

Mission d'évaluation de la faisabilité de l'introduction, à Madagascar, de pratiques fondées sur les preuves en matière de planification familiale

Antananarivo, Madagascar
8 avril 2006

Equipe de l'évaluation des besoins :

Pierre Ngom, FHI
Gaby Rakotondrabe, ADRA
Eugénie Rasamihajamanana, DSF
Lalasoa Rasetriarivony SR-MSR
Jason B. Smith, FHI
Elizabeth Warnick, USAID/Washington

Pour des informations supplémentaires concernant ce rapport de mission, prière de contacter :

Jason B. Smith, Director of Research Utilization
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709 USA
jbsmith@fhi.org



Ce rapport a été rendu possible grâce au soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'accord de coopération GPO-A-00-05-00022-00. Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'USAID.



FHI est une organisation à but non lucratif qui s'est donné pour mission d'améliorer la vie des populations du monde entier par le biais de la recherche, de l'éducation et des services en rapport avec la santé familiale.

Table des matières

Remerciements	iii
Liste des sigles	iv
Sommaire exécutif	v
Introduction	1
Historique	1
Composition de l'équipe de l'évaluation des besoins.....	2
Processus et échéancier	3
Élaboration des outils	3
Revue documentaire	3
La mission d'évaluation des besoins	3
Élaboration du rapport final	4
Observations de la mission	4
Niveau 1 – Politique et environnement	4
Niveau 2 – Services clinique	5
Niveau 3 –Services communautaires	6
Recommandations	7
Réduire les obstacles à l'accès aux contraceptifs	8
Élargir la gamme des méthodes contraceptives disponibles	9
Améliorer l'utilisation efficace d'outils et procédures concernant la prestation des services de contraception, suivant les normes internationales en cours	10
Améliorer l'intégration des services au niveau des formations sanitaires	11
Conclusion	11
Références	12
Appendice 1	13
Appendice 2	16
Appendice 3	19
Appendice 4-A	21
Appendice 4-B	22
Appendice 4-C	24

Remerciements

Dans l'accomplissement de son travail, l'équipe de l'évaluation des besoins en matière de « bonnes pratiques » a bénéficié du soutien d'un grand nombre d'individus. A chacun de ces personnes, l'équipe voudrait exprimer sa gratitude sincère pour les services rendus, grands ou petits. L'équipe tient à remercier tout spécialement Wendy Benazerga de l'USAID/Antananarivo pour son encouragement et son soutien ainsi que Benjamin Andriamitantsoa, également de l'USAID/Antananarivo, pour ses conseils et sa participation active au programme d'activités de l'équipe. L'équipe tient aussi à remercier Dr. Jean-Louis Robinson pour le temps qu'il a consacré à nous parler et de son intérêt personnel pour notre travail. Nos remerciements profonds vont à Dr. Perline Rahantanirina, Directrice de la Division de la Santé et de la Planification familiale, qui a mis son personnel à notre disposition et qui a participé aux événements du programme menés par l'équipe à Tana et à Fort Dauphin. Nous soulignons la reconnaissance que nous devons aux cadres de direction de SantéNet, en particulier à Phillippe LeMay, Chef d'équipe, et à Volcan Cakir, Directeur du programme, pour leur volonté de partager les informations et pour leur esprit ouvert. L'équipe voudrait exprimer un très grand merci à Kelsey Lynd, du Corps de la paix, pour le rôle qu'elle a joué lors de notre visite à Fort Dauphin. Sans ses efforts considérables, notre visite n'aurait pas été aussi informative et fructueuse. Et en dernier lieu, mais certainement pas en ordre d'importance, notre gratitude s'étend à Mme Viviane Rakotovazaha, pour sa gestion compétente et gracieuse du soutien logistique de l'équipe.

Liste des sigles

ADRA	Agence adventiste de développement et de secours
APQ	Amélioration de la performance de la qualité
DBC	Distribution à base communautaire
DIU	Dispositif intra-utérin
DMPA	Acétate de médroxyprogestérone-dépôt
EDS	Enquêtes démographiques et de santé
EU	Etats-Unis
FHI	Family Health International
FISA	Fianakaviana Sambatra ou Famille heureuse (affilié local de l'IPPF)
IEC	Information, éducation et communication
IST	Infections sexuellement transmissibles
MJF	Méthode des jours fixes
MPLD	Méthodes permanentes et de longue durée d'action
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCO	Pilule contraceptive orale
PF	Planification familiale
RMM	Rapport de mortalité maternelle
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
SR	Santé de la reproduction
SRP	Sélection de recommandations pratiques
TPC	Taux de prévalence contraceptive
UNFPA	Fond des Nations unies pour la population
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Sommaire exécutif

Ce rapport présente les résultats d'une mission d'évaluation de la faisabilité de l'introduction, à Madagascar, de pratiques, en matière de planification familiale, fondées sur les preuves. Cette évaluation, effectuée en mars et avril 2006 par une équipe multidisciplinaire mise sur pied et coordonnée par Family Health International, a bénéficié d'un appui technique et financier de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Elle avait pour buts d'identifier les points forts, de classer les problèmes par ordre de priorité et d'œuvrer, de concert avec les communautés, le gouvernement et les ONG, à l'élaboration de recommandations visant l'ancrage de bonnes pratiques en matière de planification familiale en vue du renforcement des services de santé de la reproduction à Madagascar.

Le processus d'évaluation comprenait une revue préalable de divers documents pertinents et une visite de deux semaines à Madagascar par l'équipe d'évaluation. Au cours de la visite sur le terrain, l'équipe a rencontré des représentants de divers organismes malgaches œuvrant dans le domaine de la prestation de services de santé de la reproduction. Elle s'est rendue dans des services à base communautaires situés à Antananarivo, à Andasibé, à Antsirabe et à Fort Dauphin.

Lors des visites auprès des organismes et dans les points de services, l'équipe a mené des entretiens afin de recueillir des informations sur les facteurs contextuels et le milieu environnant dans lequel les services sont offerts, sur l'emploi de certaines pratiques basées sur les preuves qui pourraient éventuellement améliorer la prestation des services et sur des facteurs susceptibles d'avoir un effet sur l'introduction et l'utilisation continue de pratiques recommandées.

L'équipe d'évaluation a trouvé que l'adoption de certaines pratiques fondées sur les preuves pourrait effectivement renforcer le système de prestation de services de santé de la reproduction à Madagascar. Les recommandations faites par l'équipe tenaient en compte deux faits certains :

- La mise en œuvre réussie d'un changement est un processus qui nécessite une communication de longue haleine entre des membres d'un système social structuré sur l'innovation en question.
- La recherche le confirme : la façon dont une innovation est perçue, les caractéristiques de ceux qui l'adoptent et toute une gamme de facteurs contextuels (esprit d'initiative, encadrement et caractéristiques du milieu environnant) peuvent influencer à un degré élevé la réussite des efforts visant à promouvoir l'adoption et la pérennité d'une innovation.

Les recommandations de l'équipe ont également été formulées en tenant compte de leur faisabilité et des facteurs tels que l'innocuité, l'efficacité, la démonstration de leur succès dans d'autres environnements, leur faible coût, leur potentiel d'être accepté et par les

clients et par les prestataires de services et la possibilité de les mettre en place sans des investissements supplémentaires importants en matière d'équipement et d'infrastructure.

Les recommandations spécifiques de la mission d'évaluation sont les suivantes :

- Le gouvernement de Madagascar devrait modifier ses normes et standards relatifs à la contraception en éliminant l'obligation faite aux femmes d'avoir leurs règles au moment où elles veulent utiliser un contraceptif pour la première fois. L'emploi de la liste de contrôle de grossesses, tant par le personnel des formations sanitaires que par les agents communautaires, devrait être mis en vigueur afin d'éliminer cette obstacle médical et d'améliorer l'accès à la contraception.
- L'inclusion des contraceptifs injectables parmi la gamme de méthodes offertes par les agents communautaires est conseillée en tant que moyen d'accroître l'accès à cette méthode populaire.
- L'inclusion de la Méthode des Jours Fixes™ (MJF) parmi la gamme de méthodes offertes est conseillée ainsi que le soutien de cette méthode à tous les niveaux du système de la santé de la reproduction à Madagascar en vue d'augmenter le nombre d'options contraceptives disponibles, particulièrement aux femmes susceptibles de ne pas se rendre dans les formations sanitaires pour se procurer des contraceptifs.
- Le matériel écrit que l'on compte utiliser aux fins de l'orientation et la mise en exécution des changements à venir au niveau des pratiques devrait être basé sur les critères d'éligibilité médicale de l'OMS et sur sa Sélection de recommandations pratiques. L'équipe a recommandé en particulier l'introduction de deux aide-mémoire, la liste de contrôle pour les contraceptifs oraux combinés (COC) et la liste de contrôle pour le DMPA, en vue d'aider les médecins, les infirmiers, les pharmaciens et les agents communautaires à fournir les contraceptifs hormonaux.
- Les prestataires concernés devraient être mis à niveau sur les critères d'éligibilité médicale de l'OMS les plus récentes et la Sélection de recommandations pratiques (aussi de l'OMS) en ce qui concerne les méthodes permanentes et les méthodes de longue durée d'action, telles que le DIU et la vasectomie.
- La pratique fondée sur les preuves appelée le « dépistage systématique » devrait être introduite dans les programmes afin d'accroître l'adoption de services prioritaires (planification familiale, maternité sans risque et programmes de vaccination, par exemple) et d'améliorer l'efficacité des services basés en clinique.

Le gouvernement Malgache tient à relever trois défis majeurs, notamment : l'amélioration de la santé de sa population, le renforcement de son économie et la protection de son environnement. Un travail de base considérable a déjà été fait en vue

d'améliorer l'accès aux services de santé de la reproduction et leur qualité. Les conditions sont en place, aussi bien sur le plan tant des orientations politiques générales, qu'au niveau opérationnel. L'introduction des pratiques recommandées (simples, sans danger, peu coûteuses et efficaces) qui s'appuient sur les preuves aidera le gouvernement malgache à atteindre ses objectifs, en particulier pour ce qui est de faire reculer la morbidité et la mortalité maternelles, de repositionner la planification familiale et de parvenir à un taux de prévalence contraceptive de 28 pour cent d'ici à 2009.

INTRODUCTION

Ce rapport présente les résultats d'une mission d'évaluation de la faisabilité de l'introduction, à Madagascar, de pratiques, en matière de planification familiale, fondées sur les preuves. Cette évaluation, qui a été effectuée par une équipe multidisciplinaire mise sur pied et coordonnée par Family Health International, a bénéficié d'un appui technique et financier de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Elle avait pour buts d'identifier les points forts, de classer les problèmes par ordre de priorité et d'œuvrer, de concert avec les communautés, le gouvernement et les ONG, à l'élaboration de recommandations visant l'ancrage de bonnes pratiques en matière de planification familiale en vue du renforcement des services de santé de la reproduction à Madagascar.

HISTORIQUE

L'intérêt porté par le gouvernement de Madagascar à la recherche, à l'adaptation et à l'introduction de pratiques fondées sur des preuves et capables de renforcer les services de planification familiale est le résultat direct de son attachement tangible à l'amélioration de la santé de la reproduction (SR) de sa population. La planification familiale est un élément-clé du plan de développement du gouvernement malgache. Ces dernières années, le gouvernement a proposé une vision unifiée en adoptant une stratégie nationale en matière de planification familiale ; en outre, il s'est employé à accroître les ressources financières affectées aux activités en faveur de la planification familiale, à élargir la gamme des méthodes de contraception proposées en les faisant passer de quatre à six et à prôner une stratégie multisectorielle en matière de prestation de services de planification familiale, notamment par le biais de la collaboration entre le secteur de la santé et celui de l'environnement.

A Madagascar, le secteur public du système de santé sert la majorité des habitants les plus pauvres et les plus désavantagés. Les programmes publics de prestation des soins de santé de la reproduction sont mis en oeuvre par le ministère de la Santé et de la Planification familiale, souvent avec l'appui de donateurs externes. Par exemple, l'USAID accorde une aide financière au programme bilatéral SantéNet qui a pour mission d'appuyer les services de santé de la reproduction, tant publics que privés, à Madagascar. Récemment, les programmes du secteur public ont été examinés à la loupe, et le pays a commencé à mettre à jour ses normes relatives à la santé de la reproduction et à formuler de nouveaux modèles pour la provision de produits et de services connexes. Cette réforme générale s'est notamment accompagnée d'une décentralisation de la gestion jusqu'au niveau des régions administratives, districts et municipalités nouvellement créés, et d'une augmentation des dépenses publiques relatives à la santé de la reproduction.

Selon l'enquête démographique et de santé (EDS) la plus récente (1), l'indice synthétique de fécondité est élevé à Madagascar : il est estimé à 5,2 naissances par femme. Le taux de prévalence des contraceptifs est faible : il est de 27 pour cent toutes méthodes de

contraception confondues et de 18 pour cent pour les méthodes modernes (femmes mariées). Il est à noter que les méthodes hormonales dominent la gamme des contraceptifs disponibles, au moins en partie à cause des difficultés considérables liées à l'accès aux services. Généralement, la procréation à Madagascar est caractérisée par une activité sexuelle précoce, un bas âge moyen à la première naissance, un faible recours aux méthodes d'espacement des naissances, et la présence de familles nombreuses. La mortalité maternelle est elle aussi élevée : elle est de 469 pour 100 000. La mortalité infantile est plus modérée et elle a tendance à diminuer, l'estimation la plus récente la fixant à 58 pour 1000. La prévalence du VIH est faible – elle était estimée à 1,7 pour cent en 2003 –, mais elle pourrait évoluer à la hausse dans un avenir proche sous l'effet de l'augmentation du nombre des principaux agents de transmission, en particulier parmi les participants au commerce du sexe qui se développe, et du nombre d'utilisateurs de drogues par voie intraveineuse. Le recours aux contraceptifs de barrière à des fins de planification familiale est très faible, de l'ordre de 1,1 pour cent selon les estimations (1), et ce malgré les efforts récents que déploient le gouvernement et des organisations non gouvernementales (ONG) pour encourager la diffusion du préservatif à grande échelle et à bon marché. Quarante-sept pour cent de la population malgache ont moins de 15 ans (1), ce qui met en relief la nécessité d'une information et de la provision de services en matière de santé à mesure que ces jeunes deviennent actifs sexuellement et qu'ils commencent à fonder une famille.

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE L'ÉVALUATION DES BESOINS

La composition de l'équipe tenait compte de la nécessité de représenter les institutions concernées et de réunir un ensemble adéquat de compétences. Non seulement il représentait le siège de FHI, mais le docteur Smith a aussi éclairé d'un jour nouveau les comportements en matière de santé, l'utilisation de la recherche et la santé maternelle. Le docteur Ngom, qui connaît la capacité d'assistance technique de FHI Nairobi, a suggéré de nouvelles perspectives en matière de démographie et d'évaluation des programmes communautaires et il jouit d'une certaine expérience en ce qui concerne ce type d'évaluation en Afrique francophone. Mme Warnick, qui représentait l'USAID/Washington, a offert son expertise dans le domaine de l'utilisation de la recherche et du marketing social. Le docteur Gaby, qui représentait une ONG à vocation religieuse membre du réseau SantéNet, a apporté une perspective médicale et la connaissance des opérations des programmes à l'échelon local ; le docteur Eugénie, enfin, qui représentait le ministère de la Santé et de la Planification familiale, a enrichi l'équipe par ses connaissances médicales spécialisées en santé de la reproduction et ses perspectives nationales dans le domaine de la gestion des programmes par sa spécialisation en santé publique. Sans être membre de l'équipe, le docteur Benjamin Andriamitantsoa, d'USAID/Madagascar, a fait de précieux commentaires sur la perspective des bailleurs de fonds et les initiatives relatives aux orientations nationales.

PROCESSUS ET ÉCHÉANCIER

Élaboration des outils

En février et en mars 2006, FHI a pris l'initiative de formuler d'une part une stratégie d'ensemble qui permettrait d'évaluer les services de planification familiale dans le secteur de la santé et, d'autre part, un outil qualitatif destiné à aider les membres de l'équipe à mener des entretiens qualitatifs avec les divers types de répondants [décideurs, responsables de programmes, prestataires de services et clients] qu'ils seraient à même de rencontrer lors de leur visite d'évaluation des besoins. La stratégie et les outils ont été formulés en collaboration avec l'USAID/Washington et plusieurs autres organismes coopérateurs (le Population Council, EngenderHealth, l'ADSA, l'Academy for Educational Development et l'institut de la santé de la reproduction à l'université Georgetown), mais c'est FHI, en dernier ressort, qui est responsable de la qualité de l'instrument mis au point.

Revue documentaire

Une revue documentaire a été effectuée à FHI entre le début février et la mi-mars 2006. Celle-ci s'est fondée sur des documents qui provenaient de diverses sources et qui couvraient deux grands domaines : 1) le contexte de la prestation des services de santé de la reproduction à Madagascar ; et 2) la collecte de supports documentaires concernant les pratiques fondées sur des preuves et qui pourraient être recommandées dans le cadre de ces services. La liste des pratiques et des autres critères susceptibles d'être retenus figurent à l'Appendice 1. En outre, le personnel de FHI a passé en revue les Normes et standards régissant la prestation de services de santé de la reproduction à Madagascar et il a suggéré des modifications qui tiennent compte de la façon dont nous comprenons les critères d'éligibilité médicale de l'OMS et sa Sélection de recommandations pratiques.

La mission d'évaluation des besoins

La mission d'évaluation des besoins, et par conséquent toutes les activités de collecte de données et de synthèse dans le pays, ont eu lieu entre le 27 mars et le 7 avril 2006. Les premiers jours de cette démarche ont été consacrés à la promotion du travail d'équipe, à l'orientation des membres de la Mission, et notamment à une réunion initiale d'orientation, ainsi qu'à la visite d'organismes clés qui pourraient fournir des renseignements de base utiles lors de la visite des sites. L'itinéraire de la visite d'évaluation des besoins figure à l'Appendice 2.

Outre les visites effectuées à Antananarivo, l'équipe d'évaluation s'est rendue dans trois sites, en l'occurrence Andasibe, Antsirabe et Fort Dauphin. L'Appendice 3 contient la liste détaillée des établissements visités et des personnes contactées.

Le 6 avril 2006, l'équipe d'évaluation des besoins a présenté ses observations et ses recommandations à un groupe composé de représentants d'une vaste gamme d'organismes directement intéressés par les résultats de cette visite. L'ordre du jour est

présenté à l'Appendice 4-A La liste des participants figure à l'Appendice 4-B. Tous les membres de l'équipe ont participé à l'élaboration des conclusions de la visite, lesquelles reflètent le consensus de l'équipe d'évaluation.

En règle générale, les acteurs clés en matière de SR/PF qui ont participé au séminaire de restitution des résultats de la mission d'évaluation ont entériné les conclusions de l'équipe et, à travers les travaux de groupes et les discussions plénières, y ont ajouté des commentaires et des conseils. Les résultats des travaux de groupes sont présentés à l'Appendice 4-C.

Élaboration du rapport final

Le présent rapport a été rédigé, de façon participative, entre le 8 et le 30 avril. FHI a assumé la responsabilité principale de l'élaboration des premières versions du rapport, et de les faire circuler parmi les membres de l'équipe pour revue. Alors que tous les membres de la mission ont été invités à faire des suggestions, lesquelles ont été intégrées au présent rapport, les erreurs, et omissions, ainsi que la responsabilité finale de ce document sont pleinement assumées par FHI.

OBSERVATIONS DE LA MISSION

Niveau 1 – Politique et Environnement

Dans ce domaine, l'équipe a relevé un certain nombre de points forts du système. Comme il a été signalé précédemment dans la section « Historique », l'amélioration de la santé de la reproduction bénéficie à Madagascar d'un appui de taille dans les hautes sphères politiques du pays, ce qui crée un environnement favorable aux procédures et aspects opérationnelle de la PF/SR. La planification familiale constitue un élément essentiel de la stratégie de développement de Madagascar, et le gouvernement est acquis à l'élargissement de l'accès à des services volontaires et de qualité, le moyen pour lui d'atteindre ses objectifs en matière d'équité sociale et de maîtrise de la fécondité. L'existence d'un groupe de travail élargi s'est révélée un moteur crucial pour cristalliser la volonté politique actuelle en progrès tangibles sur le terrain. Un travail considérable a déjà été fait dans le domaine de la formulation de stratégies visant à améliorer les services de santé de la reproduction avec comme cible la réalisation d'un impact immédiat sur la santé publique tout en renforçant le fondement nécessaire à l'amélioration de la performance du système de prestation de services. Les normes et standards qui régissent la prestation des services de santé de la reproduction faisaient déjà l'objet d'une revue au moment de la mission d'évaluation. C'est dire que celle-ci s'effectuait donc au moment opportun, et permettra au groupe local chargé de mettre à jour ces normes de prendre en compte la contribution de la mission d'évaluation, et ainsi, de refléter les changements survenus récemment dans les Critères d'Éligibilité Médicale de l'OMS. L'équipe a constaté l'existence de structures de communication entre les programmes de prestation de services au niveau régional, ce qui laisse espérer que cette infrastructure de communication pourra influencer l'introduction et l'application continue

des recommandations de la mission d'évaluation. Le système d'information de gestion de la santé était en cours d'amélioration au moment où s'effectuait la mission d'évaluation. Enfin, une gamme acceptable de méthodes contraceptives était déjà disponible au sein du système de prestation de services ou au moins était prévue par la régulation en cours.

Au niveau politique et environnement, les possibilités d'améliorations identifiées par la mission d'évaluation comprennent : la finalisation de la mise à jour des normes et des standards, leur dissémination à grande échelle et la mise à niveau du personnel des services de santé de la reproduction afin de s'assurer qu'ils comprennent bien les changements intervenus. Des efforts stratégiques considérables ont déjà été fournis en vue de l'amélioration de la prestation des services, de la communication et des systèmes d'information de gestion de la santé. Toutefois, ces stratégies viennent juste de voir le jour, et un travail soutenu et important devra être fourni dans les quelques années à venir avant qu'elles ne deviennent pleinement opérationnelles. À l'avenir, à mesure que la recherche continuera de documenter les améliorations apportées aux technologies et aux pratiques en matière de santé de la reproduction, le gouvernement sera nécessairement amené à procéder systématiquement à la révision et à la mise à jour de ses normes et standards de façon à se conformer aux normes internationales en vigueur.

Niveau 2 – Services cliniques

La mission d'évaluation a eu l'occasion de procéder à des observations et à mener des entretiens au niveau d'un certain nombre d'établissements CSB-2 en milieu urbain et péri-urbain. Malheureusement, elle n'a pas pu observer la prestation des services de PF au sein d'hôpitaux de district ou référents. Par conséquent, les conclusions tirées à ce niveau s'appliquent uniquement aux CSB-2, bien que certaines des recommandations puissent être valables pour les établissements de type CSB-1.]

Au niveau clinique, l'équipe a noté des efforts visant à accroître et le nombre de sites qui proposent actuellement des services de santé de la reproduction, et la formation du personnel des formations sanitaires en vue de renforcer leur capacité à fournir les produits et services de planification familiale. D'autres points forts identifiés sont l'amélioration de la disponibilité des produits contraceptifs, l'adoption de mécanismes d'amélioration de la qualité au niveau du système (APQ, par exemple) et la mise en place d'un mécanisme de revue trimestrielle des services de SR/PF.

La mission d'évaluation a identifié un domaine dans lequel il est possible d'apporter une amélioration urgente : c'est celui du renforcement de la capacité du personnel des formations sanitaires en matière de prestation de services de santé de la reproduction. En particulier, ceci consisterait, entre autres, à leur mise à niveau en ce qui concerne les normes et standards, surtout après la mise à jour des critères d'éligibilité médicales de l'OMS.

Un deuxième aspect qui peut être amélioré consisterait à encourager les prestataires à informer les clients sur toute la gamme des méthodes contraceptifs disponibles, y compris

les méthodes de longue durée et les méthodes permanentes qui pourraient ne pas être disponibles dans leur site, mais qui sont offertes ailleurs dans le système de santé.

Un troisième domaine d'intervention possible touchant le renforcement des capacités des prestataires de services concerne l'offre proactive de services intégrés de façon à maximiser le rapport coût/efficacité de chaque consultation. L'accès aux services proposés dans les formations sanitaires est médiocre pour une partie relativement importante de la population ; les visites des formations sanitaires exigent beaucoup de temps et d'effort pour les clients qui ont des moyens financiers limités, ce qui explique le haut degré de non-satisfaction des besoins en matière de services de PF et de SMI. L'offre simultanée de multiples services prioritaires (PF, vaccinations des enfants, diagnostic et traitement des IST, par exemple) à chaque client et à chaque consultation, tout au moins dans les centres dotés de la capacité d'assurer ces services, permettrait l'adoption accrue de ces interventions prioritaires par les populations et maximiserait le rapport coût/efficacité des visites des clients dans les formations sanitaires.

D'autres améliorations possibles identifiées par la mission d'évaluation au niveau des formations sanitaires sont celles relatives au renforcement des mécanismes de diffusion d'informations programmatiques dans l'ensemble du système sanitaire, aux efforts soutenus visant à éviter les ruptures de stocks de produits de planification familiale (et autres consommables), et la mise en place de mesures supplémentaires de support des activités d'IEC et des systèmes d'information de gestion de la santé. Enfin, le renforcement général du système de supervision au sein des services de SR ferait avancer de manière importante l'institutionnalisation des changements, tant au niveau de la consolidation des acquis, qu'en ce qui concerne la cristallisation des changements susceptibles d'être apportées à l'avenir.

Niveau 3 – Services communautaires

Les services à base communautaire ont déjà été identifiées comme revêtant un caractère prioritaire pour l'amélioration de l'accès aux services de SR à Madagascar, un point de vue que partage la mission d'évaluation. Cette dernière a constaté la présence d'un système fonctionnel d'agents communautaires qui ont été formés suivant un curriculum uniforme. De même, la vaste implication des ONG est un facteur positif capable d'assurer une capacité systémique et d'atteindre toute une gamme de populations ciblées. Par exemple, l'action menée par PSI en matière de marketing social semble compléter les efforts du secteur public visant à éduquer et à informer la population sur les produits et les services de SR, tout en renforçant la sécurité de l'ensemble du système en matière de contraceptifs. Ces observations ont amené la mission d'évaluation à être d'avis que l'initiative Commune Mendrika (Kaominina Medrika) de SantéNet se déroulait de manière satisfaisante, même si elle était encore en cours d'élaboration, et qu'elle pourrait bien servir de programme modèle à l'échelle nationale. De fait, elle a permis d'améliorer la disponibilité des ressources affectées aux réseaux de DBC et elle a débouché sur la mise en place d'une approche multisectorielle qui mobilise les communautés sur des questions telles que le couplage entre la planification familiale et le milieu environnant. L'équipe d'évaluation considère comme un point fort le fait que l'intégration d'au moins

certaines services (PF et SMI, par exemple) soit encouragée au niveau des services à base communautaire. De même, la présence d'un noyau de volontaires qui a été formé à l'appui de l'extension des services amène l'équipe à penser qu'ils pourraient supporter l'expansion de l'éventail des services de SR qui peuvent être offerts au niveau communautaire.

Aussi encourageants que soient certains aspects des services à base communautaire, il existe néanmoins des possibilités d'améliorations :

- La capacité technique des agents communautaires suscite de vives inquiétudes. La mission d'évaluation a constaté que la qualité du counseling qu'ils offrent et leur aptitude à répondre aux besoins des clients variaient d'un agent à un autre. Certes, il est normal de constater des différences entre agents, mais le fait que ceux-ci aient tous reçu une formation identique fait que les variations entre organisations et formations sanitaires soient sujets à réflexion.

- De même, bien que l'intégration des services soit une approche recommandable, et quoique mise en oeuvre sur le terrain, elle peut facilement déboucher sur la surcharge des agents communautaires, surtout des volontaires. Si l'on compte accroître leurs responsabilités et attendre davantage de résultats de leur part (comme le suppose l'intégration des services, par exemple), il faudra améliorer leur formation et leur encadrement, voire introduire des mesures d'incitation au rendement : c'est à ce prix que Madagascar pourra mettre en place un programme de prestation des services de santé pérenne et à large échelle.

- Les relations entre les agents communautaires et les formations sanitaires situées dans leur zone d'intervention semblaient, elles aussi, varier selon les organisations et les sites. De l'avis de la mission d'évaluation, une relation solide et durable entre agents communautaires et formations sanitaires peut potentiellement renforcer les services fournies par les uns et les autres. La mission d'évaluation est d'avis que des mécanismes permettant l'implication du personnel des formations sanitaires dans les activités de renforcement des capacités des agents communautaires et de leur supervision méritent d'être examinés sérieusement.

- Enfin, l'équipe a constaté que certains programmes/sites mettaient moins d'outils que d'autres à la disposition des agents communautaires pour les aider à mieux s'acquitter de leurs tâches (matériel d'éducation sanitaire et cartes aide-mémoire, par exemple). Ce problème semble relativement facile à corriger puisque le matériel en question existe déjà et pourrait l'objet des efforts visant à améliorer la qualité et l'uniformité de la formation à des agents communautaires.

RECOMMANDATIONS

L'introduction de pratiques fondées sur des preuves dans un système de prestation de services déjà établi cherche à amener les individus à modifier leurs comportements. Ils doivent cesser de procéder comme ils le faisaient auparavant, apprendre quelque chose de

nouveau, être convaincus du bien-fondé des changements, avoir confiance en leur capacité de les mettre en pratique et trouver le moyen de les intégrer de manière permanente à leur quotidien. La mise en oeuvre réussie d'un changement est un processus qui nécessite une communication de longue haleine entre des membres d'un système social structuré. La recherche le confirme : la façon dont une innovation est perçue, les caractéristiques de ceux qui l'adoptent et toute une gamme de facteurs contextuels (esprit d'initiative, encadrement et caractéristiques du milieu environnant) peuvent influencer à un degré élevé la réussite des efforts visant à promouvoir l'adoption et la pérennité d'une innovation. En règle générale, l'introduction de pratiques fondées sur des preuves dans un système de prestation de services de SR fait intervenir des publics multiples (décideurs, responsables de programmes, prestataires de services et clients), chacun ayant ses propres sujets de préoccupation et le pouvoir de faciliter, ou d'entraver, la réalisation de progrès.

Il existe de nombreuses pratiques fondées sur les preuves, mais seulement un certain nombre d'entre elles méritent d'être recommandées dans le cadre de la présente mission. En particulier, chacune de ces pratiques doit être :

- sans danger
- efficace
- fondée sur des preuves (succès démontré)
- peu coûteuse
- acceptable
- Ne requierrant pas d'investissements importants en matière d'équipement et d'infrastructure

De toutes les pratiques susceptibles d'être recommandées (voir l'Appendice 1), celles que la mission d'évaluation a retenues sont celles qui correspondent aux besoins spécifiques du programme de SR/PF à Madagascar, tout en tenant compte de son niveau de développement, de l'infrastructure existante, des activités en cours ou prévues et de la valeur ajoutée telle que perçue par les acteurs clés dans le domaine de la mise en oeuvre de ces programmes.

Réduire les obstacles à l'accès aux contraceptifs

À Madagascar, les normes en cours exigent que les contraceptifs ne soient délivrés qu'aux femmes qui ont leurs règles au moment où elles sont prêtes à les utiliser pour la première fois. Or plusieurs activités de recherche menées au niveau international ont démontré que cette condition posée à l'éligibilité d'une méthode contraceptive constitue un obstacle de taille à son utilisation dans les pays en développement. En fait, de telles recherches ont démontré que jusqu'à 20 pour cent des femmes se voient refuser l'accès à la contraception parce que le prestataire n'est pas sûr si la cliente est enceinte ou non. Toutefois, une activité de recherche menée au niveau international a validé une méthode, reposant sur une série de questions simples, qui permet d'écarter la possibilité de la grossesse chez une femme qui n'a pas ses règles au moment où elle se présente au prestataire (3). Ces questions ont servi de base à l'élaboration d'un aide-mémoire communément connu sous le nom de « liste de contrôle de grossesses ». La recherche a

démontré que cette liste permettait d'écartier la grossesse avec un taux d'efficacité de 99 pour cent chez les femmes qui n'ont pas leurs règles lorsqu'elle veulent initier l'utilisation d'un contraceptif. L'OMS, à travers ses Critères d'Éligibilité Médicale pour l'utilisation des contraceptifs (2004), recommande d'ailleurs aux prestataires de recourir à ce « checklist ».

Par conséquent, la mission d'évaluation recommande que Madagascar modifie ses normes et standards relatifs à la contraception en éliminant l'obligation faite aux femmes d'avoir leurs règles au moment où elles veulent utiliser un contraceptif pour la première fois et en remplaçant cette obligation par l'utilisation par les prestataires de la liste de contrôle de grossesses, tant par le personnel des formations sanitaires que par les agents communautaires, afin d'éliminer cette obstacle médical et ainsi donc d'améliorer l'accès à la contraception. Cet ajustement des normes et standards permettra de réduire le pourcentage des femmes qui se voient refuser la contraception parce qu'elles n'ont pas leurs règles au moment de leur première visite. Mieux encore, l'utilisation de la liste de contrôle permettra aux agents communautaires de fournir les méthodes contraceptives aux nouvelles utilisatrices sans les obliger à être examinées au préalable par un prestataire au niveau d'une formation sanitaire.

Élargir la gamme des méthodes contraceptives disponibles

Si le niveau actuel de la fécondité se maintient, la population malgache doublera en moins de vingt ans. Actuellement, le taux d'utilisation des contraceptifs est relativement faible au niveau national, tandis que la demande non satisfaite de contraceptifs atteint près de 24 pour cent (1). Comme prouvé par des activités de recherches menées au niveau international, l'élargissement de la gamme des options proposées en matière de contraception est associé à l'accroissement de la prévalence contraceptive. Des études portant sur plusieurs pays ont démontré que la prévalence contraceptive augmente d'environ 12 pour cent à chaque fois qu'une méthode est ajoutée à la gamme des contraceptifs auxquels les clients peuvent avoir effectivement accès. (4)

La première étape recommandée par la mission d'évaluation est d'inclure les contraceptifs injectables aux méthodes offertes par les agents communautaires. Une telle démarche accroîtrait l'accès à une méthode qui est déjà approuvée par le système de SR à Madagascar en autorisant sa distribution par une nouvelle catégorie de prestataires. Les contraceptifs injectables constituent déjà la méthode la plus populaire à Madagascar ; en les rendant plus facilement accessibles par le biais de services à base communautaire, on assistera très probablement à l'accroissement immédiat et soutenu du taux de prévalence contraceptive dans le pays.

La deuxième étape recommandée par la mission d'évaluation est d'institutionnaliser l'offre de la Méthode des Jours Fixes™ (MJF) à tous les niveaux du système malgache de SR et de stimuler de façon soutenue son utilisation. Cette méthode, qui requiert seulement une bonne compréhension du cycle menstruel et l'utilisation d'un aide-mémoire (le « collier du cycle »), pourrait être attractive aux femmes qui refusent, pour une raison ou une autre, d'utiliser des méthodes hormonales ou des dispositifs. Un

projet pilote portant sur la MJF vient juste d'être bouclée avec succès à Madagascar, et les leçons qui en seront tirées peuvent informer l'offre de cette méthode à une plus grande échelle. Des activités de recherche menées dans d'autres pays ont montré que les agents communautaires étaient tout à fait capables de vulgariser la MJF avec l'emploi du collier (5) ; par conséquent, la mission d'évaluation recommande la diffusion de cette méthode par le biais des agents DBC afin de couvrir les femmes qui ne se rendraient peut-être pas dans les formations sanitaires pour se procurer des contraceptifs.

Améliorer l'utilisation efficace d'outils et procédures concernant la prestation des services de contraception, suivant les normes internationales en cours

La version la plus récente des critères d'éligibilité médicale de l'OMS comprend un certain nombre de mises à jour et d'améliorations par rapport à la version précédente sur laquelle le gouvernement malgache s'était fondé pour rédiger les normes et standards qui régissent actuellement la prestation des services de SR au niveau national. Une fois que Madagascar aura mis à jour ces normes et standards à la lumière des critères d'éligibilité médicale de l'OMS les plus récentes, il y aura lieu de sensibiliser l'ensemble des prestataires sur la nécessité de réorienter leurs pratiques en conséquence.

Divers outils de formation et des aide-mémoire ont été mis au point sur la base des nouvelles directives de l'OMS, et **la mission d'évaluation recommande que ces nouvelles ressources soient mises à profit lors de la mise à niveau du personnel de santé dans le domaine des changements à apporter à leurs pratiques de tous les jours.**

Deux de ces aide-mémoire en particulier, à savoir la liste de contrôle pour les contraceptifs oraux combinés (COC) et la liste de contrôle pour le DMPA, basés sur les directives actuelles de l'OMS, sont disponibles pour mieux aider les médecins, le personnel paramédical, et les agents communautaires qui offrent des contraceptifs hormonaux. Conçus pour être complémentaire à la « liste de contrôle des grossesses » (voir la section sur Réduire les obstacles à l'accès aux contraceptifs, ci-dessus), ces aide-mémoire guident le prestataire en lui proposant un protocole qui repose sur les normes internationales les plus récentes.

En outre, **la mission d'évaluation recommande la mise à niveau des prestataires sur les critères d'éligibilité médicale de l'OMS les plus récentes concernant les méthodes permanentes et les méthodes de longue durée d'action, telles que le DIU et la vasectomie.** Au cours des deux dernières années, des efforts considérables ont été déployés par plusieurs agences visant à mettre sur pied des outils et des informations utiles aux programmes qui s'intéressent à la revitalisation du DIU. Une « trousse du DIU », comme on l'appelle, sert à sensibiliser les prestataires et le personnel des programmes sur cette méthode et à en faciliter l'offre. S'il n'existe pas de trousse équivalente pour la vasectomie, il est communément recommandé néanmoins un certain nombre de pratiques fondées sur les preuves et qui doivent être intégrées à la formation des prestataires qui auront à effectuer des vasectomies.

Améliorer l'intégration des services au niveau des formations sanitaires

Sur le terrain, la mission d'évaluation a constaté la sous-utilisation d'au moins certains services prioritaires (planification familiale, diagnostic et traitement des maladies sexuellement transmissibles, vaccination et accouchement). Cette observation est corroborée par l'enquête démographique et de santé la plus récente, laquelle signale que 23 pour cent des femmes qui n'utilisaient pas de méthode de planification familiale ce sujet n'avait pas été abordé lors de leur dernière consultation dans une formation sanitaire. Des activités de recherche menées au niveau international (6) ont démontré que l'offre systématique de services multiples pourrait accroître le recours à ces services et améliorer le rapport coût/efficacité des consultations au niveau des formations sanitaires. Les études de recherche concernant les services de planification familiale et de maternité sans risque ont montré que le recours à ces prestations augmente d'environ 20 pour cent quand des services multiples sont proposés systématiquement à chaque cliente. En fait, cette technique contribue à réduire la demande non satisfaite en matière de planification familiale et de protection maternelle et infantile au niveau communautaire.

La mission d'évaluation recommande l'introduction du « dépistage systématique » au niveau de la prestation des services offerts dans les formations sanitaires à Madagascar. Le « dépistage systématique » permet aux prestataires de suivre un algorithme pour déterminer les services dont leurs clients pourraient avoir besoin en plus de celui qui a motivé leur courante visite. Cette technique, qui s'accompagne d'un guide d'utilisation et d'un aide-mémoire, peut être introduite dans les formations sanitaires dotées d'une capacité suffisante pour absorber ce surcroît d'effort.

CONCLUSION

Le gouvernement Malgache tient à relever trois défis majeurs, notamment : l'amélioration de la santé de sa population, le renforcement de son économie et la protection de son environnement. Un travail de base considérable a déjà été fait en vue d'améliorer l'accès aux services de santé de la reproduction et leur qualité. Les conditions requises pour fructifier ce travail sont en place, aussi bien sur le plan des orientations politiques générales, qu'au niveau opérationnel. L'introduction des pratiques recommandées (simples, sans risques, peu coûteuses et efficaces) qui s'appuient sur les preuves aidera le gouvernement malgache à atteindre ses objectifs, en particulier pour ce qui est de faire reculer la morbidité et la mortalité maternelles, de repositionner la planification familiale et de parvenir à un taux de prévalence contraceptive de 28 pour cent d'ici à 2009.

REFERENCES

1. Institut National de le Statistique (INSTAT) et ORC Macro, 2005. Calverton, Maryland, USA. *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2003-2004*.
2. UNAIDS, 2004. Geneva, Switzerland. *2004 report on the global HIV/AIDS epidemic: 4th global report*.
3. Stanback J Qureshi Z, Sekadde-Kigonde C, et al. Checklist for ruling out pregnancy among family planning clients in primary care. *Lancet* 1999;345(9178):566.
4. Jain AK. Fertility reduction and the quality of family planning services. *Studies in Family Planning* 20(1): 1-16. Jan.-Feb. 1989.
5. Arevalo M, Jennings V and Sinai I. Efficacy of a new method of family planning: The Standard Days Method. *Contraception* (65) 2002: 333-338.
6. Das NP, et al. Systematic screening to meet unmet need by integrating reproductive health services: An operations research model to maximize service utilization. *FRONTIERS Final Report*. Population Council, Washington, DC, 2005.

APPENDICE 1 – Liste des pratiques basées sur les preuves et des critères d'éligibilité médicale

Liste de pratiques basées sur les preuves qui sont à considérer

I. Amélioration de l'efficacité des services de planification familiale à base communautaire

Les établissements de santé ont une présence limitée dans des milieux ruraux en la plupart de l'Afrique. Les services à base communautaire, et surtout la fourniture de contraceptifs par des agents de distribution à base communautaire (DBC), constitue une approche qui a réussi à accélérer l'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives dans ces milieux. Comme il a été démontré de manière satisfaisante, la distribution à base communautaire est sans danger et efficace pour de nombreux types de contraceptifs. Cependant, bien des programmes de DBC pourraient optimiser leur potentiel en améliorant les techniques de dépistage (ou de sélection) et en rendant accessibles davantage de méthodes.

1. La DBC des contraceptifs oraux
 - a. Utiliser les listes de contrôle pour les COC et le DMPA
2. La DBC des contraceptifs injectables
 - a. Utiliser les listes de contrôle pour les COC et le DMPA
3. Assurer que le programmes de DBC distribuent de manière efficace des préservatifs, selon le cas
4. La DBC relative à la Méthode des Jours Fixes
5. Accroître la participation des hommes dans les environnements DBC
 - a. La distribution des contraceptifs par des personnes de sexe masculin

II. Amélioration des services de planification familiale en milieu clinique par le biais d'outils, de techniques et d'organisation des services

Plusieurs outils et techniques ont été mis au point afin d'améliorer l'accès aux méthodes de contraception en milieu clinique. Ces outils et techniques aident le prestataire de services à atteindre une meilleure performance, d'améliorer l'accès aux méthodes contraceptives, et de répondre aux besoins non satisfaits en matière de services de santé maternelle et infantile. En adoptant ces approches, les programmes ont augmenté l'utilisation de la contraception dans de nouveaux groupes de clients et ont amélioré les taux de continuation parmi les clients qui utilisent des contraceptifs hormonaux.

1. Utiliser une technique de « dépistage systématique » afin de répondre au besoin non satisfait de toute une gamme de services de PF/SMI.
2. Améliorer l'accès et l'utilisation des contraceptifs hormonaux
 - a. L'emploi des listes de contrôle afin d'améliorer d'identifier les clients qui peuvent utiliser sans danger une méthode quelconque.

- La liste de contrôle de grossesses
- i. Les listes de contrôle pour les COC et le DMPA
 - ii. La liste de contrôle pour le DIU
3. Améliorer la provision des contraceptifs hormonaux en adoptant quatre pratiques d'usage facile :
 - a. Prise immédiate
 - b. Distribution anticipée
 - c. Counseling amélioré sur les nouvelles instructions de l'OMS en cas d'oubli de prise de pilules
 - d. Améliorer les connaissances des prestataires en ce qui concerne « la période de grâce » pour l'utilisation du DMPA
 4. Elargir la gamme de méthodes en ajoutant des méthodes nouvelles ou sous-utilisées aux programmes existants qui sont basés en clinique.
 - a. Préservatifs aux fins d'une double protection
 - b. Méthode des jours fixes
 - c. MAMA (Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée)
 - d. La contraception d'urgence
 - e. Réferer pour l'utilisation des MPLD
 5. Améliorer les taux d'utilisation de la contraception en encourageant la participation des hommes en milieu où sont prodigués les soins maternels.
 - a. Au cours de la période prénatale
 - b. Au cours du post-partum

III. Améliorer la fourniture des méthodes permanentes et à longue durée d'action (MPLD) – (au sein des programmes qui ont déjà la capacité nécessaire à fournir les MPLD et la demande suffisante à le justifier). Là où les insertions des DIU et des vasectomies sont effectuées, il existe de nombreuses bonnes pratiques de programmation susceptibles d'élargir la composition de la clientèle à laquelle on peut offrir ces méthodes, de réduire les coûts des services, d'éliminer les obstacles à l'accès, d'améliorer l'acceptabilité et de réduire les échecs de méthode.

1. Améliorer la provision du DIU :
 - a. Fournir le DIU aux femmes nullipares
 - b. Fournir le DIU en tant qu'une option contraceptive pour les femmes séropositives pour le VIH (là où il existe des services de counseling approfondi et l'accès continu aux services)
 - c. Supprimer l'administration des antibiotiques prophylactiques avant l'insertion d'un DIU
 - d. Limiter le nombre de visites de suivi à une seule visite
2. Améliorer la délivrance des services de vasectomie :
 - a. Interposition aponévrotique
 - b. Cautérisation
 - c. Technique sans scalpel
 - d. Counseling consécutive à l'intervention

Critères pour la sélection des bonnes pratiques

Le fait qu'il existe de nombreuses « bonnes pratiques » va sans le dire. Ce projet propose pourtant de limiter le nombre de « bonnes pratiques » qui sont appuyées à quelques pratiques dont le succès a déjà été démontré, qui sont peu coûteuses et relativement faciles à appliquer et qui ont une grande probabilité d'ajouter de la valeur aux programmes existants. Parmi toute la gamme de pratiques fondées sur les preuves, un certain nombre seulement méritent d'être recommandées dans le cadre de la présente mission. En particulier, chacune de ces pratiques doit être :

- sans danger
- efficace
- fondée sur des preuves (succès démontré)
- peu coûteuse
- acceptable
- ne requierrant pas d'investissements importants en matière d'équipement et d'infrastructure

APPENDICE 2 – Itinéraire de la visite d'évaluation des besoins

**PROGRAMME DE L'EQUIPE Family Health International (FHI)
A MADAGASCAR
24 mars au 06 avril 2006**

DATE	HEURE	ACTIVITES	LIEU	CONTACT
Vendredi 24 mars	22:50	Arrivée à Tana (J. Smith et E.Warnick)		Hôtel Colbert 22 202 02
Samedi 25 mars	21:30	Arrivée à Tana (P. Ngom)		Hôtel Colbert 22 202 02
Dimanche 26 mars		Visite du Palais d'Ambohimanga (Smith, Warnick, Ngom)		
Lundi 27 mars	08:30	Team Building (FHI, MINISanté/PF: Dr Perline, Dr Bako, Dr Eugénie, USAID : Benjamin/Wendy, Paul Blumenthal, SANTENET: Dr Serge, Volkan Cakir, Dr Gaby, Viviane	Hôtel Colbert	Dr Gaby @ 032 07 226 78 Viviane 032 02 661 62
	11:00	Visite de courtoisie auprès du Ministère de la Santé	MiniSanté Ambohidahy	Dr Eugénie @ 032 04 726 95
	14:30	Briefing USAID	Immeuble ZITAL Ankorondrano	

Mardi 28 mars	09:00 11:30 14:30	Réunion/présentation avec la MiniSanté/PF et les partenaires : ADRA, CARE, MCDI, Plateforme religieuse, PSI, SAF/FJKM, SALFA, SantéNet, USAID, Penser. Visite FISA Départ pour Andasibe	Salle de conférence MiniSanté/PF – Ambohidahy Ambatomitsangana Hôtel VAKONA	Dr Eugénie @ 032 04 726 95 Dr Gaby @ 032 07 226 78 Viviane 032 02 661 62 Mlle Lova @ 22 624 80
Mercredi 29 mars		Visite Réserve d'Andasibe Visite sites SAF/FJKM et ADRA	Andasibe Andasibe	
Jeudi 30 mars	08 :00	Départ pour Moramanga Visite SSD et PHAGEDIS Retour sur Tana		Dr Eugénie @ 032 04 726 95 Dr Gaby @ 032 07 226 78 Viviane 032 02 661 62
Vendredi 31 mars	08 :00	Descente Antsirabe Mandrosohasina : PHAGECOM Antsohantany : CSB, AC	Hôtel ANTSAHA	@ 44 050 02
Samedi 01 avril		Retour sur Tana		
Dimanche 02 avril				
Lundi 03 avril	06 :30	Départ pour Fort-Dauphin MD700/742 @ 07 :50 Arr. : 11 :30 (Benja Andriamitantsoa, Jason Smith, E. Warnick, P.Ngom, Dr Perline Rahantanrina , Dr Eugénie Rasamihajamanana, Dr Gaby	Hôtel le Dauphin	@ 92 212 38

		Rakotondrabe, Viviane Rakotovazaha) Visite « Communes Mendrika »		
Mardi 04 avril	08 :30	Visite Top Réseau, APQ, CSB		Mrs Kelsey M. Andry (Santénet) @ 92 210 23
Mercredi 05 avril	10 :00	Retour sur Tana MD713 @ 11 :55 – Arr. : 14 :15 Préparation de la réunion du lendemain		
Jeudi 06 avril	09 :00	Réunion de partage sur l'évaluation des bonnes pratiques en PF la MiniSanté/PF et les partenaires : ADRA, CARE, MCDI, Plateforme religieuse, PSI, SAF/FJKM, SALFA, SantéNet, USAID, Penser	Restaurant ASTAURIA Antanimena	

APPENDICE 3 - Liste des Personnes Contactées

Personnes Contactées

Equipe :

Dr. Eugénie Rasamihajammana	Direction de la Santé de la Famille
Dr. Gaby Rakotondrabe	ADRA
Viviane Rakotovazaha	Consultant
Dr. Lalasoa Rasetriarivony	SR-MSR
	Direction de la Santé de la Famille
Jason Smith	FHI, USA
Pierre Ngom	FHI, Kenya
Elizabeth Warnick	USAID, Washington

Contacts :

Antanarivo

Dr. Jean-Louis Robinson	Ministère de la Santé
Dr. Perline Rahantanirina	Directeur, Direction de la Santé de Famille
Dr. Bako	Directeur, Service de la Santé de la Reproduction
Autres représentants	Direction de la Santé de la Famille

Phillippe LeMay	Directeur, SantéNet
Volcan Cakir	Directeur des Programmes, Santé Net

Benjamin Andriamitansantsoa	USAID
Wendy Benazerga	USAID
Paul Blumenthal	JHU/CCP (USAID Conseiller en PF)

Volonirarainy Rajohns	FISA (IPPF) Président Régionale
Mbola Andriatsimba	FISA (IPPF) Coordinateur Régional

MoroManga/Andasibe Region

Commune de Ampasimpotsy	
Mme Noela	ADRA, Commune Ampasimpotsy
Mr. Henry Germain Rabenarivo	ADRA, Commune Ampasimpotsy
Responsable	Inspecteur du District, Moramanga
Responsable	PHAGEDIS
Dr. Fanja Harijato Andrianaitovo	FJKM/SAF Chef d'Unité, Moramanga
Responsable	FJKM, Commune Championne

Antsirabe Region

Berthine Rasoarimalala
Marie Julienne Rahiliarisoa

Aide Sanitaire, CSB, Mandrosohasira
Animatrice, Mandrosohasira

John Razafimanjato
Norohanta Verosniana Andriatsimametra
Jacky Razakadera

Directeur Régional de Santé, Antsirabe
Responsable de SR
Chef SMS

Dr. Hanita Razairinoro
Mme Nany Rahrimalala

Resp., Clinique FISA, Antsirabé
Resp. IEC, FISA, Antsirabé

Ft. Dauphin

Dr. Lucie Ramanandraibe
Dr. Josiane Ramangason
Dr. Jean Rasolofoaritianana
Dr. Josiane
Dr. Bakoly Rantoanina
Dr. Harninesy Rajeriharindranto
Dr. Bosco Bezaka
Kelsy Lynd
Andry Raherimamiandra

Directeur Régional de Santé, Ft. Dauphin
Médecin, Top Reseau, Ft. Dauphin
Médecin, CSB, Bazaribe
Médecin Inspecteur du District Bazaribe
PSI, Ft. Dauphin
ASOS
SantéNet
Corps de la Paix/SantéNet
SantéNet

APPENDICE 4-A

Réunion du 6 avril

Mission d'évaluation des bonnes pratiques en planification familiale

- 9 :00 Introduction – Ministère de la Santé et de la PF
- 9 :10 Ouverture de la réunion – Ministère de la Santé et de la PF
- 9 :20 Objectifs et agenda de la réunion – Dr. Eugénie
Objectifs de la Mission et méthodes – Dr. Eugénie
- 9 :30 Principales observations de la Mission – Dr. Gaby
- 10 :00 Pause
- 10 15 Recommandations de la Mission – Pierre & Elizabeth
- 10 :45 Discussion : Questions/Réponses – Dr. Gaby
- 11 :00 Travaux de groupes :
- 1) Services communautaires - Elizabeth
 - 2) Services cliniques - Dr. Gaby
 - 3) Politique et environnement – Dr. Eugénie
 - 4) Suivi et Evaluation – Jason & Pierre
- 12 :00 Présentation des recommandations des groupes - Elizabeth
- 12 :40 Clôture de la réunion – Ministère de la Santé et du Planning Familial
- 13 :00 Déjeuner

APPENDICE 4-B

Mission d'évaluation des bonnes pratiques en planification familiale :

Liste des Participants

Participants (Nom/Prénom)	Institution
Randiranagolo, Bahaly	Marie Stopes International
Razafindcovony, Bakoly	MiniSanté&PF/Div PF
Razanoelina, Nalimalala	IPPF
Vololoutona, Tiame	DEP
Rasoaharimalala, A.	SIECTIS
Rakotonirina, L. Josette	DDDS
Raketakandria, Nivohadu	MiniSanté&PF/ Maternité sans risque
Raharimanana, Gertrude	MiniSanté&PF/ Maternité sans risque
Cakir, Volkam	SantéNet
Rakotonanga, Avotiang	SantéNet
Rokotorima, Beko Mine	MiniSanté&PF/ Maternité sans risque
Rafiringason, Rigobert	UNFPA
Andriamitantsoa, Benjamin	USAID
Rahantanirina, Perline	MiniSanté&PF
Feroldi, Julie	Ambassade de France
Nasy, Harisoa	OMS
Rakotobe, Andrianana	ARTEL

Rakotondramboa, Sandra		Comité national sur le VIH/SIDA	
Rahajarison, Andry		PSI	
Blumenthal, Paul D		JHUCCP/USAID	
Rokotovao, Jean			
Equipe			
Rakotondrabe, Gaby		ADRA	
Rasamihatamavana, Eugénie		MiniSanté&PF	
Rasetriarivony, Lalaso		MiniSanté&PF/ Maternité sans risque	
Smith, Jason		FHI/NC	
Ngom, Pierre		FHI/Kenya	
Warnick, Elizabeth		USAID/Washington	
Rakotovazaha, Viviane		Consultante en logistique	

APPENDICE 4-C

Mission d'évaluation des bonnes pratiques en planification familiale :

Réunion, le 6 avril 2006

RECOMMANDATIONS

- 1) Réduire les obstacles à l'accès aux contraceptifs

Changer la politique concernant la nécessité d'avoir ses règles au moment de la consultation afin de recevoir les contraceptifs pour la première fois

Utiliser la liste de contrôle dans les services de santé et de distribution à base communautaire pour détecter la grossesse

- 2) Elargir la gamme de méthodes contraceptives

Introduire la méthode des jours fixes (Collier du cycle) dans toutes les formations sanitaires (publiques, privées, confessionnelles) et dans les services de distribution à base communautaire

Introduire les contraceptifs injectables parmi les méthodes offertes par les services de distribution à base communautaire

- 3) Mettre en œuvre les recommandations les plus récentes pour améliorer l'offre de services

Quick Start ou prise immédiate de la pilule

Utiliser les listes de contrôle pour les CO et les CI dans les services de santé et les services de distribution à base communautaire

- 4) Améliorer l'utilisation des services intégrés au niveau des formations sanitaires

Introduire la technique de l'identification systématique

Thèmes pour les travaux de groupes :

- 1) Services communautaires – Elizabeth
 - 2) Services cliniques – Dr. Gaby
 - 3) Politique et environnement – Dr. Eugénie
 - 4) Suivi et évaluation – Jason & Pierre
- Réactions : pertinence des recommandations (10 min.)
 - Stratégies : mise en œuvre des recommandations : échelle, étapes, défis (30 min.)
 - Recommandations clés (20 min.)