiliser activement)
 - Or, pour observer le changement de reconnaissance de l'administration de la santé ou des personnels de santé de CSB envers les ressources locales, une méthode de mesure qualitative paraît être adaptée. La méthode participative (dessins par les plumes) ou le moyen de mesurer le capital social pourrait être utilisée.

4) Seuil de l'indice

- Les données après la naissance de l'enfant à savoir PEV ne sont pas étudiées.
- Les données relatives à la santé maternelle et infantile recueillies au niveau de CSB et de SSPFD sont étudiées, mais celles recueillies au niveau de la région ne sont pas étudiées.
- Nous n'avons pas étudié si des sources de données qualitatives telles que le rapport d'inspection existaient en plus des données quantitatives.

5) Sur le discernement et exploitation de service de la santé maternelle et infantile par les personnels de santé à l'extérieur de formation sanitaire

- Dans la région Boeny, et en particulier dans toute communauté sauf « la zone urbaine du district de Mahajanga I », les populations se dispersent et la moitié de la population habitent à l'extérieur de la zone d'une distance de 5km de CSB. L'orientation exigée pour les soins obstétricaux et néonataux d'une telle région serait que les patient graves peuvent accéder aux CHUM et CHD-2, et que ceux qui ne le sont pas peuvent accéder si possible aux « soins à la formation sanitaire », en réalité aux « soins par des personnels de santé ». La surveillance pratiquée actuellement par l'administration de la santé se rapporte principalement au volume de service des établissements et ainsi le volume des soins offert par les personnels de santé à l'extérieur des formations sanitaires n'est pas saisi. Seul le nombre d'accouchements à l'extérieur d'établissement assistés par les personnels de la santé est ajouté aux données recueillies par les CSB et SSPFD depuis 2005, mais on ne peut pas dire que cette donnée est parfaitement saisi. Comment y saisir et comment exploiter les personnels de la santé à l'extérieur de formation sanitaire sont problématiques.
- En ce qui concerne les soins d'accouchement, « accouchement à la formation sanitaire » occupent un quart du nombre d'accouchements de la région, tandis que « accouchement à l'extérieur de la formation sanitaire sous les personnels de la santé » occupent également un quart du nombre d'accouchement de la région, et les deux taux ne sont jamais bas. « Accouchement à l'extérieur de formation sanitaire sous les personnels de la santé » est généralement difficile à saisir et à mesurer. A l'instar de tous, le recueil à la région Boeny ne semblait pas être facile pour des raisons suivantes: 1) Comme une idée négative que « les personnels de CSB sont interdits d'assister l'accouchement à l'extérieur d'établissement » se propage, ils tendent à ne pas être rapportés. 2) Les types de professions et les personnels de la santé qui pratiquent l'assistance sont relativement nombreux.
- D'autre part, chaque CSB se diffère au niveau de la compréhension de « l'accouchement à l'extérieur de formation sanitaire sous les personnels de la santé ». Il serait intéressant d'étudier la cause des CSB qui les saisissent profondément. Serait-il à cause d'élément géographique, d'influence d'intervention de GTZ, etc. ou à cause des relations des CSB avec la région et les personnels de la santé hors formation sanitaire?
- Il faudrait désormais confirmer le positionnement et délibérer avec la partie malgache à connaître le Ministère de la Santé et du Planning Familial et la DRSPF, etc., avec les associations professionnelles et avec les associations concernées en ce qui concernent comment saisir « le service de la santé maternelle et infantile par les personnels de la santé hors formation sanitaire », et comment le projet

traite l'intervention à ce sujet.

3.6.5 Conclusion et recommandation

Nous avons énuméré et examiné les indices et faits qui ont la possibilité de montrer l'évolution du volume, qualité et l'usage du service de la santé maternelle et infantile ainsi que de l'évaluation de SONU. Les données actuellement recueillies aux CSB et SSPFD sont principalement des données quantitatives, et peuvent parfois montrer le volume et l'usage de services fournis dans les formations sanitaires. Par contre, il faut une nouvelle rubrique pour voir la qualité de service et l'augmentation des usages par une certaine couche (augmentation d'accès par les couches démunies, augmentation d'accès des cas graves à l'établissement de niveau de SONUC), et en conséquence, investissement par le projet semble être exigé.

Bien que le recensement du nombre d'assistances d'accouchement par des personnels de la santé hors formation sanitaire a commencé depuis 2005 au SSPFD, la conception totale n'est pas encore connue. Il semblait y avoir la nécessité de délibérer avec le projet, la partie malgache et autres associations concernées sur comment saisir le volume de service offert par les personnels de la santé hors formation sanitaire, comment exploiter les personnels de la santé hors formation sanitaire ainsi que sur la vérification de positionnement des personnels de la santé hors formation sanitaire.

L'information qui rend capable de supposer les nécessités obstétricales insatisfaites (Unmet Obstetric Needs) peut être recueillie des formations sanitaires qui pratiquent l'opération césarienne. Cet indice semblait être utile pour l'évaluation de SONUC à la région Boeny. Si la coopération technique de futur vise l'habilitation des personnels de la santé et le développement des ressources humaines, la nécessité d'exécuter activement les études qualitatives ou d'inscrire l'évolution des réalités du domaine sera plutôt songé.

3.7 Etudes d'épidémiologie clinique sur l'usage des service de la santé à la région

3.7.1 Objectif

Nous avons effectué de divers études ayant comme objectif principal de savoir comment les habitants utilisent les service de la santé et de considérer comment pouvoir garantir la continuité des service de la santé et des soins aux régions rurales malgaches afin d'élaborer le projet de la coopération technique que le Japon va désormais exécuter.

Les services de la santé qui sont mentionnés ici sont non seulement publiques, mais ceux offert par des sociétés privés ainsi que des institutions de médecine traditionnelle locaux sont aussi considérés. De plus, il faudrait considérer comment les individus, les familles et la région en font face afin que les habitants prennent des mesures contre l'épidémie, etc. dans les régions. Nous avons visé dans cette étude à savoir les actions de remède des femmes en ce qui concerne la grossesse, l'accouchement et la puéiculture, et à clarifier les mécanismes de soutien à soi-même, d'entraide et d'aide publique dans la région.

3.7.2 Choix de région ciblée

C'est le GTZ qui pratique des actions de la santé régionale dans la région Boeny. Le GTZ a organisé en 2005 le "Concours qualité CSB". Cette étude a choisi comme objet dans chacun le district de Mahajanga II et celui de Maravoay, ce qui sont facile à accéder depuis le chef-lieu de la province de Mahajanga, un CSB qui a obtenu le meilleur évaluation dans le concours susmentionné.

Par conséquent, les CSB (et les communautés) ciblé(e)s sont Boanamary dans le district de Mahajanga II et Miadana dans le district de Marovoay.

Figure 3.4 Région ciblée

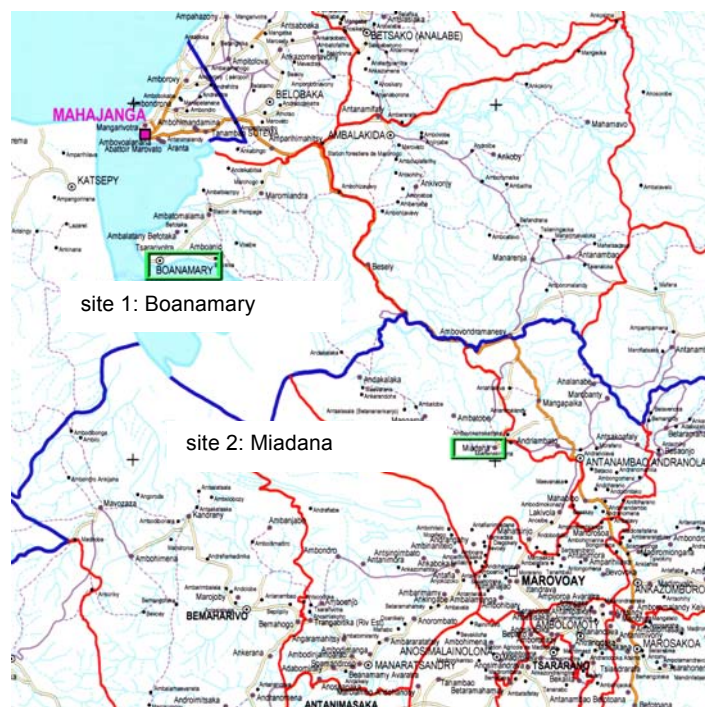


Figure 3.5 Position de la commune de Boanamary et de chaque fokontany



3.7.3 Teneur de l'étude

1) Taux d'enregistrement de naissance et taux d'accouchement à la formation sanitaire de la commune de Boanamary

(1) Arrière-plan et objectif

La Commune (Kaominina) est un système administratif qui gouverne plusieurs fokontany. L'enregistrement de naissance pour l'émission de la carte d'identité est effectué à la commune, et la population dans son ressort est recueillie. D'autre part, les établissements de la santé et de soins calculent la population et le nombre estimé d'accouchement dans son ressort afin de reconnaître les personnes visées par le service. L'objectif de cette étude est de savoir dans la région de Boanamary la teneur de l'enregistrement de naissance en utilisant l'enregistrement à la commune et les données d'estimation de la population du CSB-2 de Boanamary, et de savoir l'actualité de la population et du nombre estimé d'accouchement qui sont la base de la consultation locale et de l'élaboration du plan de santé local.

(2) Obejet d'étude et Résultat

- Enregistrement de naissance

Le Registre des actes de l'état civil (Bokim-Piankohonana) est géré dans l'office de la commune, et les articles suivants ont été inscrits dans l'ordre de la déclaration :

Numéro de série séquentiel par l'année, date de naissance, noms des parents, nom de l'enfant, lieu de naissance, date de déclaration, déclarant, la personne qui l'a enregistré

- Population estimée et le nombre d'accouchement estimé

Ci-dessous sont indiqué le nombre enregistré à la commune, la population estimée par le CSB(Recensement général de la population et l'habitat : RGPH), et leur comparaison.

Tableau 3.15 Population enregistrée et estimée au Commune de Boanamy par Fokontany

Fokontany	Distance (km)	Enregistrement à la commune	Estimation du Ministère de la santé	Estimation de RGPH	Différence maximale
Boanamy	0	1 967	1 224	828	1 139
Tsararivotra	3	335	335	278	57
Amboanio	4	1 532	2 071	1 733	539
Amabalatany-Befotaka	5	437	320	216	221
Ambatomalama	7	755	1 754	1 187	999
Maromiandra	18	524	590	395	195
Morariva-Mandrosoa	28	768	430	291	477
Total	-	6 318	6 724	4 928	1 796

- Taux du nombre d'enregistrement de naissance par rapport au nombre estimé d'accouchement

Comme l'écoulement de la population est provoquée par la clôture d'usine de ciment aux environs de Boanamy, nous avons calculé le taux d'enregistrement par rapport au nombre d'enregistrement de naissance en utilisant la valeur de RGPH qui a indiqué la population estimée la plus basse. Or, le calcul a été effectué en supposant que le nombre estimé d'accouchement était 4.5% de la population.

Tableau 3.16 Nombre d'enregistrement de naissance par fokontany dans la commune de Boanamy et le taux d'enregistrement fondé sur le nombre d'accouchement estimé du recensement

Fokontany	Distance (km)	Nombre d'enregistrement de naissance	Nombre estimé d'accouchement	Taux d'enregistrement (%)
Boanamy	0	35	37	93.9
Tsararivotra	3	16	13	127.9
Amboanio	4	28	78	35.9
Ambalatany-Befotaka	5	18	10	185.2
Ambatomalama	7	20	53	37.4
Maromiandra	18	14	18	78.8
Morariva-Mandrosoa	28	10	13	76.4
Total	-	78	107	73.2

(3) Discussion

Au moins trois types d'estimation de la population se sont révélés à être utilisés dans les régions. Si l'on compare ces estimations, la différence maximale est 1139 pour les valeurs catégorisées par fokontany (Fokontany de Boanamy), et 1796 pour la commune entière. Il est extrêmement difficile de décider quelle statistique est appropriée au point de vue de confiance de valeur. De plus, des déplacements saisonniers pour la pêche ont pu être observés suivant la région, et le saisissement de la population appropriée s'est révélé à être difficile.

Le taux d'enregistrement à la commune par rapport au nombre estimé d'accouchement se diffère également, le taux s'écartait de 37 à 185%. Par exemple, comme l'usine de ciment clôturée mentionnée ci-dessus a été située au Fokontany Amboani, et que la population actuelle diminuait énormément par rapport au valeur estimé, le taux d'enregistrement a été supposé d'être réduit en apparence.

En même temps selon l'audition de fokontany, l'enregistrement de naissance à l'office de chaque Fokontany a été obligé depuis 2006, et les registres des actes de l'état civil (Kahien'ny Fokotany Fanataha-Maso Ny Fahaterahana) sont distribués. Il est évident que l'élaboration du plan de santé soit empêché dans une telle situation où plusieurs données sont utilisées et où l'enregistrement de naissance et

l'estimation d'accouchement s'entremêlent. Dans la situation où l'enregistrement de naissance est recommandée pour l'émission de carte d'identité, considérer le nombre d'enregistrement à la commune comme base et assortir le nombre d'enregistrement au fokontany pour compléter le nombre des enfants pas enregistrés semblent être nécessaire.

En outre, le secteur d'administration générale et le secteur de la santé doivent échanger ces informations et examiner le moyen pour saisir la situation des mères et des enfants dans la région.

2) Analyse des éléments influençant sur le nombre de Consultation Prénatale et sur l'accouchement à formation sanitaire

(1) Arrière-plan et objectif

La différence entre le taux de CPN et le taux d'accouchement à l'établissement est signalée.

L'objectif est de savoir en prenant les femmes enceintes qui ont suivi la CPN dans le CSB de Boanary l'élément influençant sur le nombre d'épreuve d'examen prénatal et l'accouchement à la formation sanitaire.

(2) Objet et méthode

L'étude a été exécuté prenant comme objet le ressort de CSB-2 de Bonamary dans SSPFD Mahajanga II.

Les femmes enceintes qui ont suivi la CPN dans ce CSB pendant l'année 2005 ont été ciblées. L'étude a été menée en se fondant sur les Fiches de surveillance de la santé de la mère et du nouveau-né archivées dans les CSB.

Les articles suivants ont été étudiés, et l'analyse de variable simple a été effectuée en ce qui concerne les éléments influençant sur le nombre de CPN et l'accouchement à la formation sanitaire.

<Articles étudiés>

Domicile (fokontany), âge au moment de consultation initiale, état de mariage, niveau scolaire, nombre d'accouchement, existence ou non de risques (14 articles, dont les détails sont indiqués au Tableau 3.17 ci-dessous), nombre de CPN, la période où l'examen prénatal initial a été éprouvé, usage ou non de l'accouchement à la formation sanitaire

Tableau 3.17 14 risque examinés à la fiche de surveillance de la santé de la mère et du nouveau-né

1	Agée de moins de 18 ans ou plus de 35 ans
2	Premier accouchement à plus de 30 ans
3	Plus de cinq accouchements
4	Intervale de moins de deux ans depuis le dernier accouchement
5	Pelvis étroit ou asymétrique
6	Tension artérielle de plus de 14/8 cmHg
7	Diabète
8	Complications internes (gêne de la respiration, cyanose, asthme, insuffisance cardiaque, épilepsie, anémie)
9	Antécédent(s) d'opération(s) césarienne(s) ou d'opération(s) utérine(s)
10	Conception de jumeaux
11	Antécédent(s) d'accouchement d'enfant(s) à poids de naissance bas
12	Antécédent(s) de mortinaissance(s) ou de décès de nouveau-né
13	Antécédent(s) d'avortement
14	Habitude de fumer, boire d'alcool, abus de drogue

(3) Résultats

Caractéristique de celles qui ont éprouvé l'examen prénatal:

98 femmes enceintes en total ont suivi la CPN en 2005. L'analyse a été effectuée à l'égard des 95 parmi elles dont les documents sur les examens prénataux sont archivés. Leurs caractéristiques sont montrés au

Tableau 3.18.

Les domiciles de 1/3 d'eux ont été à Boanamary où se situait le CSB. Un quart d'eux était des jeunes âgées de moins de 18 ans, et la moitié était âgée de moins de 24 ans. 80% d'eux ont été marié. En ce qui concerne le niveau de scolarité, 23% étaient non scolarisées, et celles qui ont fini l'école secondaire n'occupaient que seulement un quart du total. Pour 23% d'elles, c'était leur première grossesse, mais en même temps, environ 10% étaient des femmes qui ont accouché 5 fois ou plus. Environ la moitié a été diagnostiqué sans risque, 1/3 avec une risque, et une seule femme avait été diagnostiqué de quatre risques dès la CPN. Le nombre de CPN était moins de trois fois pour la plupart, dont 60% ne suivaient qu'une fois et 29.5% éprouvaient deux fois. La période où elles ont éprouvé l'examen prénatal initial était après le cinquième mois de grossesse. D'autre part, les cas où la période de la première consultation est inconnu parce que la date de la dernière règle, la date d'accouchement prévue, ou le nombre de semaines de grossesse au moment de la consultation n'est pas inscrite occupaient 41%. Le taux d'accouchement à la formation sanitaire était de 21%.

Tableau 3.18 Caractéristiques des femmes qui ont éprouvé l'examen prénatal au CSB-2 de Boanamary en 2005

Elément	n	%	
Domicile (fokontany)	Boanamary	31	6,32
	Tsararivotra	11	11,6
	Amboanio	11	11,6
	Ambalatany-Befotaka	14	14,7
	Ambatomatama	15	15,8
	Maromiandra	1	1,1
	Morariva-Mandrosoa	10	10,5
	Autres (autres districts)	1	1,1
	n.a.	1	1,1
Age	Moins de 18 ans	25	26,3
	19-24 ans	27	28,4
	25-30 ans	21	22,1
	31 ans et plus	19	20,0
	n.a.	3	3,2
Etat de Mariage	Célibataire	13	13,7
	Mariée	76	80,0
	n.a.	6	6,3
Niveau de scolarité	Non scolarisée	22	23,2
	Ecole élémentaire	41	43,2
	Collège et plus haut	24	25,3
	n.a.	8	8,4
Expérience d'accouchement	Aucune	22	23,2
	1-4 fois	42	44,2
	5 fois et plus	12	12,6
	n.a.	19	20,0
Nombres de risques	Aucune	52	54,7
	1	31	32,6
	2	11	11,6
	4	1	1,1
Nombre de CPN	1 fois	57	60,0
	2 fois	28	29,5
	3 fois	6	6,3
	4 fois	4	4,2
	n.a.	1	1,1
Période de la CPN initiale	5 mois	4	4,2
	6 mois	11	11,6
	7 mois	8	8,4
	8 mois	14	14,7
	9 mois	7	7,4
	10 mois	12	12,6
	n.a.	39	41,1
Accouchement à la formation sanitaire	Oui	20	21,1
	Non	74	77,9
	n.a.	1	1,1

Facteurs influençant sur le nombre de CPN :

Les femmes ciblées sont catégorisées aux 3 groupe par le nombre de CPN, à savoir 1 fois, 2 fois et 3 fois et plus, et ont été examiné par l'essai chi-carré sur la relation avec les autres facteurs.

Tableau 3.19 Nombre de CPN par les femmes qui l'ont subi au moins une fois au CSB-2 de Boanamary en 2005, et les facteurs relatifs

Facteur	Nombres de CPN				Essai χ^2 (valeur p)	
	1 fois	2 fois	3-4 fois	Total		
Domicile	Boanamary	14 (45.2)	12 (38.7)	5 (16.1)	31 (100.0)	0.11
	Autres	43 (67.2)	16 (25.0)	5 (7.8)	64 (100.0)	
Age	Moins de 18 ans	16 (64.0)	6 (24.0)	3 (12.0)	25 (100.0)	0.90
	19-24 ans	15 (55.6)	9 (33.3)	3 (11.1)	27 (100.0)	
	25-30 ans	12 (57.1)	7 (33.3)	2 (9.5)	21 (100.0)	
	31 ans et plus	14 (73.7)	4 (21.1)	1 (5.3)	19 (100.0)	
Etat de Mariage	Célibataire	8 (61.5)	4 (30.8)	1 (7.7)	13 (100.0)	0.91
	Mariée	44 (57.9)	23 (30.3)	9 (11.8)	76 (100.0)	
Niveau de scolarité	Nonscolarisée	14 (63.6)	5 (22.7)	3 (13.6)	22 (100.0)	0.69
	Ecole élémentaire	26 (63.4)	12 (29.3)	3 (7.3)	41 (100.0)	
	Collège et plus haut	12 (50.0)	8 (33.3)	4 (16.7)	24 (100.0)	
Expérience d'accouchement	Aucune	13 (59.1)	6 (27.3)	3 (13.6)	22 (100.0)	0.70
	1-4 fois	28 (66.7)	11 (26.2)	3 (7.1)	42 (100.0)	
	5 fois et plus	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)	12 (100.0)	
Nombre de risques	Aucune	27 (51.9)	18 (34.6)	7 (13.5)	52 (100.0)	<0.05
	1	21 (67.7)	8 (25.8)	2 (6.5)	31 (100.0)	
	2-4	9 (75.0)	2 (16.7)	1 (8.6)	12 (100.0)	

Nous avons examiné sur la domicile en catégorisant à deux groupes, à connaître Boanamary dans laquelle le CSB est situé et autres fokontany. Les habitants de Boanamary semblaient avoir tendance de visiter le CSB plus souvent, mais cela ne s'agissait pas une statistique instructive.

Pas de différences ont été observées en ce qui concerne l'âge, l'état de mariage, le niveau de scolarité, le nombre d'accouchements .

Des différences instructives ont été observées sur le nombre de risques, mais une tendance apparente n'a pas été reconnu.

- Facteurs influençant l'accouchement à l'établissement

Les femmes ciblées sont catégorisées en deux groupes selon leur expérience ou non d'accouchement à la formation sanitaire, et ont été examiné en utilisant l'essai chi-carré en relation avec les autres facteurs.

Tableau 3.20 L'usage d'accouchement à l'établissement par les femmes qui ont éprouvé l'examen prénatal au CSB-2 de Boanamy en 2005 et les facteurs relatifs

Facteur	Accouchement à l'établissement			Essai x2 (valeur p)	
	Oui	non	Total		
Domicile	Boanamy	14 (45.2)	17 (54.8)	31 (100.0)	<0.01
	Autres	6 (9.5)	57 (90.5)	63 (100.0)	
Age	Moins de 18 ans	4 (16.0)	21 (84.0)	25 (100.0)	0.71
	19-24 ans	5 (18.5)	22 (81.5)	27 (100.0)	
	25-30 ans	6 (28.6)	15 (71.4)	21 (100.0)	
	31 ans et plus	3 (16.7)	15 (83.3)	18 (100.0)	
Etat de Mariage	Célibataire	2 (15.4)	11 (84.6)	13 (100.0)	0.62
	Mariée	16 (21.3)	59 (78.7)	75 (100.0)	
Niveau de scolarité	Nonscolarisée	2 (9.5)	19 (90.5)	21 (100.0)	0.16
	Ecole élémentaire	9 (22.0)	32 (78.1)	41 (100.0)	
	Collège et plus haut	8 (33.3)	16 (66.7)	24 (100.0)	
Expérience d'accouchement	Aucune	5 (22.7)	17 (77.3)	22 (100.0)	0.56
	1-4 fois	10 (23.8)	32 (76.2)	42 (100.0)	
	5 fois et plus	1 (9.1)	10 (90.9)	11 (100.0)	
Nombre de risques	Aucune	12 (23.1)	40 (76.9)	52 (100.0)	0.70
	1	7 (23.3)	23 (90.9)	30 (100.0)	
	2	1 (9.1)	10 (90.9)	11 (100.0)	
	4	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	
Nombre d'examen prénataux éprouvés	1 fois	8 (14.3)	48 (85.7)	56 (100.0)	<0.01
	2 fois	6 (21.4)	22 (78.6)	28 (100.0)	
	3-4 fois	6 (60.0)	4 (40.0)	10 (100.0)	

En ce qui concerne le domicile, une différence significative existait entre le Boanamy et les autres quartiers, et le taux d'accouchement à la formation sanitaire était particulièrement bas dans les quartiers détachés du CSB.

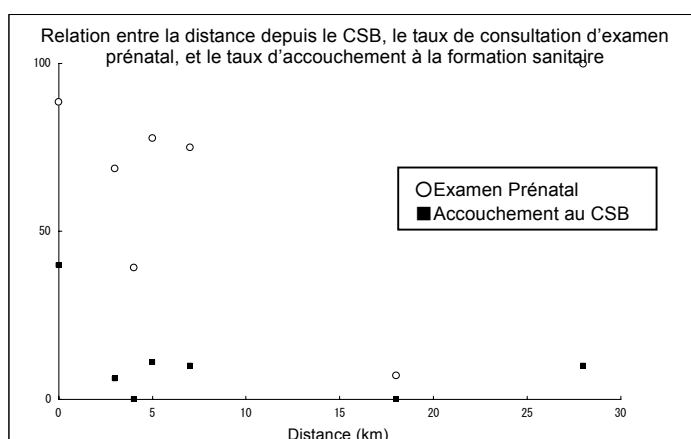
Pas de différences n'ont été observé en ce qui concerne l'âge, l'état de mariage, le niveau de scolarité, le nombre d'accouchements, ainsi que le nombre de risques.

L'accouchement à l'établissement augmentait au fur et à mesure que le nombre de la consultation prénatale augmentait. On peut considérer que ceci est un facteur confondant du domicile.

Nous avons signalé le taux de consultation prénatale et le taux d'accouchement à la formation sanitaire des sept fonkotany selon la distance depuis le CSB. Bien que le taux de consultation prénatale a généralement été haut, le taux d'accouchement à la formation sanitaire a été extrêmement bas excepté la Fokontany

Boanamary où le CSB se situe (distance: 0km). Or, concernant la Fokontany Amboanio qui se trouve à une distance de 4km, nous avons considéré que le taux de consultation prénatale tendait à être bas parce que la population estimée avait la possibilité d'être extrêmement différent comme on avait mentionné au 3.7.3.1). D'autre part, il n'y a presque aucun usage du CSB Boanamary à la Fokontany Mandrosoa qui se situe à une distance de 18km dû à l'existence d'une clinique gérée par une organisation non-gouvernementale.

Figure 3.6 Relation entre la distance entre le CSB et le domicile (fokontany), le taux de consultation d'examen prénatal et le taux d'accouchement à l'établissement parmi les femmes qui ont suivi la CPN au CSB-2 de Boanamary en 2005



(4) Discussion

Il a été montré que ni la CPN ni le service d'accouchement à la formation sanitaire avait de relation avec le facteur social (âge, état de mariage, et niveau de scolarité) et obstétrique (nombre d'accouchements, existence de risques) des usagers de la CPN.

D'autre part, le domicile s'est révélé à être un facteur qui exerce de grande influence sur l'usage des services. Particulièrement en ce qui concerne l'accouchement à la formation sanitaire, la plupart des usagers sont des femmes de la région où le CSB se situe, et la distance s'est révélée à être un facteur important pour l'accouchement.

La raison pour laquelle le taux d'accouchement à l'établissement est bas à Madagascar malgré le taux de consultation d'examen prénatal relativement élevé s'est révélée à être principalement l'accès à l'établissement. Il est facilement imaginable que l'accès physique à l'établissement est important pour les accouchés après que les douleurs d'accouchement se sont produits. Mais en même temps, l'augmentation des coûts d'accès par rapport à la distance et la sécurité pendant la nuit ont pu être considéré comme facteurs d'arrière-plan.

Comme les femmes sont relativement nombreuses à consulter l'examen prénatal en dépit du mauvais accès à la formation sanitaire dans les régions rurales malgaches, il faudrait non seulement garder les données de CPN dans le CSB seul, mais s'arranger pour que des divers informations soit communiquées adéquatement et utilisées par les assistants d'accouchements dans la région.

3) Différence régionale des taux et période d'exécution de vaccination infantile

(1) Arrière-plan et Objectif

L'étude dans le domaine de la santé infantile montre que le taux d'exécution d'inoculation préventaire diffère par la saison, et que le taux de couverture est élevé grâce à la campagne développée à la dernière moitié de l'exercice. L'objectif de cette étude est d'examiner l'influence que la distance depuis le CSB exerce sur le taux de vaccination, et l'existence de la relation avec le taux d'accouchement à l'établissement.

(2) Objet et méthode

L'étude a été pratiquée en faisant la juridiction de CSB-2 de Boanamary comme objet.

Tous les enfants qui ont subi les vaccinations dans ce CSB (et par équipe mobile) dans l'année 2005 ont fait objet. Les études ont été pratiquées d'après la carte infantile archivée dans le CSB.

Les articles suivantes ont été étudiés, et le taux de vaccination par fokontany et par âge en mois ont été examinés.

<Articles étudiés>

Domicile, l'expérience de l'injection des vaccins mentionnés ci-dessous et âge en mois au moment de l'injection

- BCG
- Polio (3 doses)
- DTC et Hepatis B (3 injections)
- Rougeole

(3) Résultat

183 cas ont reçu l'injection préventive en 2005. Parmi eux, comme il y avait un cas où le domicile était obscur et 2 cas où l'âge en mois n'était pas clair, ces cas ont été exemptés et l'examen a été effectué pour ces 180 cas ciblés.

Figure 3.7 Taux de couverture par mois des vaccinations dans la juridiction de CSB-2 de Boanamary (2005)

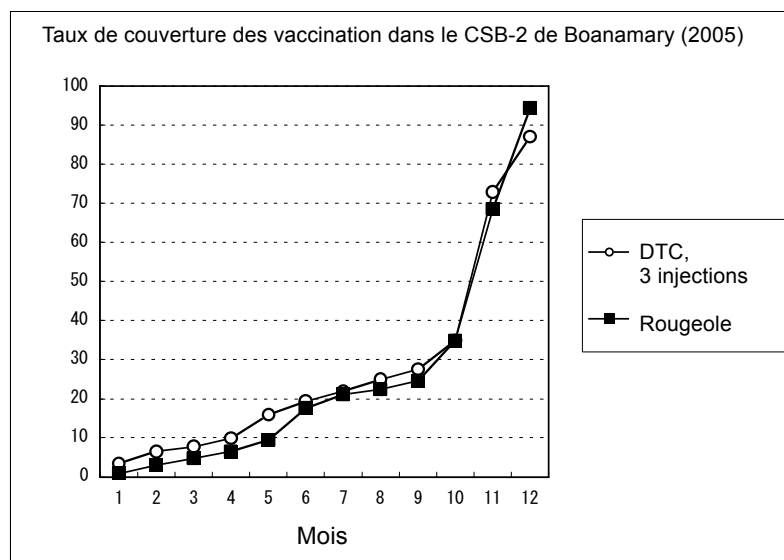


Figure 3.8 Taux de couverture de vaccination (BCG) dans la juridiction de CSB-2 de Boanary par fokontany et par âge en mois (2005)

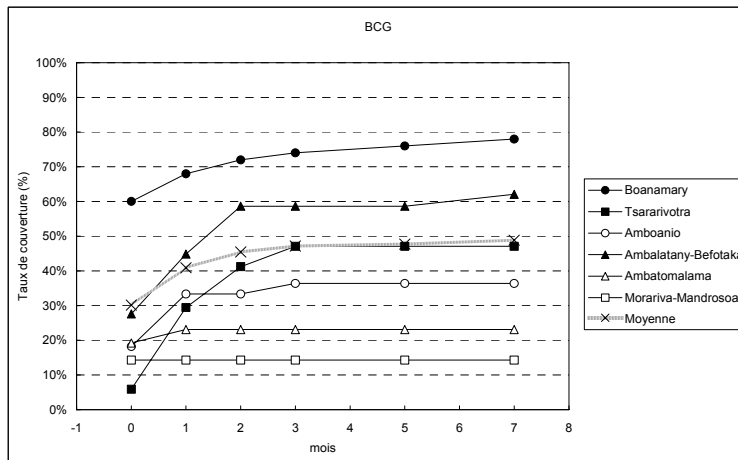


Figure 3.9 Taux de couverture de vaccination (DTC et Hepatis B) dans la juridiction de CSB-2 de Boanary par fokontany et par âge en mois (2005)

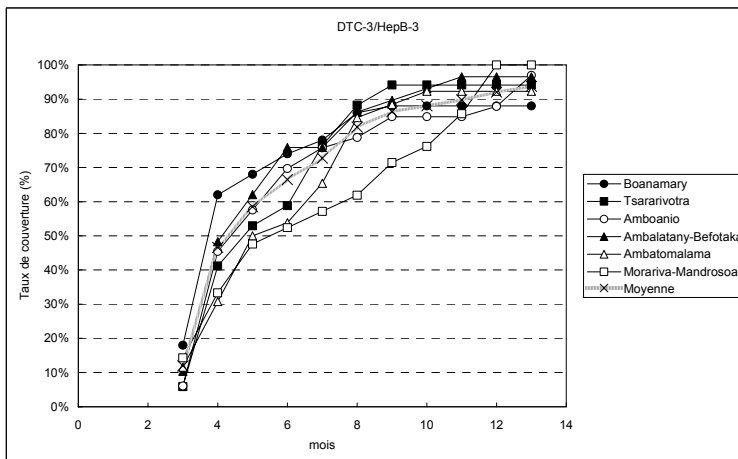
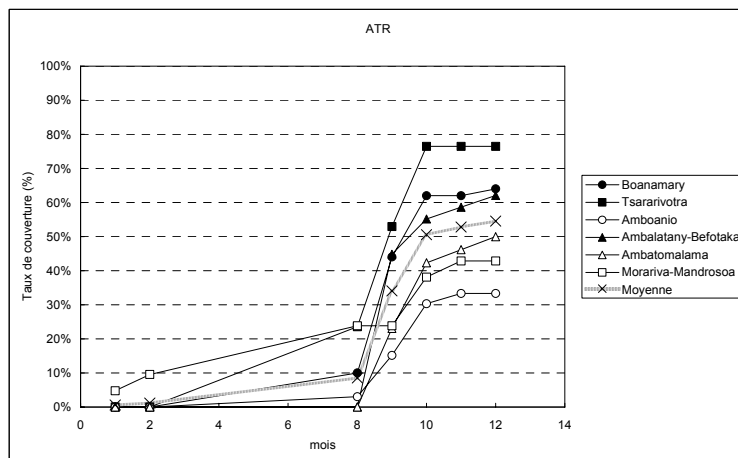


Figure 3.10 Taux de couverture de vaccination (Rougeole) dans la juridiction de CSB-2 de Boanary par fokontany et par âge en mois (2005)



(4) Discussion

Le DTC et la rougeole évoluait dans une situation où le taux de couverture était bas jusqu'en octobre 2005, mais a augmenté subitement en novembre et en décembre pour atteindre environ 90% à la fin de l'année. C'est parce qu'une campagne et des activités de déploiement ont été développées avec ardeur. Le problème supposé est que le taux de couverture des autres services habituels se baisse en novembre-décembre. En même temps la vulnérabilité des enfants à l'égard des affections qui sont capables d'être prévenues par la vaccination est révélée à être élevée dans la période avant novembre. L'exécution d'injection régulière, si possible, à un point fixe et par un service extensif est exigée pour l'injection opportune.

L'injection de BCG est essentiellement recommandée dès la naissance. Le taux d'accouchement à la formation sanitaire est relativement élevé à Boanamary, et en plus le taux d'injection est également maintenu élevé parce que la distance au CSB est courte. Le taux d'injection aux nouveau-nés est bas, par conséquent l'injection est supposée à être exécutée lors de visite ultérieure au CSB ou par un service extensif. Cependant, le taux bas d'injection à des enfants de l'âge de 0 mois ne s'améliore pas à Morariva-Mandrosoa ou à Ambatomalama, et la fréquence d'offre de service extensif de l'injection de BCG est apparemment extrêmement bas pour ces régions.

En ce qui concerne le DTC, le taux des enfants qui ont terminé les trois injections vers un an dépasse 90% dans presque toutes les régions. Seul le rattrapement de la région de Morariva-Mandrosoa était en retard, mais la campagne de la fin d'année semble avoir produit cet effet.

Le taux de couverture de l'injection de rougeole montre un modèle intermédiaire de BCG et de DTC. Autrement dit, bien que le taux d'injection après huit mois augmente dans tous les régions, la croissance dans les régions où le taux d'injection était bas à l'âge de huit à neuf mois est insatisfaisant. Le taux d'injection se rapporte essentiellement à la distance depuis le CSB, et plus la distance s'éloigne, plus la valeur se baisse. En conséquence, l'injection à point fixe par le CSB et l'injection de service extensif sont tous les deux supposés à être offerts en tant que le moyen d'injection, mais l'offre de vaccin par le service extensif devrait être instable.

De ces faits, les mesures prioritaires sont supposées à être que la vaccination nécessaire dès la naissance telle que BCG est gérée et pratiquée par les assistants d'accouchements autre que le CSB, et que l'injection opportune est propulsée par la pratique de l'injection régulière au point fixe et par service extensif.

3.8 Etude de l'état concernant la grossesse, l'accouchement et les soins infantiles

3.8.1 Objectif

Connaître l'action de contre-mesure relative à l'accouchement (grossesse, accouchement, soins aux nouveaux-nés) des femmes, et éclaircir le mécanisme existant d'aide par soi-même, d'entraide et d'aide publique.

3.8.2 Méthode

Une entrevue par visite individuelle a été pratiqué envers les femmes dans la juridiction de CSB-2 de Miadana qui ont un(des) enfant(s) de moins de 1 ans.

3.8.3 Pratique d'étude

1) Méthode de choix de fokontany

Chaque CSB est compétent de plusieurs fokontany (villages) et nous avons choisi les fokontanys de Boanamaray et Ambinio qui sont de la juridiction de CSB Boanamaray et la Fokontany de Miadana dans la juridiction du CSB Miadana.

167 exemplaires enregistrés dans le registre de naissance archivé dans l'office de la commune de Boanamaray en 2005 ont été tous extraits suivant la fokontany, et les fokontanys de Boanamaray et d'Amboanio dont les enregistrements sont nombreux font le cible de l'étude.

2) Méthode de choix des femmes

CSB de Boanamaray: La mère des enfants nés entre mars et août 2005 qui sont enregistré à Boanamaray ou à Amboanio et qui sont choisis dans l'ordre inverse de la date de naissance.

CSB de Miadana : Le chef de fokontany a choisi les femmes ciblées parmi et hors les membres des associations des femmes. Les femmes qui ont accouché les jumeaux sont demandé de notre côté.

3) Limite de la méthode de choix

CSB de Boanamaray : Comme l'enregistrement de naissance peuvent être effectué dans la commune de naissance, il peut arriver que des cas où la naissance a été effectué dans d'autres communes ne soient pas inclus. Certains pensent qu'une lacune d'enregistrement ne peut presque pas y avoir parce que l'enregistrement de naissance se rapporte à l'acquisition de la carte d'identité ou à l'entrée à l'école. De nombreux habitants semblent connaître l'enregistrement de naissance qui était auparavant payante mais est devenu gratuit par les campagnes de promotion d'enregistrement à la télévision et sur la radio.

CSB de Miadana : C'est une région où des groupes de femmes travaillent énergiquement. Nous avons demandé d'inclure les femmes qui appartiennent à ces groupes ainsi que les femmes qui n'y appartiennent pas, et c'est le chef de Fokontany qui a fait le choix.

3.8.4 Période d'étude

Boanamaray (Mahajanga II)	30-31 mars 2006
Miadana (Marovoay)	3 et 5 avril 2006

3.8.5 Arrière-plan des régions ciblées

1) CSB-2 de Boanamary

- Mahajanga II (Population estimée: 52.696 (INSTAT)). Le nombre de CSB dans le Mahajanga II est 6 CSB-2 et 5 CSB-1.
- Il y a sept fokontany, et la population reconnue par le CSB est 7179. Le nombre estimé d'accouchement est 107, le nombre d'enregistrement de naissance à la commune est 78 (73,2%), dont l'enregistrement d'accouchement à l'établissement est 32 (30,0%) en 2005.
- Les résidences des médecins sont dans la même localité. L'office de la commune se trouve à proximité, et des coopérations existent à savoir les médecins notifier quand tous les médecins seront absents.
- L'électricité marche 24 heures par jour. Pas d'installation d'eau, mais les toilettes sont équipées.
- La désinfection d'équipements est faite par ébullition.
- Pas de stock d'oxytocine et d'ergoméline. La vitamine K est utilisée pour la prévention de hémorragie.
- Une aide sanitaire appelée "sage-femme" est affectée. Elle travaille depuis avril 1999. Elle assiste avec l'accouchement mais ne connaît pas utiliser le partogramme. Deux femmes puerpérales étaient hospitalisées lors de notre visite. Elles ont chacune subi l'accouchement à 23 heures et à deux heures de la nuit auparavant dans le CSB. Le domicile d'assistant des soins est dans le voisinage du CSB. Elle pratique la CPN. Elle distribue le carnet de SME. Elle travaille à l'appel pendant la nuit par relais avec le médecin.
- La commission de santé présente un rapport toutes les semaines. Il y a 2 membres dans la commune.
- Personnels de CSB (médecins, assistant des soins, Fagecom, pharmaciens, comptables, directeur de la pharmacie, gardiens)
- Les médecins visitent les fokontany au moins une fois par mois.

2) Quartier de Boanamary

- Le moyen de transport de Mahajanga est TaxiBrousse (2.000 Ar).
- Les collègues n'existent pas dans le quartier, et les enfants vont aux collègues de Mahajanga.
- Somaqua(vivier à langoustine : filiale indirecte de Maruha) se trouve dans ce quartier, et le médecin travaille dans cette société. Somaqua est affilié à la société mutuelle d'entreprises, et par conséquent les employés et sa famille peuvent consulter gratuitement les hôpitaux affiliés.
- Sanca (usine de ciment) se trouvait jadis à Ambonio et un médecin ainsi qu'une sage-femme travaillaient dans l'entreprise, mais l'usine a été fermée en 2003. Le médecin offre encore des services personnellement. La sage-femme également offrait personnellement service autrefois, mais a déplacé pour crainte d'amende demandé par la police.
- L'usine de ciment a offert un générateur d'électricité qui est maintenant géré par les habitants. Il y a un système suivant lequel les habitants paient le frais d'usage selon les produits électriques qu'ils

possèdent. L'électricité est fournie trois heures par jour.

- Des antennes pour des téléphones portables existent (Madacom, Orange)
- Beaucoup de maisons cultivaient du maïs, du cassava et de divers légumes en tant que potagers.

3) CSB-2 Miadana

- Appartient à Maravoay (population estimée: 140.485 (INSTAT)). Le nombre de CSB dans Mahajanga II est 8 CSB-2 et 8 CSB-1.
- Est compétent de 3 fokontany (2005), et la population que le CSB reconnaît est 2801 ²⁸.
- Le nombre estimé d'accouchement de 2005 est 127, parmi lesquels l'accouchement à l'établissement était 76 (59,8%).
- Les résidences des médecins se situent à deux ou trois minutes du CSB.
- Pas d'électricité pendant la nuit. Il n'y a pas d'installation d'eau dans le CSB, mais il y a une puits juste derrière le bâtiment. Les toilettes sont équipées.
- Personnels du CSB (médecins, assistants des soins, pharmaciens, ???)
- Il y a des nids de chauve-souris dans la salle d'accouchement et dans la salle d'hospitalisation, et ils puent.
- Des seringues utilisées sont éparpillées dans la salle de consultation des médecins.

4) Quartier de Miadana

- Peut cultiver du riz
- Les associations de femmes soutiennent la production des tapis des feuilles de cocotiers dans la saison sèche.
 - Fikanbanan'ny Vehivavy Miara-Mieufana
 - Miray hina (Getting together)
 - TIAKO (Madagascar Women Association)
- Il n'y a pas de moyens de transports communs, et l'accès à la route nationale est principalement faite par des chars à bœuf. Les routes sont morcelées dans les saisons des pluies.

²⁸ «Nombre et taux de naissance par région dans le CSM Miadana », 2005. Source de données : Registre d'état civil de fokontany de Miadana, carte de grossesse de CSB de Miadana, le nombre estimé d'accouchement est calculé à 4,5% de la population.

3.8.6 Résultat

1) Arrière-plan sociale

Tableau 3.21 Caractère des personnes ciblées de l'étude d'état de grossesse, accouchement et des soins d'enfants dans les ressorts de CSB-2 de Boanamary et de Miadana

Nom du CSB		Boanamary		Miadana
Nom de Fokontany		Ambonio	Boanamary	Miadana
Nombre des personnes ciblées		5	5	6
Age		23-25	17-34	23-38
Nombre des non-alphabétisés		1	0	1
Années d'éducation (ans)		0-9	4-7	2-5
Ressources de revenus (Profession principale)	Société	3	0	0
	Pêche	1	3	0
	Agriculture	0	0	1
	Vente en détail	0	0	1(fermes qui ont un travail d'appoint)
	Travail d'appoint	0	0	3(parmi lesquelles fermes qui ont deux travaux d'appoint)
Sans travail		1	2	0
Non-mariés, séparation		0	1	2
Expérience d'accouchement (fois)		3-6	3-5	1-9
Enfants vivants		1-6	1-5	1-9
Age en mois de l'enfant le plus jeune		7-11 mois	9-12 mois	4-11 mois
Accouchement				
Lieu d'accouchement	Domicile	5	2(chez la sage-femme)	5(1 chez sa belle-mère)
	CSB	0	3	0
	CHUM	0	0	1
Assistant d'accouchement	Sage-femme de CSB	0	3	5
	Sage-femme (personnelle)	4	2	0
	Médecin	1	0	1
Lieu souhaité pour le prochain accouchement	Domicile	1	0	1
	CSB	2	4	2
	Hôpital	1	1	1
	Pas d'accouchement ultérieur	1	0	1
	Domicile ou CSB selon le cas	0	0	1
Moyen d'accouchement	Accouchement normal	5	5	5
	Opération césarienne	0	0	1

2) Résultat d'entrevue

Nous avons classifié les réponses dans la limite du possible. Les résultats de l'audition sont mentionnés à l'annexe 4.

(1) Anxiété pendant la grossesse et soutien par la famille

La vie habituelle est en situation grave, où « il n'y a pas d'argent pour acheter à manger. » Comme la vie est habituellement sévère, beaucoup d'anxiété ont été entendu en ce qui concerne la charge financière produit par l'événement, c'est-à-dire l'accouchement. D'autres problèmes qui ont été rapporté en tant qu'opinions minoritaires, ce qui a inclu une manque de confiance en les assistants d'accouchement, anxiété de condition physique, et trouble entre les époux.

Presque tous craignaient les frais d'accouchement dès la grossesse, et se préparaient convenablement. Les

ressources financières réelles provenait majoritairement du mari, mais beaucoup ont répondu qu'elles épargnaient elles-même. De plus, à Miadana où des associations de femmes mènent des activités énergétiquement et quand elles ne peuvent pas espérer le revenu de son mari, des cas ont été observés où les femmes se préparaient pour l'accouchement en produisant un tapis de cocotier pendant la grossesse. L'indépendance économique des femmes semblaient être élevée dans les régions ciblées de l'étude.

Seule trois femmes ont répondu qu'elles étaient aidées pendant la grossesse, et le contenu d'aide est l'assistance aux ménages. Presque toutes les femmes passent leur vie quotidienne sans être aidées pendant la grossesse.

(2) Choix de lieu et d'assistant d'accouchement et sa raison

Les mères elles-même choisissent activement le lieu qu'il soit leur domicile ou la formation sanitaire. Les raisons pour leur choix que les femmes ont expliqué sont qu'elles voulaient un lieu où la famille pourrait être auprès, où elles ne nécessitent pas le déplacement, où il y a de l'eau et un niveau sanitaire satisfaisant, et où le frais d'assistance après la naissance ne soit pas si lourd, et elles l'ont réalisé. Les raisons de choix d'assistant sont qu'elle habite dans le même village et qu'elle est qualifiée d'un titre confiant, et qu'elle a assisté la répondante au dernier accouchement. Les femmes choisissent une assistante qualifiée mais si n'en existe pas, il y a des cas où elles ont choisi un médecin masculin qui habite dans le quartier plutôt qu'un CSB éloignée où une sage-femme. Les femmes désirent l'assistant qualifié qui habite le plus près de chez elles, nonobstant si c'est une formation sanitaire publique ou une clinique privée. Les femmes ont l'intention de choisir l'établissement médical si des anomalies se trouvent, mais la faisabilité est obscure. Elles pensent que des charges financières légères seront meilleures, mais elles choisissent en effet les sages-femmes les plus proches même les frais sont supérieurs.

Selon l'audition des intéressées, il y avait des cas où les sages-femmes de CSB traitaient activement l'accouchement à domicile et des cas où ses travaux quotidiens sont si énormes qu'elles ne peuvent pas traiter l'accouchement à domicile malgré sa volonté. Les deux affirment l'accouchement à domicile, mais il y avait des cas où l'accouchement à domicile a été remplacé par l'accouchement à la formation sanitaire dû à un document officiel présenté au CSB. Il semblait en effet impossible pour les CSB de saisir tous les accouchements. Ce sont effectivement les AT et les médecins ou sages-femmes privés qui se chargent de l'assistance d'accouchement dans la région. Malgré une telle situation, on a pu sentir l'ambiance où les CSB se sentaient supérieurs aux personnes qui travaillent en tant qu'assistants d'accouchement dans la région, ou les excluaient plutôt que de coopérer avec eux.

(3) Lieu qu'elles désirent pour le prochain accouchement et les raisons

Les réponses sur les lieux désirés semblent refléter la situation actuelle d'offre de service dans la région. Une sage-femme assiste l'accouchement au CSB de Boanamary. Une sage-femme traitait des accouchements personnellement auparavant, mais elle s'est déplacée. Les accouchements dans la région ou des sages-femmes privées se trouvaient étaient presque tous assistés par ces sages-femmes (le taux d'accouchement à la formation sanitaire est 0% d'après l'enregistrement de naissance de la commune). Cependant, on ne sait pas quoi faire si ces sages-femmes se déménagent. Sept parmi dix ont répondu qu'elles voulaient l'accouchement à la formation sanitaire à Boanamary (parmi les trois autres, une voulait

l'accouchement à domicile, une a déjà extirpé l'ensemble de l'utérus, et une n'a pas répondu). D'autre part, les sages-femmes assistent l'accouchement à domicile au CSB de Miadana. Parmi les quatre femmes qui ont accouché chez elles à Miadana, une a répondu qu'elle voulait également accoucher chez elle la prochaine fois, deux ont répondu chez elles ou au CSB, et une au CSB. Les deux femmes qui ont répondu qu'elles voulaient accoucher à domicile ou au CSB ont ajouté les conditions "si j'avais le temps d'arriver au CSB", "si les aides après l'accouchement pouvaient venir au CSB". Elles disent qu'elles choisiraient l'accouchement à domicile si ces conditions n'étaient pas satisfaites.

La reconnaissance qu'aller à la formation sanitaire serait rassurant se propage généralement, mais elles semblent penser qu'aller au CSB pour accouchement est impossible en l'état actuelle.

(4) CPN et vaccination antitétanique

Les femmes consultaient principalement les personnes qui sont supposées à assister l'accouchement. Exceptions étaient les cas où la manque d'assistant a obligé la recherche précipitée d'autre assistant, et le cas d'une femme d'Ambonio supposée d'être assistée par une sage-femme privée dans l'accouchement à domicile qui a donné la CPN gratuitement dans l'hôpital affilié d'entreprise (SMIM). Nous n'avons pas pu en confirmer en l'entrevue, mais elle devrait parallèlement consulter la sage-femme puisqu'elles sont habitants du même village. La conscience des femmes envers la CPN semble être élevée.

Tous les intimés ont éprouvé la vaccination antitétanique dans une formation sanitaire médical. Ils vont à la formation sanitaire si c'est l'injection préventive qu'ils peuvent aller à la formation sanitaire à sa convenance.

Le carnet de grossesse n'est distribué que dans les formations sanitaires publiques. L'exploitation efficace du carnet peut être espérée en réfléchissant au niveau élevé de reconnaissance par les femmes. La révision de contenu du carnet, de la reprise avec le cahier, du moyen de distribution devrait être utile.

(5) Soins d'assistance d'accouchement

Une tendance visant à terminer l'accouchement rapidement a été senti. En plus, du point de vue de médecine fondée sur le niveau de preuve, des interventions médicales possiblement inutiles, incluant d'injection juste avant l'accouchement, sont observées, une situation qu'ils cherchent à améliorer. D'autre part, un assistant observe continuellement les douleurs d'accouchements et des soins dont seules les sages-mères peuvent fournir sont pratiqués. Selon le concept de médecine fondée sur le niveau de preuve, l'offre de soins continues par un assistant lors de l'accouchement peut exercer des influences favorables à la mère et l'enfant après la naissance. Il serait possible d'affirmer activement ces qualités et d'aborder à l'amélioration de la qualité des soins.

Il faudrait le fournisseur-même réviser les soins d'accouchement normal fondée sur le niveau de preuve et intensifier ce qui est bien, et chercher le moyen d'amélioration quand il est nécessaire.

(6) Impressions d'accouchement

Le niveau de satisfaction des accouchements à domicile est élevé, et ils sont considéré sûrs. Les éléments de la satisfaction mentionnés sont que les femmes peuvent être avec leurs familles, qu'elles n'ont pas besoin de se déplacer, et qu'il y a de l'eau. Autrement dit, le niveau de satisfaction augmente quand la réalité coïncide à l'accouchement désiré. D'autre part, des réactions qu'il n'y a rien de spécial à l'accouchement à

domicile à savoir l'opinion que "l'accouchement à domicile est normal » se sont entrevues. L'accouchement à domicile est normal, et c'est le champs qu'elles peuvent contrôler. C'est peut-être pourquoi elles sentent la sûreté. Impressions d'accouchement à la formation sanitaire sont "c'était bien parce que les complications ne se produisaient pas" et "les personnels étaient amicaux et assistaient à l'accouchement". L'accouchement à l'établissement est hors de son contrôle et les femmes doivent nécessairement être passives. Nous avons eu l'impression qu'elles sentaient rassurées pour le fait que rien ne s'est produit à la situation inconnue dans laquelle elle s'est plongé résolument.

(7) Frais d'accouchement

Les frais d'accouchement à domicile étaient plus élevés que ceux de l'accouchement à domicile. De même, le prix pour les sages-femmes privées était plus élevé que le prix pour les médecins privés. Le prix pour les sages-femmes comprends souvent le prix d'injection, et c'est ce prix qui est ajouté. Le paiement est négociable pour l'accouchement à domicile, mais pour le cas d'accouchement à l'établissement, il faut payer quand les femmes quittent l'hôpital.

(8) Aide après la naissance

L'aide après la naissance était offert à toutes par leur famille ou leur parent. Comme exprimé par le mot Nanmpifina ou Rom-Patsa, l'aide des ménages ou les cadeaux après la naissance sont des coutumes. Une garantie d'aide après la naissance est l'élément principal d'un choix de lieu d'accouchement. Comme les répondants ont exprimé que « la vie est si sévère pour tout le monde que maintenir sa vie est le maximum que l'on peut faire » dans la réponse concernant la vie quotidienne, la circonstance de village laisse imaginer une situation où seulement garantir sa nourriture de jour est difficile. Dans une vie quotidienne aussi sévère, la famille ou les parents fournissent des aides après la naissance. Une femme qui a demeuré deux jours à l'hôpital après l'accouchement normal habitait dans le même village que le CSB, et sa sœur l'aidait à puiser de l'eau. Comme le CSB ne réserve presque pas d'eau, accoucher au CSB et rester 3 jours après l'accouchement serait difficile s'il n'y a pas quelqu'un qui aide à puiser d'eau.

(9) Mécanisme d'auto-aide, d'entraide et d'aide publique

Auto-aide :

Nous avons inclu la confiance en soi et l'anxiété envers la grossesse, l'accouchement et la couche, la décision d'aller à la CPN, la détermination du lieu d'accouchement, la préparation de l'argent et de transport, et le niveau de satisfaction pour l'accouchement pour examiner l'auto-aide.

Les femmes elles-mêmes ont le droit de décider, elles réfléchissent et prennent des actions par elles-mêmes. Celles qui sentaient anxiété à la production d'un événement quelconque lors de l'accouchement éprouvaient la CPN à la formation sanitaire et le lieu d'accouchement était son domicile.

En ce qui concerne la préparation du frais d'accouchement, presque tous les couples se préparent dès la grossesse. Dans le village où l'association des femmes soutiennent le revenu, il y a des femmes qui ont produit des tapis de cocotier pour garantir le frais d'accouchement. Comme ce cas, les femmes préparent elles-même le frais.

Entraide :

Nous avons inclu l'existence et l'identification d'une organisation et l'existence de personne dans la région

que la femme peut compter sur lors de grossesse, accouchement et la couche pour examiner l'entraide. Huit ont répondu personne, trois ont répondu les parent et les frères ou sœurs, une le mari, une la grand-mère, et trois n'ont pas répondu à la question d'en qui elle fiait dans la vie quotidienne. La seule organisation citée était l'Eglise national de Bethléem. L'organisation provisait le transport et le soutien financière des décédés. La vie quotidienne était différent en notre imagination de ce que la famille et les parents s'entraidaient. Les familles et les parents vivaient en proximité et il y a des communications entre eux, mais ils semblent penser fortement que ce sont les époux qui doivent gagner l'argent. Trois femmes ont répondu qu'elles avaient reçu l'aide de ménage ou financière pendant la grossesse, mais presque toutes les femmes passaient la vie comme toujours. Comme une femme disait, « on ne peut pas compter sur quelqu'un parce que tous le monde a des difficultés ». D'autre part, nous avons vu une scène où les femmes enceintes venaient ensemble quand elles visitait un CSB d'une autre village pour la CPN. Une entraide parmi les amis (femmes enceintes) était observée. C'est la famille qui va chercher la sage-femme au cas d'accouchement à domicile. En outre, au cas où la femme et l'enfant étaient transportés à l'hôpital, la famille négociait avec l'église du village pour emprunter le véhicule de transport.

Il y avait des cas où elles empruntaient de sa famille les frais d'accouchement, ou des cas où des mesures de remède des démunis ont été pris par PhaGeCom suivant la reconnaissance en tant que démunis. D'autre part, un système d'aide financière existe où une association religieuse offre des argents comme cadeaux de naissance.

Toutes les femmes reçoivent des aides ménagers par la famille après l'accouchement. Comme il y a des termes malgaches, l'aide après l'accouchement est une "coutume" pour les peuples. Les aides par la famille après l'accouchement est indispensable.

Garantir l'aide après l'accouchement et pouvoir passer la vie comme toujours est vitale pour la famille qui passe leur vie en craignant de la nourriture de tous les jours. Autrement dit, elles n'ont pas de marge pour passer calmement dans la formation sanitaire après l'accouchement. Le désir ou la nécessité de continuer la vie quotidienne semblait être l'élément décisif du choix d'accouchement à domicile.

La relation coopérative de AT et CSB est l'entraide des fournisseurs de service. La AT assiste l'accouchement quand le médecins ou les sages-femmes sont absents dans le CSB. En outre, la AT demande l'autorisation au CSB quand elle assiste l'accouchement.

Les sages-femmes offraient des services personnellement mais se déplaçaient de peur de réclamation des amendes de la police. Les sentiments envers les AT du village sont mauvais, avec les femmes qui repondent que l'usage des AT n'est pas bon et qu'il faut utiliser le CSB.

Aide publique :

Les CSB dans la région ciblée accomplissaient la fonction de l'offre de service des soins et de santé. D'autre part à Miadana, les villageois soutenaient les médecins par le moyen de présenter à des organisations supérieurs une pétition pour assurer des médecins au CSB avec le chef de fokontany venant en tête, ou de fournir des habitats ou des nourritures (entraide). L'enregistrement dans l'unité administrative de fokontany ou de commune sont bien gérés, et comprend bien la région. Il y a une certaine relation entre fokontany et commune et le CSB, et une attitude de coopération positive se sentait.

Le chef de fokontany cherche à l'approbation de AT à Miadana. La raison est que les villageois désirent l'approbation de AT et qu'il pense que la AT est nécessaire pour sauver les peuples dans le fokontany.

Il y a des femmes qui ont utilisé la FANOME en rélaité, et elles sont soutenues.

Des soutiens de revenu par les association des femmes existent dans Miadana, et les femmes prennent part à la subsistance de la famille. Des soutiens sont offerts par l'église et d'autres associations religieuses.

Des entreprises non seulement créaient l'emploi mais également fournissaient des soins d'assistance sociale aux régions où ils se trouvaient, et étaient devenus de grandes mérites pour le peuple.

3.8.7 Discussion

Les accouchements ont été presque tous effectués à domicile et assisté par les sages-femmes qui habitent dans les voisinages (CSB ou privées). Les femmes choisissaient l'assistant qualifiée qui habite le plus près, bien que ça soit publique ou privée. Les femmes s'engagent activement dans le procès de choix de lieu d'accouchement. Le lieu d'accouchement que les femmes désirent est une place où la famille puisse être auprès, qui ne nécessite pas de déplacement, qui réserve de l'eau et en même temps est hygiénique, et où l'aide après l'accouchement ne soit pas si chargé. Elles choisissaient de tels lieux. Elles répondaient « parce que je veux être avec ma famille », ou « la sage-femme habite ici longtemps et je peux lui donner confiance ». Elles avaient de grosse anxiété économique pendant la grossesse et elles s'y préparent par l'effort d'auto-aide dans la plupart des cas. Les associations des femmes, l'assurance de santé des sociétés et le FANOME prennent part aux soutiens financiers.

Les femmes visitent le CSB pour la CPN, et toutes les femmes enceintes ciblées ont éprouvé la vaccination antitétanique aux formations sanitaires, et a été révélé le fait que les femmes sont capables d'aller à l'établissement pour des visites prédéfinies.

Celles supposées à assister l'accouchement ont presque tous pratiqué continuellement la CPN.

Les sages-femmes privées ou les AT ne possédaient pas le carnet de grossesse, et ont de seuil pour donner d'information aux femmes enceintes.

Les accouchements assistés par les sages-femmes privées ou par les AT sont déviés du système d'information de santé.

Des interventions inutiles du genre d'injection juste avant l'accouchement ont été pratiquées en tant que soins d'accouchement au point de vue de médecine fondée sur le niveau de preuve..

Le niveau de satisfaction pour l'accouchement à domicile est élevé, et il y avait des femmes qui disaient « C'était vraiment sans risques ».

Le frais d'accouchement à domicile était plus élevé que celui d'accouchement à la formation sanitaire, mais le moyen de paiement était négociable. L'accouchement à domicile ne nécessitait pas de paiement d'autres frais, tels que le frais de transport, le frais de séjours à l'établissement, et rémunération pour le séjour si le séjour a été effectuée pendant la grossesse.

Toutes les femmes reçoivent l'aide des familles après l'accouchement. L'aide après l'accouchement est considéré comme un « coûtume » tel que le mot malgache existe. Le soutien familial après l'accouchement était indispensable.

La AT et le CSB ont une relation de coopération. Les AT assistent avec l'accouchement quand les médecins ou les sages-femmes sont absent dans le CSB. Il y avait certains villages où le chef cherchait à l'approbation de AT car leur existence est indispensable pour le village.

D'autre part, une tendance à exclure les AT ou les sages-femmes privées existaient.

Les accoucheuses qualifiées des formations sanitaires publiques ne sont pas capable de soigner tous les accouchement par eux-memes.

3.8.8 Conclusion

La région ciblée de l'étude est une région où l'accès aux services médicaux, tel qui est typique des pays en voie de développement, est géographiquement et économiquement extrêmement difficile. Saisir comment les femmes prenaient des mesures contre la grossesse et l'accouchement était une étape extrêmement importante pour projeter une intervention adaptée à la réalité. Il faudrait regarder de face le fait que l'accouchement à domicile assisté par les sages-femmes de voisinages sont les plus nombreux, et élaborer des programmes d'intervention en se fondant sur ces faits. D'autre part, il faut bien essayer d'exploiter le maximum des qualités d'auto-aide, d'entraide et d'aide publique et réfléchir avec les peuples les points à améliorer.

L'efficacité de soins continuels depuis la grossesse jusqu'à la couche offerts par un fournisseur de soin particulier est scientifiquement solide et évidente. L'existence de sages-femmes qui vit dans le même village rendait possibles les soins continuels depuis la grossesse et l'accouchement jusqu'à la vaccination aux enfants dans cette région. Presque toutes les femmes ciblées semblent penser que la grossesse et l'accouchement n'est pas un événement spécial mais une partie de vie continue. Cette idée est également un élément important pour rassurer, et ne pourrait-on pas la considérer comme un aspect de soins continuels?

4 Atelier pour la formation du concept du projet de coopération technique

4.1 Objectifs de l'atelier

L'objectif d'ensemble choisi était que « Les participants à l'atelier discuteront et partageront les concepts et directions de la future coopération technique bilatérale entre les gouvernements Malagasy et Japonais sur la Santé Maternelle et Infantile ». Nous avons établi les quatre éléments suivants en tant qu'objectifs individuels.

- Chaque participant essaie d'exprimer ses propres préoccupations sur la Santé Maternelle et Infantile.
- Chaque participant essaie de réfléchir et exprimer comment il va (va pouvoir) contribuer à la Santé Maternelle et Infantile à Madagascar.
- Les participants essaient de communiquer à chacun d'entre eux, leurs préoccupations et leurs (ou nos) éventuelles contributions.
- Chaque participant essaie de réfléchir et communiquer quel serait l'objectif possible à atteindre à travers le projet futur entre Malagasy et Japonais, ensemble avec d'autres partenaires au développement

4.2 Aperçu de l'atelier

L'atelier a été organisé pendant deux jours, les 11 et 12 avril, à Mahajanga.

Les participants de la partie malgache étaient le MINSAN-PF ; la DRSPF de la région de Boeny, province de Mahajanga ; le CHUM ; ainsi que le SSPFD Mahajanga I et le SSPFD Mahajanga II de la province de Mahajanga. Nous avons aussi obtenu la participation de la GTZ et de l'IRCOD, principaux partenaires du développement. Concernant la partie japonaise, le siège de la JICA, son bureau de Madagascar et les experts de coopération technique ont participé. Le document annexe 3 indique la liste des participants.

4.3 Présentation des orientations de la coopération japonaise

Au début de l'atelier, M. USUI, du département du développement humain de la JICA, a présenté les points sur lesquels le Japon souhaiterait mettre l'accent pour la mise en œuvre de la coopération technique dans le domaine de la santé maternelle et infantile à Madagascar. En voici un aperçu :

- (1) Nous souhaiterions créer un modèle d'amélioration de la santé maternelle et infantile à Madagascar, en mettant à profit les fonctions des installations du « plan d'aménagement du Complexe Mère et Enfant de la province de Mahajanga » dans le cadre de la coopération financière non remboursable, ainsi que la pratique des « soins continus », qui jusqu'ici a été le thème des « Formations sur la santé de la mère et de l'enfant pour les pays francophones ».
- (2) Garder à l'esprit une coopération qui contribue à la lutte contre les inégalités et aux mesures pour les démunis, car on peut penser qu'un grand nombre de décès maternels et infantiles se produisent dans les régions où l'accès géographique et économique aux formations sanitaires est difficile.
- (3) De la sorte, se focaliser sur les démunis et mettre en œuvre l'aide au niveau des communautés correspond aussi au concept de « garantie de la sécurité humaine » que la JICA met en avant.

4.4 Thème 1 : ce que doivent être les services de santé maternelle et infantile

4.4.1 Contexte de l'établissement des thèmes, et réalités

Les services médicaux et de santé ne doivent pas seulement être offerts, il est indispensable que les habitants puissent y accéder et les utiliser. Afin de réfléchir à ces services, nous avons choisi comme thème : « Comment puis-je (pouvons-nous) offrir des services de santé maternelle et infantile pour les habitants des régions souhaitent les utiliser ? » Simultanément, vis-à-vis des partenaires du développement et de la partie japonaise, nous avons choisi : « Quel soutien est possible pour que les Malgaches offrent des services de santé maternelle et infantile pour les habitants des régions souhaitent les utiliser ? »

Nous avons d'abord distribué des Post-it (cartes) de grand format à tous les participants, et chacun a écrit ses réflexions concernant les thèmes précités. Ensuite nous avons divisé les participants en quatre groupes, et partagé les contenus écrits individuellement. La partie malgache a constitué trois groupes : « MINSAN-PF », « DRSPF + SSPFD » et « CHUM » ; et nous avons constitué un groupe avec les partenaires du développement et la partie japonaise. Chaque groupe a réalisé un tableau sur une feuille de très grand format et a collé dessus les cartes ainsi partagées. Tout en consultant les éléments ainsi affichés, un représentant de chaque groupe a exposé le contenu et le processus des discussions, ce qui a permis le partage des informations par tous. Le document annexe 4 indique les catégories et mentions des cartes.

Nous avons en outre réorganisé les groupes, constituant quatre nouveaux groupes afin de mélanger les membres des groupes « MINSAN-PF », « DRSPF + SSPFD », « CHUM », « Partenaires du développement et Japon ». Nous appuyant sur ce qui avait ainsi été partagé jusque-là, nous avons à nouveau discuté du thème « Comment puis-je (pouvons-nous) offrir des services de santé maternelle et infantile pour les habitants des régions souhaitent les utiliser ? »

4.4.2 Contenu partagé et confirmé

Le tableau 4.1 indique les éléments partagés et confirmés comme nécessaires pour l'offre de services destinés aux habitants.

Si l'on divise en gros les opinions formulées par entité d'appartenance des participants, au niveau des administrations centrales, les débats ont invariablement été menés le long des axes de la politique de santé. (Amélioration des installations, mise à disposition de budgets, mise à disposition de ressources humaines, progression des SONUB et SONUC, etc.)

Le personnel du CHUM a exprimé des thèmes tels que les problèmes de la qualité des services médicaux, des frais médicaux (au sujet des mesures en faveur des démunis) et de la référence, ainsi que la construction des relations entre le CHUM et les hôpitaux de niveau inférieur (CHD, CSB), etc.

Le personnel de la DRSPF a beaucoup débattu de savoir comment les services pourraient être améliorés au niveau de base (niveau des CSB). La formation du personnel médical (y compris celle des AT dans les régions éloignées), et la nécessité d'activités de vulgarisation à chaque niveau ont notamment été exprimées.

En outre, au sujet des comportements de réception des soins d'accouchement chez les femmes, on a notamment remarqué les idées d'« être en compagnie de sa famille », et la « préférence pour l'accouchement à domicile ». Au titre des politiques destinées à ces sujets, il a été confirmé que des personnes qualifiées,

comme les sages-femmes, si possible, dispensaient l'assistance à l'accouchement, et que l'on ne promouvait pas exagérément l'accouchement à la formation sanitaire.

Des opinions visant à exclure les AT ont été exprimées par une partie des participants, mais il a été confirmé que dans les régions éloignées, dépendre des AT est à l'heure actuelle obligatoire, et que les administrations centrales aussi ont une orientation de mise à profit des ressources dans les régions et de collaboration avec les AT.

Au sujet du référence et de l'aide aux démunis, l'importance de la question a été confirmée, mais peut-être aussi en raison de l'absence actuelle de ressources définies disponibles, il a été difficile d'exprimer le sujet en tant que politique à mettre en œuvre concrètement.

Tableau 4.1 Opinions exprimées en tant qu'éléments nécessaires pour l'offre de services de santé maternelle et infantile aux habitants des régions

Elément	Contenu
Amélioration du contenu des services	<ul style="list-style-type: none"> Avoir une attitude de bienvenue vis-à-vis des usagers Avoir de la solidarité avec la région Entretien du matériel des installations et les kits d'urgence. Pour cela, faciliter la maintenance au moyen de contenus standardisés. Eviter de travailler individuellement en tant qu' « obstétrique », et coopérer avec les autres services. Dans l'offre de services de santé, il faut éviter d'offrir des services séparément. Mettre en œuvre des formations de remise à niveau Entretien des installations de formation Former le personnel à l'utilisation du matériel Du personnel supplémentaire est nécessaire car les ressources humaines aussi sont insuffisantes
Questions de référence	<ul style="list-style-type: none"> Les différentes références nécessaires sont retardées pour des raisons variées. Les raisons principales sont : raisons économiques, non fonctionnement de l'ambulance, non fonctionnement de la radio
Rapports avec la région et les habitants	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer les recherches nécessaires pour trouver les ressources utilisables dans la région Changer la conscience des femmes. Mener la vulgarisation, par exemple, car beaucoup de femmes ne connaissent pas les risques de la grossesse et les méthodes pour y faire face. La participation de la communauté et la réponse dans la communauté sont importantes : par exemple pour les maladies des enfants, le paludisme, le tétanos Convaincre que l'accouchement fait partie de la nature. Il s'agit de quelque chose de physiologique et d'humain. Il est demandé au personnel de santé d'avoir une attitude de confiance envers les femmes
Réponse à l'accouchement au domicile	<ul style="list-style-type: none"> L'accouchement au domicile par une AQ ne pose pas de problème systémique Une réponse tenant compte des réalités est nécessaire <ul style="list-style-type: none"> Les femmes malgaches préfèrent l'accouchement à la maison. Les formations sanitaires ne sont utilisées que par 30 % des femmes. Pourquoi ? A Madagascar, les femmes aiment être en famille L'accouchement est un événement familial, et vouloir être ensemble à ce moment est tout à fait naturel. Pour cela, plus de recherches anthropologiques sont également nécessaires Si les femmes aiment être en famille à l'occasion de l'accouchement, il faut réfléchir préalablement à un plan qui puisse rendre cela possible Dans les couches de population à revenu intermédiaire, beaucoup souhaitent l'accouchement au domicile. D'autre part, il est difficile pour la famille de se rendre à l'hôpital On souhaite souligner le droit des femmes à choisir le lieu de l'accouchement
Rapports avec les AT	<ul style="list-style-type: none"> L'accouchement à la maison doit en principe être assisté par une AQ. Cependant, dans les régions éloignées, il est à l'heure actuelle nécessaire de collaborer harmonieusement avec les AT Il existe au MINSAN-PF une division responsable des soins traditionnels. C'est principalement là que seront menées les activités de coopération avec les dispensateurs de soins médicaux traditionnels Il est très important de mener la vulgarisation auprès des femmes en intégrant les AT, en tant que partenaires de la communauté. On collaborera avec elles pour découvrir les risques Les AT possèdent de bonnes compétences. Les femmes font confiance aux femmes qui ont quelque chose d'attractif. Le personnel de santé n'a pas de compétences. Les matrones sont proches des femmes, et ceci est un point important Les AT sont présentes et actives dans les villes aussi. Il serait sans doute nécessaire d'opérer un contrôle là aussi.
Mesures en faveur des démunis	<ul style="list-style-type: none"> Beaucoup de malades n'ont pas d'argent pour acheter les médicaments. La coopération des niveaux les plus éloignés et de l'amont est nécessaire La personne qui accompagne le malade à l'hôpital n'a pas d'hébergement. Ne pourrait-on pas donner un soutien quelconque ? D'autre part, qui s'occupe de la famille ? Ceci est un grand souci pour le personnel médical, en particulier dans les zones urbaines Il y a des problèmes économiques au moment de la référence (non seulement le prix des soins, mais aussi celui du transport, celui de l'accompagnement de la famille, etc.) Un soutien pour ces éléments est nécessaire
Questions de politique de santé	<ul style="list-style-type: none"> A Madagascar, le taux de mortalité infantile baisse, mais le taux de mortalité maternelle est encore élevé. La raison doit en être examinée. Dans le domaine de la santé infantile, des campagnes et services extensifs ont été menées pour la prescription de vitamine A et la vaccination, mais en santé maternelle, ce type d'activité est difficile. Il est nécessaire d'étudier ce que doivent faire les mères En plus des services de base (consultation prénatale, vaccination antitétanique, etc.), les SONUB et SONUC seront désormais mis en œuvre Renforcer la coopération avec les partenaires du développement à différents niveaux.

4.5 Thème 2 : solidarité entre le système de référence et la région pour l'offre de services

4.5.1 Contexte de l'établissement des thèmes, et réalités

Dès l'atelier du premier jour, plusieurs points essentiels ont été indiqués pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile à Madagascar.

D'abord, il a été confirmé qu'actuellement, alors que les ressources médicales sont limitées (installations, ressources humaines), les politiques de coopération active par la mise à profit des ressources des régions sont essentielles. En même temps, il a été confirmé qu'existaient différents problèmes relatifs à l'accès aux formations sanitaires.

Cependant, l'efficace mise à profit du CHU-CME en tant que centre clinique et de formation est prise en considération pour la future coopération technique japonaise, et l'on pense que l'une de ces fonctions principales est l'accueil des patients référés.

D'après ceci, pendant le deuxième jour de l'atelier, lorsqu'ont été étudiées les orientations de la future coopération technique, les régions où l'accès aux formations sanitaires est difficile ont été considérées comme les principales candidates à cibler avec la coopération, et les deux thèmes suivants ont été choisis :

- (1) Rôle de chaque individu dans le système de référence, rôle de l'organisation d'appartenance de chacun pour le système de référence, coopération considérée nécessaire entre les organisations.
- (2) Concernant la coopération nécessaire avec les ressources des régions pour offrir des soins obstétricaux et néonataux dans les régions où l'accès aux formations sanitaires est difficile, rôle possible pour chacun, rôle de l'organisation d'appartenance de chacun, et coopération inter-organisation.

4.5.2 Progression

Nous avons divisé l'ensemble des participants en trois groupes, et établi un groupe pour le thème 1 et deux groupes pour le thème 2. D'abord, chaque participant a récapitulé ce qu'il ou elle peut personnellement faire au sujet du thème de son groupe, et l'a écrit sur une carte.

Ensuite, une séparation par groupes a été effectuée : « MINSAN-PF », « DRSPF + SSPFD », « CHUM », « Partenaires du développement et Japon » ; et l'on a vérifié le contenu des cartes à chaque niveau.

Après, il y a eu séparation selon les trois groupes établis au départ, les opinions ont été échangées à l'intérieur des groupes, et des discussions ont eu lieu au sujet du rôle que doivent remplir chacune des organisations, et de la coopération nécessaire entre les organisations.

Pour le contenu discuté dans chaque groupe, comme le jour précédent, des cartes ont été catégorisées et collées sur une feuille de papier de très grand format, puis exposées et partagées.

Le document annexe 4 indique les catégories et mentions des cartes.

4.5.3 Système de référence

Au niveau central, la nécessité de mobiliser les ressources telles que personnel et budgets, et celle d'évaluer et d'améliorer les organisations et systèmes ont été indiquées. A la DRSPF, on a indiqué le processus d'organisation du système ; et au CHUM, l'évaluation des activités jusqu'à présent de l'Unité de Renforcement du Système de Référence, et l'amélioration à partir du niveau clinique (circulation des

malades, standards de référence, etc.)

D'autre part, quel que soit l'organisme, ce qui a été invariablement exprimé comme nécessaire, c'est en premier les éléments relatifs à la gestion et à la maintenance des installations et du matériel médical, et en deuxième, les éléments relatifs à la logistique et à la gestion pour l'offre des services.

4.5.4 Coopération avec les ressources des régions

L'un des thèmes majeurs cité a été la mise en œuvre des activités de vulgarisation auprès des familles, des femmes et des enfants, avec l'amélioration de l'accès aux ressources médicales, sur la base d'une coopération avec les leaders de la région et les ressources telles que les AT. D'autre part, les acteurs pour cela sont les CSB, qui fondamentalement sont à proximité des personnes, mais on a indiqué une mise en œuvre combinée avec les politiques et l'élaboration des plans par les administrations centrales et la DRSPF et la formation par les organismes médicaux de haut niveau tels que le CHUM, etc.

D'un autre côté, le nombre de personnes travaillant actuellement dans les CSB est limité, la difficulté de mener des activités au-delà des soins quotidiens a été remarquée, et le débat sur le caractère concret de la gestion d'organisation a montré certaines limites.

4.5.5 Suggestions à partir des débats

Il a été confirmé qu'il n'était pas simplement nécessaire de confier aux CSB la coordination avec les personnes clés dans les régions (chefs de fokontany, AT) et les organisations existantes (groupes de femmes), mais que ceux-ci devaient être intégrés à la politique d'hygiène, et qu'après les avoir combinés, en fonction des nécessités, aux fonctions cliniques et de recherche possédées par le CHUM, l'amélioration de l'accès aux ressources médicales devait être examinée.

En ce qui concerne l'accès aux soins médicaux, de fortes barrières économiques ont aussi été confirmées, et parce qu'il s'agit d'un point spécialement important dans le cas de maladies graves, il a été indiqué qu'il était nécessaire, du point de vue de la priorité à la sécurité humaine, d'examiner aussi les politiques dans ce domaine.

5 Proposition de projet de coopération technique

5.1 Eléments à mettre en ordre pour l'élaboration de la proposition

5.1.1 Pourquoi la situation de la santé maternelle et infantile est-elle mauvaise ? - Possibilités d'amélioration

1) Amélioration de la situation sanitaire et services de santé

Généralement, les indicateurs de santé sont en corrélation directe avec « l'utilisation » et « la qualité » des services de santé. En conséquence, l'amélioration de la santé demande que les services soient offerts, qu'ils soient utilisés, ainsi que l'amélioration de ces services.

2) Classification par caractéristique des services de santé

D'après leur forme, les services de santé peuvent être classifiés en « services offerts » et « services cliniques ». Dans le domaine de la santé maternelle et infantile, on peut citer comme exemple du premier type la vaccination, et comme exemple du deuxième type les soins obstétricaux d'urgence. En conséquence, une autre formulation possible pour chacun d'eux serait « services préventifs » d'une part, et « services thérapeutiques » d'autre part. En outre, en tant que type intermédiaire entre les services offerts et les services cliniques (ou entre les services préventifs et les services thérapeutiques), on trouve la consultation prénatale.

3) Caractéristiques des services et qualité demandée aux services

Aujourd'hui, pour faire baisser la mortalité maternelle et néonatale, qui est une question mondiale et pas seulement malgache, on ne peut s'attendre à d'importants effets réducteurs par la simple amélioration du taux de couverture de la vaccination préventive et des consultations prénatales, et l'on indique plutôt la nécessité d'offrir des soins continuellement depuis la grossesse²⁹. Bref, l'important est le degré auquel il est possible que la population utilise non seulement les services offerts, mais aussi les services cliniques. Il va sans dire que pour les services cliniques, la volonté des habitants d'utiliser ceux-ci est indispensable. En conséquence, lorsque l'on discute des moyens d'améliorer la qualité des services, et en particulier au sujet des services cliniques, il se conçoit que la simple amélioration des techniques de soins médicaux et des connaissances est insuffisante, et que le fait que ces services soient attractifs pour la population est aussi un aspect essentiel de la qualité.

4) Quelle est la qualité des services qui répondent aux caractéristiques des régions ?

A Madagascar, la grossesse et l'accouchement ont été pris en charge par les femmes. En particulier la présence d'un homme à l'accouchement était impensable, et l'on considère que c'est presque toujours l'accoucheuse traditionnelle qui assiste l'accouchement, avec un soutien des parents, des frères et soeurs et des proches. Les femmes enceintes et accouchées ont probablement ainsi fait l'expérience d'être soutenues par la solidarité (entraide et aide publique), et simultanément, de prendre elles-mêmes en charge la vie de leur enfant (autonomie personnelle). D'autre part, on imagine que dans la société des régions, ces différents travaux ne sont absolument pas effectués dans le cadre « d'instructions » de type supérieur-subordonné, mais dans celui, non autoritaire, de la vie quotidienne.

²⁹ OMS. *World Health Report 2005*. Genève, OMS, 2005.

En conséquence, dans la société contemporaine, il est demandé au personnel médical d'introduire des techniques de soins médicaux, et de dispenser des soins plus sûrs et plus agréables, en ne détruisant ni ces aspects que souhaitent les femmes et la société des régions, ni leur image possédée par chacun. Des instructions en matière de santé et des interventions médicales sont parfois nécessaires, mais faire en sorte d'être capables de dispenser celles-ci sous une forme aisément acceptable par ceux qui en ont besoin est un élément essentiel pour garantir la qualité des soins.

5) « Soins fondés sur le niveau de preuve » pour garantir la qualité des services

Le Professeur Archibald Leman Cochrane, père de la médecine fondée sur le niveau de preuve (EBM: Evidence-based medicine), a observé au sujet des soins médicaux que « le simple désir du médecin d'aider ceux qui souffrent et qui sont en difficulté, et la foi sans critique envers le médecin de ceux qui souhaitent être aidés s'unissent, et les soins médicaux sont dans une inflation extrême, dans laquelle les résultats obtenus sont infiniment plus faibles que ce qui est attendu. » Il a également affirmé que « puisque les humains possèdent à l'origine des forces, il faut des raisons suffisantes pour que l'on intervienne médicalement ³⁰ ».

Bref, du point de vue de la médecine fondée sur le niveau de preuve, ce qui est demandé au personnel médical, c'est de déterminer de quels soins a besoin la personne qui se trouve devant lui, et d'offrir ces soins à cette personne. En d'autres termes, on peut dire qu'il doit s'agir d'individus capables, tout en s'interrogeant en permanence sur ce dont a besoin le patient, de juger de leurs propres actions, et de mettre en pratique un processus de dialogue qui appréhende la situation du patient, elle-même changeante en fonction de ces actions.

6) Effets attendus des soins fondés sur le niveau de preuve

Dans une situation de pauvreté des ressources humaines et matérielles, le fait que les soins parviennent à ceux qui en ont besoin, en plus de l'effet fondamental que cela constitue, est aussi lié à la mise à profit appropriée des ressources. En outre, au moyen de l'offre de services qui accordent avant tout de l'importance au dialogue, la satisfaction non seulement des utilisateurs de ces services (les patients), mais aussi celle de leurs dispensateurs est possible. En conséquence, il y a un effet d'autonomisation, et pour résultat, la motivation pour le travail se trouve renforcée. Nous pensons que le fait que les dispensateurs de ce type de services acquièrent des connaissances et techniques suffisantes illustre ce que doivent être de véritables accoucheuses qualifiées (AQ).

5.1.2 Leçons de la coopération technique dans d'autres pays

Dans le Projet de planning familial et de santé maternelle et infantile mis en œuvre au Brésil, il a été montré qu'une formation destinée à amener une transformation de la conscience du personnel médical menait en dernier lieu à l'amélioration des services de santé maternelle et infantile. Dans le but de réaliser ceci, un travail en commun accordant de l'importance au dialogue permanent avec les homologues a montré des résultats.

³⁰ Cochrane AL. *Effectiveness and efficiency; random reflections on health services*. Nuffield Prov Hosp Trust, 1972.

En outre, une étude détaillée des besoins locaux en santé maternelle et infantile a été mise en œuvre, et dans ce cadre, une évaluation de projet a été réalisée au moyen de méthodes anthropologiques, en tant que méthodes d'étude qualitative.

Celles-ci suggèrent que la conduite et la mise en œuvre de projets, fondées sur l'analyse scientifique de la situation et le dialogue, et non simplement imposées unilatéralement, sont importantes.

Dans le Projet de santé maternelle et infantile mis en œuvre au Bangladesh, une supervision de soutien centrée sur la direction régionale de la santé a été mise en œuvre pour tirer le maximum des résultats de la formation post-diplôme. Ici, il a été suggéré que le fait que le personnel médical travaillant dans les régions soit continuellement soutenu structurellement par une organisation est un élément essentiel pour l'offre de services de santé maternelle et infantile continus.

5.1.3 Orientations du projet de coopération technique

1) Questions de santé maternelle et infantile et orientations acquises d'après les leçons du passé

Qu'il s'agisse de ce que doivent être les services nécessaires pour l'amélioration de la situation de la santé maternelle et infantile, de la conception de la médecine fondée sur le niveau de preuve, ou encore de la coopération technique mise en œuvre par le Japon dans d'autres pays jusqu'ici, quelque soit l'exemple choisi, on peut indiquer que les leçons suivantes en sont des éléments communs. Bref, on indique en premier que chaque individu se trouve autonomisé au moyen de l'expérience qu'il fait d'être soutenu et de soutenir les autres, et en deuxième, une orientation de la formation des ressources humaines et du développement organisationnel dans laquelle cette expérience fait qu'en dernier lieu, le personnel médical devient capable de soutenir les utilisateurs des services. Ceci est semblable à la structure de la société des régions, qui traditionnellement a soutenu la grossesse, la naissance et la petite enfance. En raison de cette similarité même, il est nécessaire, dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile, de ne pas se limiter à l'administration de la santé, et de mener suffisamment la coopération avec la société des régions, et en particulier les ressources régionales.

2) Cohérence avec les orientations et les résultats de l'atelier

L'« amélioration du contenu des services » indiquée dans le tableau 4.1 est une question fondamentale, et l'on peut considérer en particulier que dans le domaine de la santé maternelle et infantile, la conception de la médecine fondée sur le niveau de preuve contribue grandement à l'amélioration. D'autre part, concernant « les relations avec la région et la population », « la réponse à l'accouchement à domicile » et « les relations avec les accoucheuses traditionnelles », la réflexion permanente est un élément nécessaire pour accomplir ceci sûrement et agréablement, tout en offrant les services que les femmes souhaitent. On considère que dans la situation actuelle des régions de Madagascar, s'il est possible d'indiquer ces éléments au titre de ce que doivent être des services durables, cela sera utile aussi pour les politiques de santé maternelle et infantile.

Dans la situation actuelle de Madagascar, la pauvreté est une question qui ne peut être ignorée. Simultanément, il s'agit d'un facteur important en relation avec l'utilisation des services de santé. Malheureusement, il est difficile dans les projets de coopération technique de se consacrer à l'élimination radicale de la pauvreté. Cependant, on considère qu'il est possible de prévenir le fait que les démunis, en

compensation de leur accès aux soins médicaux, aient à supporter des frais médicaux catastrophiquement élevés et basculent dans l'extrême pauvreté. A ce sujet, des systèmes de santé sont déjà testés à Madagascar, notamment le Fonds d'équité, et dans le présent projet aussi nous avons pensé il s'agissait d'une question à traiter au niveau des hôpitaux.

3) Récapitulation des concepts qui contribuent à la formation des prochains projets de coopération technique

Tout d'abord, nous avons considéré qu'un enseignement et une formation qui garantissent des techniques et des connaissances en santé maternelle et infantile, et en plus apportent une transformation telle que la conscience et l'attitude des dispensateurs des services ne seront pas autoritaires, sont nécessaires. Pour cela, on peut songer à poser en fondement la médecine fondée sur le niveau de preuve, et à ce que les individus apprennent à offrir des soins à d'autres individus au moyen de l'expérience.

Il est nécessaire, du point de vue administratif et régional, que l'environnement nécessaire pour que le personnel médical dispense les services soit aménagé. En d'autres termes, il s'agit de la création de « mécanismes » pour soutenir le personnel médical.

D'autre part, le renforcement de l'accès aux services médicaux et de leur utilisation, au moyen de la mise en œuvre de mesures en faveur des démunis, est également un élément important.

5.2 Elaboration du projet de coopération technique

5.2.1 Aperçu de la présente proposition

En se fondant sur les résultats de l'étude et de l'atelier du projet, nous avons élaboré une proposition de coopération technique dans le domaine de la santé maternelle et infantile à Madagascar.

L'élaboration a été réalisée dans l'hypothèse d'une coopération technique sur une période de trois ans. En outre, l'accent a été mis sur une mise à profit suffisante des fonctions du CHUM-CME. D'après ces conditions, ce projet a été structuré non pas pour cibler extensivement tout le territoire de Madagascar, mais pour avoir un point focal limité à la santé maternelle et infantile et aux soins médicaux, principalement dans la région de Boeny.

5.2.2 Objectifs en amont et objectifs du projet

Objectif supérieur sera comme suit : « L'amélioration de services pour la santé maternelle et infantile du projet se reflètera dans les politiques/programmes de la santé maternelle et infantile de Madagascar. »

L'objectif du projet sera comme suit : « offrir aux habitants de la région de Boeny, les services de la santé maternelle et infantile fondés sur le niveau de preuve »

Les indicateurs vis-à-vis des objectifs du projet ont été sélectionnés parmi les services fondamentaux de santé maternelle et infantile.

Le taux d'accouchement assisté par AQ est un indicateur qui vise les accouchements assistés par du personnel médical correctement formé, peu importe le lieu de l'accouchement.

Le taux d'enregistrement des accouchements assistés par AT est un taux qui prend en considération les situations où des femmes habitant dans des zones où l'accès à une AQ est difficile, principalement d'un point

de vue géographique, se trouvent dans l'obligation pendant un certain temps de dépendre d'une AT. En d'autres termes, on appréhende, du point de vue de l'administration de la santé, à quel degré les accouchements assistés sont effectués par les AT, on constitue ainsi des données pour la collaboration avec l'administration, et on garde à l'esprit d'utiliser ces données à l'avenir pour élaborer les plans de santé régionale.

Le taux de césarienne pour indication maternelle absolue est le taux obtenu lorsqu'à Madagascar, où la mortalité maternelle est fréquente, une femme enceinte qui requiert des soins obstétricaux d'urgence a adéquatement accès à une formation sanitaire, et reçoit des soins médicaux salvateurs.

5.2.3 Résultats du projet

- 1) **Résultat 1 : un système de formation de personnel de la santé maternelle et infantile reflétant les services fondés sur le niveau de preuve sera constitué autour du CME de la province de Mahajanga.**

Une des créations de mécanismes qui soutient le personnel médical au moyen de formation post-diplôme est l'établissement d'une organisation de formation. La mise en œuvre de formations cliniques est le rôle des organismes médicaux. Toutefois, le personnel clinique sur place n'est pas forcément spécialiste de la mise en œuvre de « l'éducation et la formation », c'est-à-dire de la collecte et de l'analyse des données relatives aux bénéficiaires des formations, de l'établissement des objectifs, des propositions de plans, de la mise en œuvre et de l'évaluation des formations. D'autre part, nous avons songé que pour mener également un suivi efficace après l'achèvement des formations, une organisation que les organismes concernés gèrent en coopération était nécessaire. Mettre en œuvre l'éducation et la formation avec cette organisation pour base est le principal élément du résultat 1.

- 2) **Résultat 2 : le système de services de santé maternelle et infantile à la DRSPF de la région de Boeny est renforcé.**

Nous avons considéré que le renforcement du système, pour que l'administration de la santé soutienne l'offre de services, est un élément nécessaire. Dans ce cadre, dans la présente proposition nous avons jugé que la supervision et le renforcement de la référence, en tant que mécanisme de soutien au personnel médical, sont des questions centrales. Parallèlement, nous avons cité les éléments relatifs à l'affectation et à la formation post-diplôme des AQ dans les régions.

- 3) **Résultat 3 : un système est construit pour que les habitants de la région et le personnel médical et de santé collaborent dans la zone pilote de la région de Boeny.**

Madagascar et le Japon ont mutuellement partagé et confirmé que la mise à profit et la collaboration des ressources régionales étaient importantes pour l'amélioration des services de santé à Madagascar.

Dans la présente proposition, nous avons placé les AT en tant que ressources régionales, les fokontany en tant qu'unités régionales, et choisi comme élément primordial d'effectuer un suivi des accouchements assistés et soins aux nouveau-nés qui y sont pratiqués. D'autre part, nous avons également gardé à l'esprit d'appréhender adéquatement la population ciblée habitant dans la région, ce qui est la base des services de santé, grâce au partage, entre les deux secteurs de l'administration générale et de l'administration de la santé, des informations relatives à l'enregistrement des naissances effectués dans les régions.

- 4) Résultat 4 : la charge financière pour l'utilisation des services aux patients atteints de troubles graves dans le domaine maternel et infantile est allégée dans le Complexe Mère et Enfant de la province de Mahajanga.

Les obstacles à l'utilisation des services deviennent extrêmement grands dans le cas où un transport ou une intervention chirurgicale est nécessaire. Cependant, des interventions au moment opportun sont nécessaires, car les situations d'urgence sont directement liées à la vie, ainsi qu'à la survenance de séquelles postérieures à un état critique. Les présents résultats tiennent compte du soutien au système destiné à rapidement mettre en œuvre des mesures pour les cas où une intervention médicale d'urgence est nécessaire au CHUM-CME.

5.2.4 Activités du Projet

Les éléments nécessaires et concrètement spécifiés pour accomplir chacun des résultats sont mentionnés en tant qu'activités. Nous en donnons ici un aperçu.

1) Au sujet des activités 1

Pour dispenser les services, il est nécessaire de comprendre la médecine fondée sur le niveau de preuve, ainsi que le concept des soins humanisés, et de passer à leur pratique. Pour cette raison, Nous avons considéré que le point de départ des activités du projet se trouve dans des regards en arrière et des améliorations grâce à la pratique de la formation et des services. L'acteur qui dispense les services est l'organisme de santé et de soins médicaux, et la responsabilité de garantir la qualité des services revient à l'administration de la santé. Nous avons donc considéré que la coopération et la mise en œuvre par les deux entités devait aussi concerner les formations et l'offre de services.

Dans la présente proposition, nous proposons donc que la DRSPF et le CHUM collaborent et établissent un organisme responsable, et se chargent des formations et services cliniques communément et avec un partage des responsabilités.

2) Au sujet des activités 2

Ici sont mentionnées les activités concernant la DRSPF, qui est le principal organisme responsable pour l'administration de la santé. Au sujet des activités de santé de la reproduction et de vaccination mises en œuvre dans le cadre de l'organisation existante jusqu'ici, nous indiquons les éléments concernant l'enregistrement des AQ et la distribution du vaccin.

En outre, considérant qu'il est nécessaire de mettre en œuvre une supervision systématique, et d'appréhender la situation de la référence, nous avons pensé qu'il était nécessaire d'établir un organisme responsable centré sur la DRSPF. Ceci, parce que même si actuellement une Unité de Renforcement de Système de Référence est installée au CHUM, si l'on considère le fonctionnement de l'ensemble du système, nous pensons que, plutôt que d'en faire supporter la responsabilité par l'organisation du centre hospitalier, l'acteur doit être l'administration de la santé. Que par l'intermédiaire de ces activités, l'administration de la santé augmente l'élaboration, la mise en œuvre et la capacité d'évaluation des plans est un élément attendu au titre du renforcement de ses fonctions.

3) Au sujet des activités 3

Dans les régions, l'enregistrement des naissances est effectué par l'administration générale. D'autre part,

l'administration de la santé réalise des estimations de population indépendantes, qui servent de base au calcul des indicateurs (taux) de santé des régions.

Cependant, on reconnaît l'existence d'un décalage sensible entre les deux. Nous établissons comme l'une des activités que ces informations soient partagées, et que soient partagées des informations relatives aux femmes enceintes et aux accouchements pouvant être obtenues depuis les régions.

D'autre part, nous incorporons des activités dont l'objectif est que les différents exemples de collaboration mis en œuvre dans les régions soient partagés aux niveaux du district et de la région, et contribuent à la future administration de la santé.

4) Au sujet des activités 4

Il s'agit d'activités qui visent à ce que le Fonds d'équité soit géré au CHUM. Concrètement, le contenu des activités est d'opérer un suivi et une évaluation - pour savoir si les frais médicaux requis étaient appropriés en comparaison avec l'intervention médicale, et si une gestion efficace du fonds a été possible - et d'augmenter le nombre des bénéficiaires.

D'autre part, nous effectuons des activités de partage de ces expériences avec les responsables des autres installations médicales et de l'administration de la santé.

5.3 Positionnement de la proposition de projet de coopération technique.

La présente proposition a été élaborée par la partie japonaise à l'achèvement du projet ; il ne s'agit pas d'une proposition convenue après de suffisantes concertations avec la partie malgache. Il sera nécessaire de réexaminer et de réviser son contenu dans le cadre d'un dialogue et de concertations tournées vers la mise en œuvre du projet par les gouvernements des deux pays.

5.4 Conditions pour la réalisation de la proposition de projet

Le personnel médical et les installations sont tous deux peu nombreux dans la province de Mahajanga. Toutefois, le gouvernement japonais, au moment de la construction du CHUM-CME, a déjà proposé au gouvernement de Madagascar de garantir les ressources humaines nécessaires du point de vue des services cliniques.

Pour la réalisation de cette proposition de coopération technique, le positionnement du CHUM-CME en tant qu'organisme de formation technique de Madagascar est indispensable, sans que l'on se contente de simplement affecter des ressources humaines médicales, tout comme il est indispensable que les programmes qui y sont réalisés ne soient pas limités à l'action dans une seule région (ou un seul organisme médical), avec, au niveau des administrations centrales, une conscience telle que ces programmes puissent être mis à profit en tant que richesse nationale.

Sur ce point, le MINSAN-PF occupe au premier plan une position essentielle en tant qu'organisme homologue de la présente proposition, et il est souhaitable que la gestion et l'administration du projet soient effectuées par contribution de la Direction de la Santé Familiale (DSF) et des directions concernées.

PLAN DE REALISATION DU PROJET (CADRE LOGIQUE)

Projet d'amélioration des services de santé maternelle et infantile en République de Madagascar, Plan de Réalisation du Projet

Durée du Projet: 3 ans (Février 2007 – Janvier 2010)

Résumé du projet	Indicateurs	Moyens d'obtention des indicateurs	Conditions externes
<p>Objectif Supérieur</p> <p>Contribuer au renforcement des politiques/programmes de santé à Madagascar, notamment à l'amélioration des services de santé maternelle et infantile</p>	<p>L'amélioration de services pour la santé maternelle et infantile du projet se reflètera dans les politiques/programmes de la santé à Madagascar</p>		
<p>Objectif du projet</p> <p>Offrir aux habitants de la région de Boeny, les services de santé maternelle et infantile de qualité fondés sur le niveau de preuve (<i>Evidence</i>)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Le taux de mise en œuvre de soins humanisés pour l'accouchement et la naissance augmente dans la zone pilote de la région de Boeny 2) Le taux d'utilisation appropriée des médicaments à l'accouchement augmente dans la zone pilote de la région de Boeny 3) Le niveau de satisfaction des utilisateurs des services de santé maternelle et infantile augmente dans la zone pilote de Boeny 4) Le niveau de compétence des prestataires de santé maternelle et infantile augmente dans la zone pilote de Boeny 5) Le taux de césarienne pour indications maternelles absolues augmente dans la région de Boeny 	<p>Données d'information de gestion sanitaire dans la Région de Boeny, étude au moyen du projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La politique de santé concernant les mesures pour les démunis ne change pas - La situation économique du pays ne s'aggrave pas brusquement
<p>Résultats</p> <p>1. Un système de formation de personnel de la santé maternelle et infantile reflétant les services fondés sur le niveau de preuve (<i>Evidence</i>) sera constitué autour du CME de la province de Mahajanga</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Une organisation responsable pour la formation continue sur la santé maternelle et infantile est mise en place dans la Province de Mahajanga 1.2 Modules de formation sur les soins fondés sur le niveau de preuve (<i>Evidence</i>) sont élaborés principalement par ladite organisation 1.3 Les prestataires de santé maternelle et infantile de la zone pilote de Boeny terminent la formation sur les soins fondés sur le niveau de preuve (<i>Evidence</i>) (Evaluation de la compétence à la fin de la formation) 1.4 Le nombre de personne qui a terminé la formation 	<p>Données d'information de gestion sanitaire dans la Région de Boeny, étude au moyen du projet</p>	<p>La politique de santé de la mère et de l'enfant ne change pas brusquement</p>

<p>2. Le système des services de santé maternelle et infantile à la DRSPF de Boeny est renforcé</p>	<p>2.1 Sous la supervision intégrée mise en œuvre par la DRSPF et le SSPFD, un suivi de l'offre de services de santé maternelle et infantile fondés sur le niveau de preuve (Evidence) est mis en œuvre (nombre et contenu des suivis).</p> <p>2.2 Réalisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre des références et contre-références (nombre de mises en œuvre, taux de référence, taux de contre-référence).</p> <p>2.3 Enregistrement du personnel qualifié dans la zone pilote de la région de Boeny (création de registre, augmentation de nombre d'enregistrements)</p> <p>2.4 Enregistrement de l'achèvement des formations des personnel qualifié travaillant dans les formations sanitaires de la région de Boeny (création de registre, augmentation de nombre d'enregistrements)</p> <p>2.5 Elaboration des règles professionnelles du personnel qualifié concernant l'accouchement assisté au domicile</p>	<p>2.1 Données d'information de gestion sanitaire dans la Région de Boeny, étude au moyen du projet</p> <p>2.2 Données d'information de gestion sanitaire dans la Région de Boeny</p> <p>2.3 Données d'information de gestion sanitaire dans la Région de Boeny, étude au moyen du projet</p> <p>2.4 Données d'information de gestion sanitaire dans la Région de Boeny</p> <p>2.5 Données d'information de gestion sanitaire dans la Région de Boeny</p>	
<p>3. Un système est construit pour que les habitants de la région et les prestataires de santé collaborent dans la zone pilote de la région de Boeny</p>	<p>3.1 Enregistrement des AT travaillant dans la région (création de registre, nombre d'enregistrements, contenu)</p> <p>3.2 Mise en œuvre du suivi, par la DRSPF, le SSPFD et les fokontany, des accouchements assistés par les AT (nombre de mises en œuvre)</p> <p>3.3 Enregistrement, dans les enregistrements des naissances des fokontany, des informations sur les assistants de l'accouchement et les lieux de naissances (nombre d'enregistrements)</p> <p>3.4 Partage entre les fokontany et CSB de l'enregistrement des femmes enceintes, femmes accouchées et naissances dans la région (augmentation de nombre d'enregistrements)</p>	<p>3.1 Données d'information de gestion sanitaire dans la Région de Boeny</p> <p>3.2 Données d'information de gestion sanitaire dans la Région de Boeny</p> <p>3.3 Statistiques administratives générales de la région</p> <p>3.4 Statistiques administratives générales de la région, Données d'information de gestion sanitaire dans la Région de Boeny</p>	
<p>4. La charge financière pour l'utilisation des services aux patients atteints de maladies graves (notamment les démunis) dans le domaine maternel et infantile est allégée dans le CME de la province de Mahajanga.</p>	<p>4.1 Disponibilité permanente et utilisation des kits opératoires pour les cas de patients atteints de maladies graves (grossesse extra-utérine, césarienne), et des kits de réanimation pour les nouveau-nés atteints de maladies graves</p> <p>4.2 Réduction du délai pour raisons économiques entre l'hospitalisation et le début de l'opération dans le cas de césarienne d'urgence</p> <p>4.3 Réduction de l'interruption par la famille de l'hospitalisation de nouveau-né pour des raisons économiques.</p> <p>4.4 Augmentation des ressources du Fonds d'équité au CHUM</p>	<p>4.1 Statistiques hospitalières du CHUM, étude au moyen du projet</p> <p>4.2 Statistiques hospitalières du CHUM, étude au moyen du projet</p> <p>4.3 Statistiques hospitalières du CHUM</p> <p>4.4 Statistiques hospitalières du CHUM</p>	

Activités	Apports	Madagascar	Conditions externes
<p>1.1 Coordination avec les administrations centrales concernant les modules de formation</p> <p>1.2 Systématisation de la formation par le CHUM et la DRSPF de la région de Boeny</p> <p>1.3 Mise en œuvre au CHUM/CME de soins cliniques obstétricaux et néonataux fondés sur le niveau de preuve (<i>Evidence</i>)</p> <p>1.4 Mise en œuvre de formation aux soins pour les accouchements normales</p> <p>1.5 Mise en œuvre de formation aux soins de maternité humanisés</p> <p>1.6 Mise en œuvre de formation à la communication et à la gestion d'organisation</p> <p>1.7 Mise en œuvre de formation sur le système de gestion et de maintenance préventive du matériel minimum nécessaire pour l'offre des services de santé maternelle et infantile dans les formations sanitaires pilotes</p> <p>2.1 Renforcement et amélioration de la supervision intégrée à la DRSPF de Boeny</p> <p>2.2 Renforcement du système de suivi et d'évaluation de référence à la DRSPF de Boeny</p> <p>2.3 Introduction du système d'enregistrement des personnel qualifié à la DRSPF de Boeny</p> <p>2.4 Gestion des informations et élaboration de plan relatifs à l'affectation, l'enseignement et la formation des personnel qualifié à la DRSPF de Boeny</p> <p>2.5 Elaboration du Plan de Travail Annuel (PTA) de la Région de Boeny relatif au projet au Service de la Santé Maternelle et Infantile et du Planning Familial de la DRSPF de Boeny</p> <p>2.6 Elaboration des règles professionnelles des personnel qualifié concernant l'accouchement assisté au domicile</p> <p>2.7 Coordination avec les administrations centrales concernant la formation des ressources humaines et le système d'affectation</p> <p>3.1 Introduction d'un système d'enregistrement des ressources humaines dans la région, notamment des AT, à la DRSPF de Boeny</p> <p>3.2 Découverte et partage de cas de collaboration entre les CSB et les ressources humaines et fokontany dans la région</p> <p>3.3 Coordination et partage des informations sur les naissances détenues par les CSB et fokontany.</p> <p>3.4 Coordination relative au Ministère de la Population, au système d'enregistrement de la population, au MINSAN-PF et aux estimations démographiques.</p> <p>4.1 Introduction d'un système de soutien financier au CME pour les démunis présentant des maladies graves dans le domaine de l'obstétrique/gynécologie et néonatalogie</p> <p>4.2 Mise en œuvre du suivi et de l'évaluation, du point de vue des soins fondés sur le niveau de preuve (<i>Evidence</i>) vis-à-vis de l'économie des soins médicaux au CME.</p> <p>4.3 Renforcement du système de suivi et d'évaluation de la gestion du système de soutien financier au CME</p> <p>4.4 Offre d'informations relatives au système de soutien financier au CME pour le public et le personnel de santé</p> <p>4.5 Coordination avec les administrations centrales relative à la gestion du système de soutien financier au CME</p>	<p>Japon</p> <p>1. Envoi d'experts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experts à long terme <ul style="list-style-type: none"> - Conseiller principal / Santé publique - Santé maternelle et infantile - Coordinateur / Gestion de formation • Experts à court terme <ul style="list-style-type: none"> - Néonatalogie - Gynécologie/Obstétrique - Soins obstétricaux - Communication et développement d'organisation - Economie des soins médicaux - Technologie des communications - Epidémiologie - Gestion hospitalière - Gestion des installations et du matériel - Autres si cela est nécessaire <p>2. Formation au Japon</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 personnes/an, un mois/personne <p>3. Formation en pays tiers (Brésil)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 personnes/an, une semaine/personne <p>4. Echanges techniques (Cambodge)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 personnes, 2 semaines <p>5. Fourniture de matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipements pour la formation et l'éducation - Equipement s cliniques de base et fournitures - Equipement s pour la gestion des informations - Equipements pour le transport - Equipements pour d'autres domaines qui s'y rattachent sur lesquels un accord mutuel a été fait en tant que nécessaire <p>6. Frais d'administration du projet</p>	<p>1. Personnel Administratif</p> <p>(1) Niveau Central</p> <ul style="list-style-type: none"> - Directeur de la Direction de la Santé de la Famille (DSF) - Chef du Service de la Santé de la Reproduction et de la Maternité Sans Risque (SSR-MSR), Direction de la Santé de la Famille - Directeur de la Direction des Hôpitaux de Référence des Régions (DHRR) - Directeur de la Direction de Développement des Districts Sanitaires (DDDS) <p>(2) Niveau Régional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Directeur de la Direction Régionale de la Santé et du Planning Familial (DRSPF) de Boeny - Chef du Programme Mère-Enfant de la DRSPF de Boeny - Médecin Inspecteur de SSPFD dans la Région de Boeny - Directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga (CHUM) - Coordinateur du Complexe Mère-Enfant (CME) <p>2. Installations</p> <ul style="list-style-type: none"> Bureaux du projet (CHUM, DRSPF région de Boeny, MINSAN-PF) <p>3. Frais de gestion</p> <ul style="list-style-type: none"> Frais de gestion et de maintenance des bureaux du projet 	

* Ce cadre logique pourrait être révisé au cours du Projet, selon la décision du Comité Mixte de Coordination

Critères de sélection des zones pilotes et des participants pour le cours de formation technique dans le projet (Proposition de la partie japonaise)

1. Critères pour la zone pilote (District)

- Les SSPFD de Mahajanga I et Mahajanga II seront les zones pilotes pour l'année 2007.

- Quatre autres SSPFD (Maravoay, Ambato-Boeni, Mitsinjo, et Soalala) seront retenus pour l'année 2008.

*La faisabilité de la mise en œuvre de la "supervision intégrée" par le SSPFD sera considérée comme un critère de sélection.

- La sélection des zones pilotes sera discutée dans le groupe de travail du Projet. Le résultat de la discussion sera soumis par le groupe de travail au Comité Mixte de Coordination

2. Critères pour les participants à la formation

- Il faut veiller à ce que les modules de formation ne perturbent pas le cours normal du service au sein de chaque formation sanitaire.

- Les participants seront sélectionnés au sein des formations sanitaires qui offrent déjà des services de consultation prénatale, accouchement et soins néonataux.

- Les participants travaillant dans les chef-lieux de districts seront les bénéficiaires prioritaires de la formation.

- Le personnel de santé en périphérie du district et qui a de bons résultats en matière de SMI est aussi prioritaire pour la formation.

Documents annexes

1. Aperçu des entretiens avec l'accoucheuse traditionnelle à Miadana

Contenu des entretiens

Nous avons été guidés jusqu'au domicile de l'accoucheuse, grâce à l'introduction du chef du fokontany de Miadana, et celui-ci a également assisté à l'entretien. Beaucoup de personnes se sont alors rassemblées, probablement le mari, la famille et les parents de l'accoucheuse.

Arrière-plan

Née dans ce village. Agée de 54 ans, un premier mariage à 20 ans, un fils, la perte de son mari, puis remariage avec son mari actuel et retour au village actuel. A suivi deux ans d'enseignement scolaire.

Jusqu'à devenir accoucheuse traditionnelle (AT)

« Comme ma grand-mère était AT, je l'ai beaucoup accompagnée aux accouchements, et ai pu observer ceux-ci. La première fois que j'ai vu un accouchement, c'était en 1967, à 15 ans (née en 1952). Je n'ai ressenti absolument aucune peur, c'était un moment de bonheur. Je pense que c'est parce la vie a ainsi été apportée. J'ai prié Dieu. »

Soins à la femme enceinte, pendant et après l'accouchement, et au bébé

« J'assiste environ de deux à quatre accouchements par mois.

Pendant la grossesse, j'utilise de l'huile de noix de coco pour des massages du ventre et de tout le corps. Je connais le sexe de l'enfant au quatrième mois.

J'ajuste la position de l'embryon tous les mois. (J'effectue des massages aussi pour d'autres femmes que les femmes enceintes ou en couches). C'est le CSB qui donne les consultations prénatales et de maternité. Comme c'est la femme enceinte qui choisit, certaines vont au CSB, mais je ne refuse pas celles qui viennent me voir. Je n'ai jamais recommandé d'accoucher au CSB. Je me contente de toujours faire de mon mieux. Et je prie Dieu.

Au moment de l'accouchement, je prescris des plantes, après l'accouchement je donne des boissons. J'évite la position de côté afin de prévenir le saignement après l'accouchement. Je conseille aussi de garder une bonne posture bien droite lorsqu'on s'assoit. Pour l'accouchement, on prépare pour moi du fil, de l'alcool et un rasoir neuf.

Après la naissance, je rends visite deux fois par semaine, et je panse le nombril du bébé. En couvrant le bébé, je fais en sorte d'éviter les infections. La mauvaise humeur du bébé vient de ce qu'il ne boit pas de lait maternel. A ce moment-là, je fais fondre du sucre dans de l'eau chaude et lui fais boire. Je conseille de se laver les mamelons le matin, au réveil.

Quand le bébé est malade, on ne me l'amène pas tellement. On va voir un autre guérisseur traditionnel. »

Coopération avec le CSB

« La communication est bonne. Lorsque la sage-femme (en fait l'aide sanitaire) du CSB n'est pas là, quelqu'un vient toujours me le dire. Moi, je ne vais pas tellement au CSB.

J'ai assisté l'accouchement de ma belle-fille avec la sage-femme du CSB. C'est parce que la sage-femme du CSB m'a dit que je ne devais pas assister l'accouchement seule.

Je dois recevoir l'autorisation de la sage-femme du CSB quand j'assiste un accouchement moi-même. Si une femme

vient me voir pour une consultation prénatale ou de maternité, je dois le communiquer. »

Au sujet du travail

« Ce n'était pas difficile de commencer à travailler dans ce village car mes parents y étaient aussi. Je coopère avec les gens du village. J'aime mon travail. Jusqu'ici il n'y a jamais eu aucun danger. Je n'ai commis aucun meurtre qui pourrait me valoir une peine, ou m'envoyer en prison. »

Consultation du chef de fokontany

« L'AT ne pourrait-elle pas recevoir d'autorisation ? Les villageois souhaitent que l'AT soit autorisée. Elle est nécessaire pour aider les gens d'ici. La commune ne pourrait-elle pas donner une autorisation temporaire ? »

2. Récapitulation des entretiens de l'étude de situation relative à la grossesse, à l'accouchement, et aux soins aux enfants dans les régions

1) Inquiétudes pendant la grossesse et soutien de la famille

• Inquiétudes

« J'étais inquiète car j'ai entendu dire que la sage-femme allait peut-être déménager. »

« Ne pas pouvoir acheter de nourriture parce que je n'avais pas d'argent m'inquiétait (accouchement au CSB). Je n'ai pas eu de problème de santé. »

« J'étais inquiète parce que je n'avais pas d'argent pour acheter des vêtements pour mon enfant. Je n'ai pas eu de problème de santé. »

« Mes inquiétudes pendant la grossesse, c'était le coût, une perte d'albumine, un œdème, et la séparation d'avec mon mari. »

« La vie était difficile, le coût m'inquiétait. Je n'ai pas eu de problème de santé. »

« Ce qui m'inquiétait pendant la grossesse, c'est que quelqu'un avait mis le feu à ma maison. Je n'ai pas eu de problème de santé. »

« L'argent m'inquiétait, je n'avais même pas d'argent pour acheter des vêtements pour mon enfant. A un mois de grossesse, j'étais inquiète parce que j'avais des vertiges et des nausées, mais je n'ai rien demandé à personne. »

« A six mois de grossesse, j'avais des vertiges et des nausées, et je suis allée voir le médecin du CSB. J'ai reçu des médicaments et ça s'est arrangé. »

« Savoir comment trouver l'argent nécessaire pour l'accouchement m'inquiétait. Pendant ma grossesse, je n'ai pas eu de problème de santé. »

« J'étais inquiète parce que mon mari et moi n'avons pas d'argent. Pendant ma grossesse, je n'ai pas eu de problème de santé. »

« Pendant ma grossesse, je n'étais pas inquiète et n'ai pas eu de problème de santé. »

• Soutien

Trois personnes ont répondu avoir été soutenues. Une personne a reçu un soutien financier et domestique de sa mère et de ses sœurs. Une personne a reçu un soutien domestique de son mari pendant la période suivant la grossesse. Une personne était une mère qui a subi une césarienne au CHUM, et qui a été aidée par sa belle-mère et ses belles-sœurs pour l'achat de vêtements d'enfant et pour les travaux domestiques, ainsi que financièrement pour le prix de l'intervention.

• Préparatifs pour le coût

« J'ai économisé dès que j'ai su que j'étais enceinte, mais j'étais inquiète en pensant que ça ne suffirait peut-être pas. »

« Je me suis procuré l'argent pour l'accouchement en vendant du charbon de bois. Mon mari m'a aidé. »

« A partir de cinq mois de grossesse, nous avons épargné sur le salaire de mon mari pour le prix de l'accouchement. »

« A partir de quatre mois de grossesse, nous avons mis de côté le salaire de mon mari pour l'argent de l'accouchement. »

« Grâce à la coopération de mon mari, nous avons mis très tôt de l'argent de côté. J'étais inquiète de ne plus avoir d'argent pour acheter de la nourriture, car je l'avais utilisé en entier pour l'accouchement. »

« Mon mari a travaillé pour le paiement et payé en plusieurs fois. » (Chez la sage-femme).

« Mon mari et moi, nous avons économisé pour le prix de l'accouchement. »

« J'ai épargné pour l'argent de l'accouchement dès que j'ai su que j'étais enceinte. Ma mère m'a aidé » (mari décédé).

« J'ai payé le prix de l'accouchement une semaine après, avec de l'argent accumulé par la vente au détail. Mon mari m'a aidé pour préparer l'argent. »

« Avec l'aide de mon mari, j'ai vendu des tapis de coco et constitué la somme nécessaire. »

2) Choix du lieu et de l'assistant de l'accouchement, et raisons pour cela

• Raisons de l'accouchement au domicile

« La même sage-femme s'était occupée aussi de mes enfants aînés. »

« Le CSB est loin. Il n'y a pas d'eau. Chez moi, c'est hygiénique. »

« Je pense que dans une formation sanitaire, c'est mieux, mais je n'ai pas pu arriver jusque là-bas. »

« Je suis allé voir le médecin car la sage-femme n'était pas là. »

« Il était prévu que j'accouche à l'hôpital, mais les douleurs du travail ont commencé la veille d'y entrer (dimanche), et comme la sage-femme était la personne la plus proche à qui je pouvais demander, je me suis précipitée chez elle. »

« J'ai déjà accouché plusieurs fois chez moi. C'est embêtant d'avoir à faire des allers et retours. »

« Parce que la sage-femme est la personne qui se trouve le plus près. »

« Parce que je ne voulais pas bouger après l'accouchement. »

« Parce que je veux être avec ma famille. »

« Parce que ça fait de nombreuses années que la sage-femme habite ici et qu'on peut lui faire confiance. »

« J'avais peur, pour si jamais il arrivait quelque chose, parce que c'était mon premier accouchement, alors j'ai demandé à la sage-femme (aide sanitaire), et non à l'accoucheuse traditionnelle. »

« Parce que les allers et retours au CSB sont pénibles, ma mère étant âgée. Parce que les déplacements de ma famille, qui s'occupe de moi après la naissance, sont pénibles. »

« CSB ou chez moi, le prix de l'accouchement est le même. »

« Parce que je connais l'assistante. »

« Parce qu'il y a une sage-femme (aide sanitaire), je n'ai pas envie d'aller voir la matrone. »

« Parce que c'est le travail de la sage-femme que d'assister l'accouchement. »

• Raisons pour l'accouchement à la formation sanitaire

« Parce qu'au CSB c'est moins cher qu'un accouchement à la maison. »

« Parce que je souffre d'une maladie. »

« Le CSB n'est pas loin. »

« Parce qu'il y avait eu les conseils de la sage-femme (double grossesse). »

« Si c'est à la formation sanitaire, on ne peut pas choisir qui assistera l'accouchement. »

3) Lieu souhaité pour le prochain accouchement et raisons pour cela

Deux personnes seulement ont répondu souhaiter accoucher chez elles la prochaine fois aussi. Trois personnes ont répondu réfléchir entre chez elles ou le CSB en fonction de la situation. Cinq personnes ont répondu « au CSB ». Quatre personnes parce que c'est une formation sanitaire équipée de matériel. Parmi les personnes ayant accouché en installation, aucune ne souhaitait accoucher chez elle la fois suivante.

Parmi les cinq personnes ayant répondu « au CSB », quatre étaient des femmes de Boanamary, et deux avaient accouché au CSB la fois précédente aussi. A Boanamary, il y a un climat d'exclusion de l'accoucheuse traditionnelle et de la sage-femme en exercice, et on a pu entendre que « le CSB est notre installation médicale, et nous devons l'utiliser ». La raison donnée par l'unique personne (accouchement précédent chez sa belle-mère) ayant répondu « au CSB » à Miadana était « parce que j'ai peur, si jamais il arrive quelque chose ».

Les raisons des deux personnes qui ont répondu « chez moi » étaient qu'au domicile, il y a de l'eau et c'est hygiénique, qu'elles font confiance à la sage-femme qui habite là depuis de longues années, et qu'elles ne veulent pas se déplacer pour accoucher.

Au sujet des raisons des trois personnes qui ont répondu « en fonction de la situation », on peut songer que c'est à cause de l'expérience que tout ne se passe pas comme prévu, notamment avec un cas où une demande a été faite à un médecin privé parce que la sage-femme à nouveau prévue pour cet accouchement était absente ; et en même temps, il y a conscience que le CSB est loin. Les deux autres personnes se font assister par la même aide sanitaire à Miadana, et donc pensent qu'il n'y a pas de grande différence même au CSB. Parmi elles, on trouve une mère qui accorde de l'importance à savoir qui assistera l'accouchement, et « a choisi la sage-femme et non l'accoucheuse traditionnelle », parce qu'elle « a peur pour le premier accouchement, si jamais il arrive quelque chose ». L'autre personne veut être avec sa famille, accordant de l'importance à savoir qui l'aidera après la naissance.

Pour les quatre personnes qui souhaitent l'accouchement en installation, l'aspect financier était présent, car c'est gratuit lorsque pris en charge par l'entreprise ; et on trouve des cas de saignements lors du dernier accouchement, avec les soins de la sage-femme (aide sanitaire) qui n'étaient pas satisfaisants ; de césarienne lors du précédent accouchement (premier accouchement) ; et de transport à l'hôpital après le précédent accouchement (premier accouchement) en raison d'une maladie.

La personne qui avait des saignements et était mécontente des soins de la sage-femme du CSB a répondu ne plus vouloir accoucher (cinq accouchements).

4) Consultation prénatale et vaccination antitétanique

- Consultation prénatale : 2 à 10 fois, en moyenne 4,4 fois
- Vaccination au tétanos toxoïde : tout le monde

- Continuité à partir de l'offre de consultation prénatale et de soins obstétricaux : soins demandés au même personnel médical que l'assistant de l'accouchement, mais en fin de compte,

Ambonio : parmi cinq personnes, consultation et assistant différents pour trois personnes (au SMIM, assistant d'accouchement parmi deux personnes de consultation prénatale et un médecin).

Boanamary : consultation prénatale au CSB pour tous, assistant d'accouchement différent pour deux personnes.

Miadana : tous au CSB, même personne que l'assistant de l'accouchement, à part pour une personne ayant subi une césarienne.

- Carnet de la santé de la mère et de l'enfant : possédé par tous à Boanamary et Miadana, par une personne seulement à Ambonio

Dans le cas de sage-femme privée, une personne seulement avait un carnet de la santé de la mère et de l'enfant imprimé, mais quatre personnes utilisaient un carnet à feuilles blanches comme carnet de maternité.

- Raisons des consultations

Inquiétude de savoir s'il y a des problèmes ou pas ; pour la prévention.

Parce que la personne qui donne la consultation est celle souhaitée pour l'assistance à l'accouchement.

Conseil de la sage-femme.

Le CSB est le seul endroit qui donne des consultations prénatales.

La sage-femme se trouve dans le même village.

La sage-femme du CSB a du métier.

C'est tout près.

5) Soins obstétricaux

Nouvelle visite 10 heures après l'examen vaginal. Reçu une injection, puis accouchement 30 min après.

Visitée toutes les 30 minutes pendant les 8 h entre l'examen et l'accouchement.

A été appeler la sage-femme 30 minutes avant l'accouchement.

A été au CSB, mais comme il n'y avait personne, a été chez la sage-femme. Y a été bien accueilli. Retour à la maison 2 h 30 après l'accouchement.

Visite au domicile de la sage-femme 1 h après l'accouchement. Accouchement en environ 3 h, retour à la maison 1 h après.

Arrivée de la sage-femme 30 minutes après la demande, accouchement en 1 h après une injection.

Arrivée de la sage-femme à minuit ; la sage-femme est restée jusqu'à 6 h du matin.

A reçu une injection avant l'accouchement, mais ne sait pas pourquoi.

Injection pratiquée pour accélérer l'accouchement. Accouchement une heure après.

6) Impressions sur l'accouchement

- Accouchement au domicile

« J'ai pensé que l'accouchement avec ma famille et mes enfants était vraiment sûr. Je pense que la formation sanitaire est bonne, mais comme c'est très loin à pied, c'est impossible d'arriver jusque là-bas. »

« Avec l'accouchement à la maison, je me sentais vraiment bien. »

« Je sens que l'accouchement s'est bien passé. C'était bien à la maison, il n'y avait pas à s'inquiéter pour l'eau non plus. J'ai pensé que c'était sûr. Au CSB, il y a un problème d'eau. »

« J'ai pensé qu'avec ma famille et mes enfants, c'était vraiment sûr. La sage-femme était très bien. Il n'y a eu aucun problème, et ça a pu être réglé sans payer énormément d'argent. Je suis très satisfaite car il n'y a eu aucun problème. »

« C'est tout à fait ordinaire d'accoucher à la maison. C'était sûr, car la sage-femme travaille aussi à l'hôpital. »

« Il n'y a pas eu de problème pour l'accouchement car je suis habituée. »

« L'accouchement n'était pas difficile. J'ai accouché à 4 h du matin et suis rentrée chez moi à 17 h. »

« J'ai bien fait d'être à la maison, près de ma famille. Heureusement, ça s'est réglé sans que j'aie besoin de me déplacer. »

« Je ressens que j'ai vraiment bien fait d'accoucher à la maison. Dans mon lit, sans avoir besoin de me déplacer ; et puis ma famille était à côté, c'était vraiment bien. Mais j'étais inquiète en me demandant s'il n'allait pas arriver quelque chose. »

« Heureusement que j'ai pu accoucher à la maison. On peut utiliser son propre lit, et il n'y a pas besoin de bouger à part ça. Et puis, c'est bien que la famille puisse être à côté. »

« Je préfère accoucher à la maison car on peut préparer de l'eau chaude ²⁹ pour l'accouchement. On utilise l'eau chaude pour laver le bébé et soi-même après l'accouchement. »

• Accouchement à la formation sanitaire

« Heureusement, il n'y a eu aucune complication. Cela n'a pas fait mal. »

« J'ai saigné après l'accouchement, et j'ai eu vraiment peur car la sage-femme ne m'a donné aucun soin. »

« L'accueil à la réception était bon, et le personnel, chaleureux, est resté près de moi pour l'accouchement. »

7) Prix de l'accouchement

• Naissance au domicile : 92 000 Ar en moyenne

Préparatifs faits depuis la grossesse.

Crédit possible, par paiements échelonnés ou paiement ultérieur, etc.

Dans le cas maximum de 15,000 Ar, saignements une heure après l'accouchement, lavage manuel et injection pour rétention du placenta.

Sans pouvoir payer le prix à la sage-femme tout de suite, a payé celle-ci après deux semaines en vendant des tapis de coco. Le mari aussi a aidé pour préparer l'argent.

• Accouchement à la formation sanitaire : en moyenne 2,600 Ar pour un accouchement normal

Préparatifs faits depuis la grossesse.

« Je n'ai pas pu quitter l'hôpital parce que je ne pouvais pas payer tout de suite le prix de l'accouchement. »

« L'accouchement à la maison est cher. »

²⁹ Les personnes interrogées ont dit que préparer de l'eau chaude pour l'accouchement était une habitude suivie par tout le monde.

« J'ai emprunté à mes belles-sœurs, et pense les rembourser à la prochaine récolte » (CS).

Le minimum de 0 Ar : un petit-enfant du chef de village, perte de connaissance après l'accouchement, transport au CHUM.

8) Aide après l'accouchement

« Mes belles-sœurs m'ont aidé pour le travail domestique. Mes sœurs m'ont aidé pour le travail domestique. »

« Mes sœurs qui habitent à côté m'ont aidé pour la lessive et la préparation des repas. »

« Mon mari, ma mère, mes sœurs et mes amies du village m'ont aidé pour le travail domestique. »

« Ma mère, ma belle-mère et mes sœurs m'ont aidé pour le travail domestique. »

« *Nampifana*³⁰ de ma mère ; mes sœurs et belles-sœurs ont lavé les vêtements de mon(mes) enfant(s) »

« Ma sœur aînée m'a aidée pour les travaux domestiques à la maison après la naissance aussi. »

« Ma mère m'a aidée pour la cuisine et la lessive, mon mari pour le puisage de l'eau. »

« Mon mari et mes belles-sœurs ont fait les travaux domestiques et lavé les vêtements de mon enfant. »

« Des parents m'aident après la naissance. Parce que c'est la coutume. »

« Une semaine après l'accouchement, j'ai logé chez ma belle-mère, et ensuite je suis rentrée chez moi. »

« J'étais devenue faible et ai reçu les conseils de la sage-femme. »

« J'ai reçu 200 ariary de deux personnes du voisinage comme *Rom-patsa* »³¹.

« Une amie m'a donné du savon. »

« Mes grands-parents m'ont aidé pour l'argent. »

« Une amie m'a apporté de la soupe aux crevettes. »

³⁰ La coutume d'offrir de l'argent comme félicitations après l'accouchement.

³¹ La coutume de s'occuper du travail domestique et des enfants après l'accouchement. En outre, il y a la coutume de boire de la soupe au poulet après l'accouchement, et sa préparation est incluse.

3. Liste des participants à l'atelier

Ministère de la Santé et du Planning Familial

Dr RAHAROLAHY Viviane	Adjoint Technique auprès du secrétaire général
Dr RAHANTANIRINA Marie Perline	Directeur, Direction de la Santé Familiale
Dr RASAMIHAJAMANANA Eugénie Claire	Adjoint Technique, Direction de la Santé Familiale
Dr RABEMANANTSOA Olga	Chef de MSR, Service de santé de la reproduction, Direction de la Santé Familiale
Dr RAOILIMALALA Eliane	Adjoint Technique, Direction des études et de la planification
Dr RASOLOMAHEFA Dieudonné	Directeur, Direction de développement des districts sanitaires
Dr RASOANAIVO Aimée	Directeur, Direction des hôpitaux de référence des régions
M RANDRIAMALANJAONA Dimison	Chef de SPM, Direction des ressources humaines
Dr RAJAOARISOA Sylvie	Chef de Partenariat

DRSPF de la région de Boeny

Dr ARISON NIRINA Ravalomanda	Directeur
Dr RAKOTOMAHEVA Maurice	Chef de Programmes de santé maternelle et infantile
Dr RASOANASOLONDRINA Laure	Responsable, Section de la santé de la reproduction et planning familial, Programmes de santé maternelle et infantile
Dr RAVONIARIVÉLO Robertine	Responsable, Section de la PCIME et Nutrition, Programmes de santé maternelle et infantile
Dr RATOVOINAINA René	Responsable des statistiques médicales et de santé
Mme RAHARINJAKA Eleonore	Section de santé de la reproduction et planning Familial, Programmes de Santé maternelle et infantile
Mme AVANANTSOA Sophie	Section de la vaccination, Programmes de santé maternelle et infantile
Dr RAVAOMANARVIVO Anne Marie Zoe	Médecin inspecteur, Service de la santé et du planning familial, District de Mahajanga I
Dr SAMOELISOLONJATOVO René	Médecin inspecteur, Service de la santé et du planning familial, District de Mahajanga II

Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga

Dr RALAIAVY Florette	Directeur du centre
Dr ANDRIANAIVOARIVOLA Tsiory Zoé	Directeur adjoint technique
Mme BAZEZY Josiane	Directeur administratif et financière
Dr ANDRIAMIANDRISOA Rahajanirina Aristide	Directeur, gynécologie-obstétrique
Dr RANDAHOARISON Pierana Gabriel	Chef de gynécologie-obstétrique
Dr RAFARALALAO Lucienne	Directeur, pédiatrie
Dr ANDRIANARIMANANA Diavolana	Chef de néonatalogie
Mme RAZANAKINIAINA Tovany Olga	Infirmière major générale
Mme BEANJARA Agnès	Infirmière major, service de pédiatrie
Mme RAFARAMIHAMINA Jeannette	Infirmière major, consultation prénatale et planning familial
Mme RALINORO Justine	Infirmière major, service de gynécologie-obstétrique

Partenaires du développement

Dr KÖCHER Dieter	Conseiller technique principal, projet « renforcement des services de santé dans la province de Mahajanga, GTZ
Mlle SANSEIGNE Maud	Responsable de l'IRCOD à Mahajanga

JICA

Yukichi USUI	Département du développement humain
Mineko ONODERA	Département du développement humain
Muneyuki KOZU	Bureau de Madagascar
Mikiko YOSHIDA	Expert à long terme (coordination des travaux)
Yasuyo OSANAI	Expert à court terme (santé maternelle)
Noriko KATO	Expert à court terme (santé infantile)
Mitsuaki MATSUI	Expert à court terme (santé publique)
Dr ANDRIANIAINA Harivelo Rijaso	Assistant technique
Mlle MONETTE Elancy Vita	Assistant technique
Mme RANIVO HARISOA Angéline	Assistant technique