

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
REMERCEMENTS	2
LISTES DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES.....	3
GLOSSAIRE.....	4
INTRODUCTION	6
PREMIÈRE PARTIE : MATERIELS ET METHODES.....	11
Chapitre I : Matériels de l'étude	12
Chapitre II : Méthodes	21
DEUXIÈME PARTIE : RESULTATS.....	29
Chapitre I : Caractéristiques organisationnelles du CSB	30
Chapitre II : Présentation des données de l'enquête socio- économique des ménages	40
Chapitre III: Effets de l'enquête sur la disposition à payer pour que le FE soit amélioré	48
TROISIÈME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION.....	51
Chapitre I : Explication de l'inaccessibilité de la population au CSB	52
Chapitre II : Démonstration sur la faiblesse des ressources du fonds d'équité actuel	54
Chapitre III : Interprétation des principaux résultats socio- économique des ménages	56
Chapitre IV : Analyse de la nouvelle alternative de financement du système de santé	60
CONCLUSION	71
BIBLIOGRAPHIE.....	73
ANNEXES	76
LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES	85
TABLE DES MATIERES	87

REMERCEMENTS

Le présent ouvrage est une œuvre de longue haleine. La réalisation de cet ouvrage n'aurait pas été possible sans l'aide et la contribution de certaines personnes à qui, de près ou de loin, nous adressons nos vifs et sincères remerciements.

En premier lieu, notre haute considération s'adresse aux corps enseignants de la faculté de Droit, d'Economie, de Gestion et de la Sociologie de l'Université d'Antananarivo qui ont suivi minutieusement notre formation universitaire et qui ont su inculquer, avec un encadrement enrichissant, les connaissances de base nécessaires pour la réalisation du présent ouvrage.

Nous tenons également à témoigner notre haute considération à l'endroit des personnes ci-après :

- ❖ A Monsieur Eric MANDRARA, notre encadreur pédagogique, qui, malgré ses lourdes responsabilités, a accepté avec amabilité de nous encadrer, aider et suggérer dans l'accomplissement de ce travail. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre profonde gratitude.
- ❖ A Monsieur EMILE, enseignant chercheur à l'université de Tamatave, notre encadreur professionnel qui, malgré son calendrier toujours très chargé, a eu l'obligeance de suivre de près nos travaux, de bien vouloir nous encadrer, guider et conseiller, de faire des remarques constructives et des suggestions. Qu'il trouve ici l'expression de notre vive reconnaissance.
- ❖ A nos familles et nos amis pour leur compréhension, leurs aides (matérielles ou financières) et leurs encouragements incessants. Nous tenons à les assurer qu'un immense et ineffaçable souvenir leur est réservé pour le restant de notre vie.
- ❖ Nous ne saurons jamais omettre de témoigner notre vive reconnaissance et notre affection à ma Mère Catherine RAVAOARISOA qui a vécu avec nous les meilleurs et les pires durant la réalisation du présent ouvrage.
- ❖ Ici, je tiens à adresser mes profondes reconnaissances à ma femme Béatrice Angèle RAKOTOJAONA, qui m'a donné d'interminables soutiens tout au long de mes études, à mon fils Misaël pour leur compréhension de mes absences prolongées. Leur encouragement m'a donné de forces pour les efforts nécessaires pour de telles études.

LISTES DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES

%	: Pourcentage
Ar	: Ariary
AEDS	: Agence Européenne pour le Développement Et la Santé
CSB	: Centre de Santé de Base
CHD	: Centre Hospitalière de District
COGE	: Comité de Gestion
CoSan	: Comité de Santé
CR	: Commune Rurale
CNS	: Comptes Nationaux à la Santé
CTD	: Collectivité Territoriale Décentralisé
DAP	: Dispositif A Payé
DP	: Délégué de la Population
FANOME	: Financement pour l’approvisionnement Non-stop en Médicament
FE	: Fonds d’Equité
FS	: Formation Sanitaire
IFT	: Impôt Foncier Terrestre
IFPB	: Impôt Foncier sur le Proprement Bâti
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
ND	: Non Déterminants
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernemental
PhaGeCom	: Pharmacie à Gestion Communautaire
PMA	: Paquet Minimum d’Activité
PEC	: Prise en charge
RN	: Route Nationale
SSD	: Service de Santé de District
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences

GLOSSAIRE

- **Prestation** : Généralement, gains (matériels ou non) perçus par un individu ou une communauté à la suite d'une action. Le terme a également une signification spécifique dans le contexte des systèmes de santé : les services de santé et autres avantages (en espèce ou en nature) auxquels ont droit certaines personnes remplissant des critères spécifiques.
- **Source de financement** : Institution et/ou entité qui fournissent les fonds (premiers payeurs) utilisés dans le système par les « agents de financement ».
- **Dépenses en santé** : La dépense en santé englobe toute les dépenses liées aux activités dont le but essentiel est de restaurer, améliorer, entretenir, la santé d'une nation et des individus sur une période définie. Cette définition s'applique indépendamment de la nature de l'institution qui fournit les soins ou qui finance l'activité de santé.
- **Ménage** : Le ménage est un petit groupe de personnes qui partagent le même logement, qui mettent en commun une partie ou la totalité de leur revenus et de leur patrimoine, et qui consomment collectivement certain types de bien et de service, principalement de la nourriture et des service de logement.
- **Mutuelle** : est une société de personnes à but non lucratif organisant la solidarité entre ses membres, et dont les fonds proviennent des cotisations des membres.
- **Système de santé** : C'est un ensemble d'éléments chargés de : répondre à la demande de santé ; coordonner les professions d'activité de santé avec les activités des différents partenaires qui contribuent au financement des soins de santé. Il comporte quatre éléments (offres de soins, demandes de soins, financement des soins, flux de liaison).
- **Équité** : Il existe plusieurs approches : selon Aristote, il y a deux sortes d'équité : horizontale qui permet l'accès aux soins, les traitements sont égaux ; et verticale qui se réfère au système de financement, s'il y a capacité productive différente, il y a contribution différente. Selon Rawls, un système est équitable si la consommation de santé relève de la volonté des individus, de sa capacité de paiement, et pourvu qu'un soin minimum de base soit accessible à tous.
- **Redistribution des ressources** : Il existe deux types de redistribution : la redistribution horizontale est une mécanique de partage des ressources de tous les individus qui en disposent afin de permettre à tous (y compris ceux qui n'ont pas contribué à ce

partage) de bénéficier de prestations égales, la redistribution verticale consiste en un transfert des ressources des riches vers les pauvres.

- **Centre de Santé de Base :** C'est un dispensaire de santé public qui est implanté au niveau de la Commune et du Fokontany en fonction de leur catégorie.

- **Centre Hospitalière de District :** C'est un hôpital public qui est situé au niveau de chef-lieu de district.

- **Coût :** est la mesure, de la dépense ou de l'appauvrissement d'un agent économique, associé à un évènement ou action de nature économique, et exprimé généralement sous forme d'un prix ou d'une valeur monétaire.

INTRODUCTION

La déclaration universelle des droits de l'homme formule tous les droits humains et l'instrument de base en vigueur. La santé y tient une place particulière, précisément dans son article 25 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ; ainsi que pour les services sociaux nécessaires ... »¹. La jouissance de ces droits n'est pas humainement assujettie à de conditions économiques et financières, d'où l'adage « la santé n'a pas de prix »². Alors « la santé [est la] clé du développement économique »³.

De plus, le droit à la protection à la santé est reconnu par tous les pays du monde. Ce droit à la santé apparaît dans beaucoup de traités internationaux, ne citant que la charte internationale des droits de l'homme, la charte africaine des droits de l'homme et des peuples, les conventions relatives aux droits de l'homme et de l'enfant, les conventions internationales de l'organisation internationale du travail relatives à la sécurité sociale. L'accès dans le domaine de la santé est par conséquent pour tous.

D'ailleurs, la constitution malagasy de la quatrième république, dans l'article 19 prévoit que « L'Etat reconnaît et organise pour tous individus le droit à la protection de la santé dès sa conception par l'organisation des soins publics gratuits, dont la gratuité résulte de la capacité de la solidarité nationale »⁴. L'Etat assure donc en priorité la sécurité sociale de la population dans les différentes catégories sociales. Il est le premier responsable de la vie publique. Dans le domaine de la santé publique, la mise en place d'un système de santé équitable et juste doit être primordiale pour l'Etat malgache. Il garantit la couverture sociale de la population (au niveau de la santé et de l'éducation,...).

Le Madagascar Action Plan ou MAP (ne demeure pas actuellement) dans l'engagement n°05, défi n°1 et dans l'engagement n°08, défi n°04 a pour objectif d'offrir à toute la population, même les plus pauvres, des soins de santé de qualité et d'améliorer

¹ LE DROIT A LA SANTE, un droit fondamental stipulé par l'ONU et reconnu par les traités régionaux et nombreuses constitutions nationales, brochure élaboré par Melik Ozden, Directeur du Programme Droits Humains du CETIM et Représentant permanent auprès de l'ONU, 2009, 68p.

² Cours économie de la santé, Blanche Nirina Richard, 2009

³ LAMBERT D.C, (2001), La santé, clé du développement économique, Le Harmattan, 376p.

⁴ La constitution malgache du quatrième République, Novembre 2010

l'appui aux très pauvres et vulnérables⁵. Donc, la lutte contre la pauvreté dépendrait ainsi de l'amélioration de la santé publique. Madagascar a lancé, depuis les années 1960, des programmes de réduction de la pauvreté mais la situation sanitaire y reste problématique. Le taux de mortalité s'élève à 58 pour mille, l'espérance de vie est de 57 ans, les taux de vaccination n'atteignent que 60%⁶.

Alors, on définit de Centre de Santé de Base, toutes les formations sanitaires dirigées par des paramédicaux (Infirmier(e) et sagefemmes) de l'ancienne pyramide de la santé. Il est globalement fréquenté par le monde rural. A Madagascar, il existe deux catégories de centres de santé de base :

- les CSB1 : Centre de Santé de 1^{er} contact dirigé par des paramédicaux et d'aides-soignants, ne dispensant que les services de vaccination et les soins de base ;
- les CSB2 : Centre de Santé de 2^{ème} contact dirigé par un médecin assisté par deux paramédicaux⁷ (une sagefemme et un(e) infirmier(e)).

A la suite de l'initiative de BAMAKO en 2000, dans le but de générer des ressources financières dans le Centre de Santé de Base, deux options ont été proposées aux gouvernements Africain : soit enlever le système de paiement à l'acte, soit améliorer le système d'exemption pour certaines catégories de population. En 2005, dans le but d'améliorer l'accessibilité de personne démunie aux Centres de Santé de Base, le Ministère de la Santé et du Planning Familial malgache a introduit, parallèlement au recouvrement des coûts, un nouveau système appelé « Fonds d'Equité ». Ce système s'inspire du FANOME⁸ (Financement pour l'Approvisionnement Non-stop en Médicament) qui est une entraide pour la santé. Ce Fonds est réservé spécifiquement pour les personnes identifiées démunies et la prise en charge du premier soin de toute personne victime d'un état d'urgence. Ces deux cas reçoivent leur médicament gratuitement au niveau du CSB.

Le fonds d'équité est un mécanisme de protection sociale et de prise en charge des soins des plus nécessiteux du point de vu socio-économique, selon un système de tiers payeur qui garantit au prestataire un paiement pour les services prestés. Le principe est le

⁵ Madagascar Action Plan, 2007

⁶ Mission économique, Fiche de synthèse, Le secteur de la santé à Madagascar, 2007, 4p

⁷ Hôpital et Système de Soins de Santé à Madagascar, Blanche Nirina RICHARD, juin 2005, 203p

⁸ Décret N°2003-1040 du 14 octobre 2003

suivant: un fonds indépendant identifie les plus pauvres et paye les structures sanitaires pour les soins qu'elles leur délivrent.

Etant donné que le périmètre de couverture de soins de santé de personne démunie au niveau d'un CSB dépend de l'importance du volume du fonds d'équité. Alors, la problématique de notre recherche, l'analyse des problèmes qui limitent la couverture de ce fonds.

Le fonds d'équité constitue une partie importante consacrée aux soins de la population démunie. Son amélioration s'inscrit à la fois dans une logique de recherche de bien être de la population et dans le rôle de l'Etat d'assurer la bonne santé de sa population.

C'est dans ce cadre qu'il importe d'étudier la disponibilité à payer des ménages concernant surtout le montant de la dépense sanitaire au niveau de Centres de Santé de Base afin de pouvoir estimer les cotisations annuelles versées par la population pour l'alimentation du fonds d'équité. Le but est d'augmenter le pourcentage de la population locale jugée démunie bénéficiaire de ce fonds par le biais de la création d'un système mutualiste, mis en place parallèlement au système FANOME. Ce système permettra d'intégrer les non malades dans le circuit. L'analyse économique montre la comparaison entre les coûts et les bénéfices entraînés par le choix d'une politique mutualiste pour les non malades. Cette étude sera donc un système exemplaire à imiter pour les responsables de chaque niveau sur leur territoire en ce qui concerne la prise de décision économique au niveau de leur gestion.

L'objectif principal de la présente recherche est de rendre efficace la mise en œuvre et de maintenir la raison d'être du fonds d'équité au niveau des CSB sur tout le territoire de Madagascar, en général, et plus particulièrement pour le cas du CSB de la Commune Rurale de BELOBAKA. Ceci est pour répondre convenablement aux principes de ce fonds afin d'accroître l'accessibilité de la population démunie au service de santé publique. Afin de l'atteindre, deux objectifs spécifiques sont avancés :

- Objectif spécifique 1 : Apporter des éclaircissements sur l'insuffisance du volume d'encaisse dans le Fonds d'Equité ;
- Objectif spécifique 2 : Proposer des solutions possibles susceptibles d'augmenter le volume de cette encaisse.

Depuis, l'intervention de l'Etat dans le domaine de santé suscite beaucoup de discussions. En effet, son intervention dépend inéluctablement de son budget. Les crédits volumineux alloués à la santé publique ne satisfaisaient pas la couverture totale des dépenses liées à ce domaine. Devant l'impossibilité de l'Etat à assurer toutes les charges relatives aux soins publics, il importe de chercher d'autres systèmes pour l'aider. Ces systèmes devront contribuer davantage les couches les plus démunies qui sont des charges très conséquentes des organismes publics. Voilà pourquoi, un fonds d'équité a été instauré pour combler en partie le gap de l'insuffisance de financement de l'Etat Central via les dépenses sanitaires aux CSB de la population démunie.

L'hypothèse de la recherche repose sur le fait suivant : « *en cherchant des nouvelles sources de financement pour augmenter le volume d'encaisse du Fonds d'Equité, l'accessibilité de la population démunie au service de santé publique sera améliorée par rapport à la situation actuelle* ».

Alternative économique : ANALYSE COUT-EFFICACE

Option1 : Réalité actuelle dans le CSB (donc la situation actuelle sans aucune action)

Option2 : Apporter des améliorations sur le niveau du FE avec la participation des non malades (coût- efficace).

Notre travail est divisé en trois grandes parties. La première partie est consacrée à l'esquisse des « Matériels et Méthodes ». Elle montre la présentation de la CR de BELOBAKA et de la population étudiée, le règlement du fonds d'équité, la revue de la littérature, la méthodologie d'approche ainsi que la méthode d'exploitation des données.

Quant à la seconde partie, elle exhibera les résultats les plus pertinents de notre recherche. Cette partie sera subdivisée en trois (03) grands chapitres selon la logique progressive de la présentation du devoir :

1. Le premier chapitre donnera les caractéristiques organisationnelles du CSB;
2. Le deuxième chapitre présente les données de l'enquête socio-économique des ménages ;
3. Enfin, le dernier montrera les effets d'enquête sur la disposition à payer (DAP) des ménages pour que le fonds d'équité soit amélioré.

La dernière partie du devoir avance les discussions sur les résultats. Elle comportera les étapes suivantes :

1. L'explication de l'inaccessibilité de la population au CSB ;
2. La démonstration sur la faiblesse du fonds d'équité actuels;
3. L'interprétation des principaux résultats suivant la logique de la partie « Résultats »;
4. L'analyse de la nouvelle alternative de financement du système de santé.

Tout au long de notre travail, nous entendrons par « fonds d'équité amélioré », l'augmentation du nombre de population démunie bénéficiaire du fonds.

PREMIERE PARTIE : MATERIELS ET METHODES

C'est dans cette partie que nous allons décrire brièvement les matériels de l'étude ainsi que les méthodes utilisées pour effectuer cette recherche.

Chapitre I : Matériels de l'étude

Au départ, nous avons étudié les différents matériels concernant la Commune Rurale de BELOBAKA et les revues de la littérature concernant le fonds d'équité. Ce chapitre présente tous les matériels utilisés pour effectuer notre étude.

Section I : Présentation

I.1 Brève présentation de la Commune

I.1.1 Situation géographique

La Commune Rurale de BELOBAKA se trouve dans le District de Mahajanga II, Région Boeny. Le Chef-lieu de la Commune se situe à 10 km du centre-ville de Mahajanga-I, sur l'axe de la Route Nationale N°4. Se situant sur la partie Nord-Ouest du District, la Commune Rurale de BELOBAKA couvre une superficie de 208 km². La délimitation administrative de la Commune Rurale de BELOBAKA se présente comme suit :

- ❖ Au Nord et à l'Est, par la Commune Rurale de Betsako ;
- ❖ Au Sud-Est, par celle d'Ambalakida ;
- ❖ A l'Ouest, par la Commune Urbaine de Mahajanga ;
- ❖ Au Sud, par les deux communes rurales de Boanamary et Marovoay-Banlieue.

La Commune Rurale de BELOBAKA est composée administrativement de neuf Fokontany, à savoir : les Fokontany de Belobaka, d'Amparemahitsy, d'Ampazony, d'Ampitolova, d'Ankazomenavony, d'Antsaboaka, d'Antsanitia, de Besely et de Ladigy.

I.1.2 Situation démographique

Au cours de l'enquête, la Collectivité enregistrée au niveau de la commune Rurale BELOBAKA est de 13500 habitants, soit une densité moyenne de 64 habitants au kilomètre carré. Cette population est composée des fonctionnaires, des ouvriers des usines, des élèves, des paysans, des commerçants et des sans-emplois.

I.1.3 Situation socio-économique et culturelle

La population de la Commune Rurale de BELOBAKA vit du petit commerce, des primes et salaires pour les fonctionnaires et ouvriers ; et des produits de culture pour les paysans agriculteurs. On y trouve le plus grand marché de BELOBAKA, ainsi que nombreux autres petits marchés. Il y existe des écoles maternelles, des primaires et des secondaires tant publiques et privées.

La route constitue le principal moyen de communication interne entre les fokontany de la Commune. Notons ici que toutes les routes de la Commune de BELOBAKA sont dans un état avancé de dégradation et la majorité d'entre elles sont des routes secondaires. Les ethnies majoritaires sont les Antandroy, les Betsirebaka, les Tsimihety et les Sakalava. La majorité de la population pratique des mariages traditionnels. Les aliments de base constituent le riz, le manioc, la patate, le haricot, le poisson, la viande bovine et les fruits.

I.2 Population étudiée

La population cible de notre recherche est la population démunie, c'est-à-dire qui n'a pas des moyens financiers pour subvenir à son besoin si elle tombe malade (ni épargne, ni produit), les populations les plus pauvres des pauvres (sans abri, sans fonction, sans ressources financières, sans prise en charge). Elle est munie d'une carte appelée carte de solidarité. Cette carte est délivrée par la Commune d'implantation du Centre de Santé de Base. Par conséquent, aucune personne n'est exclue de cette recherche, sauf pour celle qui n'a pas participé à notre enquête.

I.3 Ressources humaine du CSB

Le personnel du CSB II de la Commune Rurale de BELOBAKA est au nombre de six personnes. En tant que CSB II, il est doté d'un médecin et deux paramédicaux. Ce médecin est le premier responsable et on l'appelle Médecin Chef. Il est aussi accompagné d'un personnel d'appui et d'un responsable de la pharmacie à gestion communautaire. Le dernier est le gardien. Les deux de ce personnel sont à la charge directe de la Commune (Gardien et le responsable du PhaGeCom).

I.4 Origine du fonds d'équité

I.4.1 Concept de base

L'idée de base du fonds d'équité est tirée par l'esprit du FANOME. Ce dernier est régi par le Décret N°2003- 1040 du 14 octobre 2003 portant institution de la mise à contribution financière des utilisateurs dans toutes les formations sanitaires publiques dont les objectifs sont l'accès de tous au diagnostic par la gratuité des consultations, la disponibilité permanente de médicaments dans les formations sanitaires publiques, la participation communautaire dans la gestion des centres de santé de base et l'accessibilité des soins aux démunis. Les mécanismes de mise en œuvre du FANOME retirent par les modalités classiques du financement des dépenses de santé et produisent ainsi un état de redistribution des ressources par voie budgétaire. En effet, en macroéconomie de la santé, les dépenses de santé (D) sont déclinées par cette équation :

$$D = (1+C) + M + A \text{ avec,}$$

D : dépenses de santé ;

(1+C) : impôt et/ou cotisation considéré comme un prélèvement obligatoire ;

M : équivaut au ticket modérateur c'est-à-dire aux frais médicaux acquittés par le patient ;

A : prime d'assurance de santé versée volontairement par les assurées⁹.

Ce fonds d'équité s'inscrit dans une logique de transfert social. En effet, le fonds est constitué grâce à un mécanisme de déplacement de pouvoir d'achat allant des usagers des CSB qui peuvent payer vers les démunis qui, eux, ne peuvent pas payer.

I.4.2 Création

Le fonds d'équité est créé à partir d'un arrêté interministériel N° 2004/5228 du 11 mars 2004 portant application dudit décret qui stipule que la pharmacie de gros et la pharmacie de détails sont des pharmacies à gestion communautaire. Donc, le mode de

⁹ MAJNONI D'INTIGNANO, B. et ULMANN, P. (2001), Economie de le santé, PUF, Thémis, Paris, 452p.

fonctionnement de la pharmacie est confié à la participation financière des usagers au niveau du Centre de Santé de Base. Ce nouveau mécanisme de financement des soins prévoit également la constitution d'un fonds spécial intitulé « Fonds d'Equité » qui doit permettre d'assurer la prise en charge des médicaments des plus démunis.

Section II : La revue de la littérature

II.1 Réalité du FE au niveau national

Depuis son instauration, le système de fonds d'équité n'a pas fonctionné normalement. En effet, il n'est jamais arrivé au niveau où il doit respecter les principes prévus (fonds nécessaires, couverture des démunies, principes clairs d'identification...). En outre, l'identification de la population catégorisée « démunie » est encore une lourde problématique au niveau national. Un autre problème, le fonds d'équité reste aussi inconnu pour les bénéficiaires. En fait, les difficultés reposent sur soit la sous-estimation des démunis (au cours de l'enquête effectuée, on constate que bon nombre de personnes ont une sorte de honte d'être classées démunies) soit à l'insuffisance même du fonds d'équité face aux démunis identifiés en cas de bonne estimation. Si la sous-estimation pourrait être résolue par une amélioration du processus d'identification, le second cas pose un autre problème étant donné que le Fonds d'Equité tiré de la part du FANOME présente seulement la solidarité entre les malades. En d'autres termes, il ne fait pas intervenir la solidarité entre les malades et les non malades. Par conséquent, l'insuffisance de l'alimentation du Fonds d'Equité de la part du FANOME conjuguée avec la faiblesse voire l'inexistence des subventions provenant des organismes publics. Comme preuve, le rapport de l'OMS en 2007 présente 1% seulement de la personne identifiée démunie, soit bénéficiaire de la couverture du fonds d'équité et le 1/3 des CSB et de Commune seulement sont capables de gérer ces ressources financières. La loi en vigueur montre la responsabilité de la Commune pour le bon fonctionnement du CSB. Or, la plupart des Communes à Madagascar ne sont pas connaît leur rôle et attribution à travers les services déconcentrés. Aussi, vue la situation financière très limité de la Commune, elle n'a pas des moyens pour soutenir le Centre de Santé de Base. Le tableau ci-dessous montre la différence entre la zone urbaine et rurale dans l'utilisation du fonds d'équité.

Tableau n°I: Les différences entre la zone Urbaine et Rurale du FE

	Echantillon urbain (3 FS)	Echantillon rural (12 FS)
Population	130 171	86 499
Nombre de bénéficiaires par an	981	45
Nombre de bénéficiaires/Population	0,76%	0,06%
Nombre de bénéficiaires/Nombre d'identifié	58%	22%

Source : AEDES, *Politiques d'exemption pour les soins de santé à Madagascar 2009*

On remarque donc que les problèmes d'identification et d'utilisation des services de santé liés au système fonds d'équité sont davantage marqués en milieu rural. Le très faible nombre de bénéficiaires, environ quatre (04) par an et par formation sanitaire, peut être expliqué principalement par les mêmes difficultés généralement rencontrées dans les programmes de santé œuvrant dans des zones reculées: accessibilité géographique limitée, barrières culturelles, etc.

II.2 Cas du fonds d'équité au niveau International

Le système de santé publique est très évolué dans le monde entier. Parmi ces systèmes figure le fonds d'équité. L'objectif est de faciliter l'accès de la population des couches vulnérables à la santé publique.

II.2.1 Historique

Le fonds d'équité a débuté en 2000 au Cambodge, appuyé par l'ONG internationale. L'objectif est d'améliorer l'accès aux soins des plus pauvres, dans un contexte de participation des usagers. Ce système apparaît en Afrique à partir de l'initiative de Bamako c'est-à-dire en 2005. Voici l'état de lieux des fonds d'équité hospitalière en Afrique¹⁰ :

- ❖ 2001 : Mauritanie et Mali (Ancrage trop local et manque de pragmatisme) ;
- ❖ 2005 : Kenya (Ancrage trop central et manque de traduction) ;
- ❖ 2006 : Mauritanie (Essai d'approche intégré).

¹⁰ Atelier de partage d'expériences sur la prise en charge des indigents, Ouagadougou, octobre 2010.

Malgré tous les efforts déployés, il s'est avéré que dans la majorité des pays africains, au moins 5% de la population n'a jamais eu suffisamment d'argent pour avoir accès aux soins de santé primaire (exclusion permanente), alors que 25 à 35% de la population à revenus instables ont de sérieux problèmes pour rassembler la somme nécessaire dans certaines périodes de l'année (exclusion temporaire)¹¹. Les soins hospitaliers étaient même moins accessibles¹².

II.2.2 Performance du fonds d'équité Cambodgien

Les expériences cambodgiennes montrent que 12 à 24% de la population totale du village concerné ont bénéficié du fonds d'équité. Le problème du fonds d'équité au Cambodge repose dans l'identification des indigents. Pour preuve, quatre ans après l'application de ce système, 43% des personnes bénéficiaires de la carte de santé du fonds d'équité n'étaient plus démunies, contre 44% des personnes démunies qui n'ont pas bénéficié de la carte de santé¹³. Actuellement, ce problème est résolu par l'utilisation des techniques : la pré- identification auprès de la communauté et la poste- identification au niveau de la structure sanitaire.

II.3 Fonctionnement du fonds d'équité

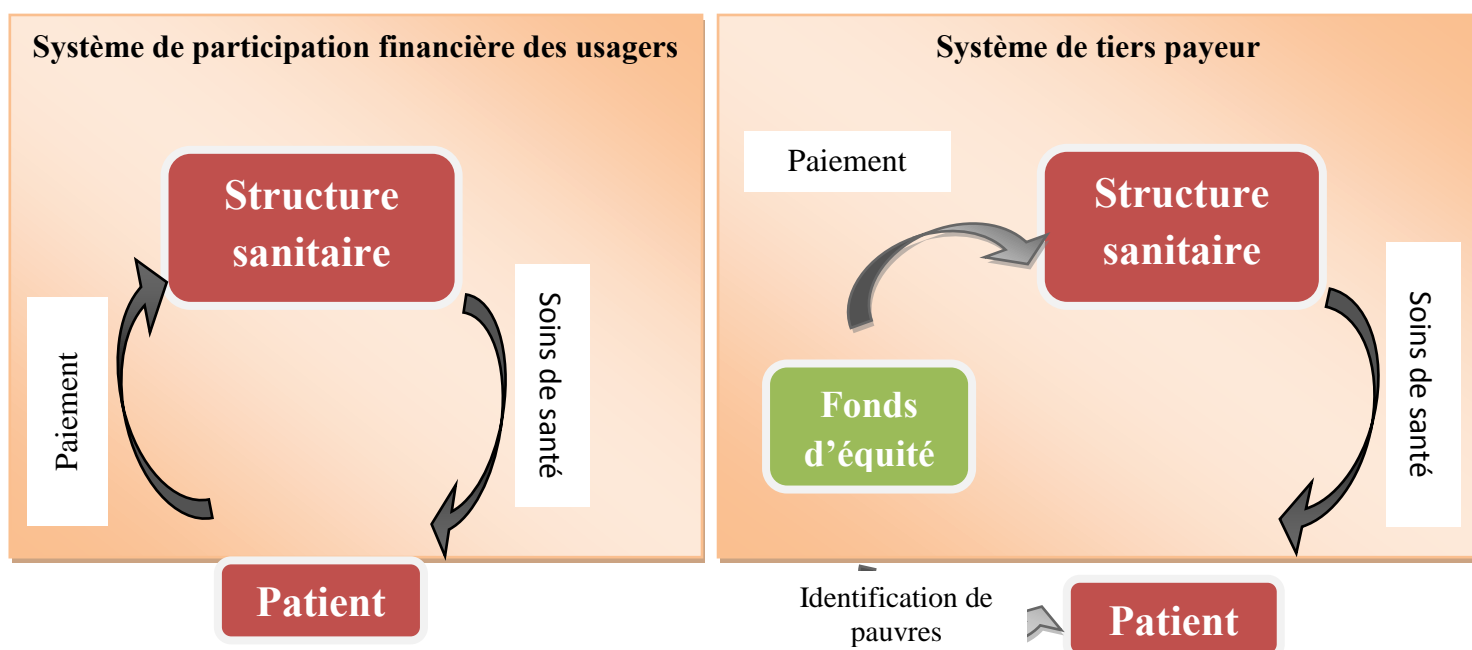
Le mode de fonctionnement du fonds d'équité est présenté comme un flux fermé c'est-à-dire le mouvement tourne au niveau interne de la pharmacie à gestion communautaire. Les deux schémas ci-dessous montrent le mouvement qui existe au sein du fonds d'équité.

¹¹GotzHuber,Jurgen Hohman, Kristen Reinhand, Mutuelles de santé – 5 années d'Expériences en Afrique de l'ouest, 2003, 80p.

¹²Rocque, Revue sur la santé publique, 1995,20p.

¹³Noirhomme M, Ridde V, Morestin F (2009), Améliorer l'accès aux soins des plus pauvres. Le cas des fonds d'équité. Université de Montréal.

Schéma 1: Mouvement du Système de santé



Source : [http //www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm](http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm)

D'après les deux schémas ci-dessus, le fonds d'équité est pratiqué au sein du système par le principe de tiers payeur ; le fonds paie les soins de santé des plus pauvres à la structure de santé. Ce principe est tiré à partir de l'esprit du système de participation financière des usagers au niveau de Centre de Santé de Base. Ces usagers sont les initiateurs d'un mécanisme de redistribution des ressources. En principe, la réalisation de ce système est divisée en deux étapes :

- ❖ identification des patients nécessitant une assistance financière (démuni) ;
- ❖ paiement à la structure sanitaire, par un tiers (le Fonds Equité), des soins fournis.

Au début, le fonds d'équité est appliqué seulement dans tous les centres de santé de base qui existent à Madagascar. Actuellement, l'extension de ce système vers les centres hospitaliers est déjà en cours d'étude, parce qu'il y a un projet pilote à réaliser dans le Centre Hospitalier de District niveau II (CHD2) de six régions de Madagascar (Boeny, Diana, Vakin'akaratra, Haute Matsiatra, Alaotra Mangoro, Antsinanana). Mais dans ce contexte, quelques questions se posent sur son fonctionnement effectif ainsi que sur son évolution dans le futur.

II.4 Modèle de solidarité de type beveridgien double d'un mécanisme d'assistance

Le FANOME correspond globalement au modèle de Beveridge du fait d'une couverture en théorie universelle, du financement par voie budgétaire et de contribution pour tous. Or le fonds d'équité est tiré par l'esprit du FANOME. Le tableau ci-dessous montre la synthèse du système de protection de maladie proposé par ces deux systèmes de santé.

Tableau n°II : Système de protection maladie proposé par le FANOME et son fonds d'équité

Caractéristiques	Modèle beveridgien	FANOME	Fonds d'équité
Couverture	Universelle	Universelle	Les plus démunis
Obligation de contribution pour	Tous les contribuables	Tous (excepté les démunis)	Tous (excepté les démunis)
Mode de financement	Impôt	Voie budgétaire (impôt, aide financière extérieure)	Impôt sur la rente des patients
Système de solidarité	Redistribution horizontale et/ou verticale	Redistribution horizontale	Redistribution verticale

Source : Natacha ODONNAT, Mbolamamy RAKOTO, séminaire Tiers monde, 2009

Tout d'abord, comme le souligne le tableau n°01, le FANOME propose une couverture universelle, tel que le modèle beveridgien le préconise. Il s'adresse par défaut à ceux qui ne bénéficient pas du système de solidarité salariale, soit 80%¹⁴ de la population, mais les salariés du secteur public et privé peuvent également y prétendre. Par ailleurs, le socle beveridgien transparaît dans le mode de financement. Il s'agit d'un financement par voie budgétaire, notamment à travers la redistribution de l'impôt (et de l'aide financière extérieure). On observe à travers ce mode de financement une redistribution horizontale des ressources de tous les contribuables vers les usagers des CSB.

¹⁴ www.instat.mg

Parallèlement à ce mécanisme de redistribution horizontale, se déploie dans le FANOME une forme de redistribution verticale entre les usagers des CSB et les démunis à travers le Fonds d'Équité. Celui-ci peut d'ailleurs être assimilé au dispositif du « don collectif obligatoire » tel qu'il est conçu par la philosophie du libéralisme distributif. Le fonds d'équité serait le résultat d'un don, d'une « charité publique » provenant des membres de la société disposant de ressources pour les individus dans le besoin. Le fonds relèverait de fait, de la bienfaisance publique et s'inscrirait dans une « pure logique assistantielle ». Cette assistance ouvre aux démunis un accès minimum aux soins.

II.5 Système de production des soins de santé

Dans le cadre économique standardisé, la fonction de production permet d'intégrer la demande des soins, dans la mesure où les soins de santé constituent un bien marchand, et entrent explicitement dans la contrainte budgétaire. Dans la recherche de maximiser son utilité, l'individu est conduit à déterminer simultanément la quantité des soins qu'il doit consommer et l'état de santé qu'il doit atteindre.

Dans son ouvrage « Les fondements de l'économie de la santé », Charles E.PHELPS note quant à lui que, comme pour tout autre bien économique, la demande des soins médicaux dépend des revenus. Des revenus plus importants créent une demande des soins plus importante. Il fait remarquer cependant que ce genre de déclaration doit être accompagné d'une mise en garde : toute chose restant égale par ailleurs.

Selon COUFFENHAL, la demande d'E.PHELPS est pertinente à ce sujet, en considérant une fonction d'utilisation individuelle $U(X, H)$, où X est un panier des biens de consommation et H est l'état de santé. Alors, Il vient que $H = H_0 - \lambda + g(h)$ avec $g(h) > 0$; $g' > 0$, H_0 l'état de santé initial et λ est la variable aléatoire représentant l'apparition d'une maladie. D'après ce modèle, la dégradation de l'état de santé due aux maladies peut être compensée par la consommation des soins médicaux qu'on peut qualifier d'un « bien de réparation h ». La fonction de production g possède les mêmes caractéristiques d'une fonction de la production classique. Pour ce faire l'individu rationnel cherche à maximiser son utilité :

$$U = U(X, H - \lambda + g(h))$$

$$S/C \quad I = P_X X + p_H H$$

I : représentant la contrainte budgétaire, Incluant le prix unitaire des soins médicaux p_H et celui du bien de consommation. La présence dans ce modèle des variables prix relatifs, du revenu et du niveau d'un dommage, conduit à la détermination d'une fonction de demande.

Chapitre II : Méthodes

Ce chapitre présente les méthodes utilisées pour la collecte des données et l'exploitation des données recueillies. Pour atteindre à l'objectif de notre recherche, nous avons appliqué différentes méthodes de recherche des données.

Section I : Méthodologie d'approche

Pour procéder à une recherche, beaucoup de méthodologies d'approche sont à entreprendre. Ci-après l'explication de la méthodologie que nous avons utilisée pour la collecte des données dans des différents lieux.

I.1 Investigation documentaire et enquête

L'investigation documentaire est le principal style adopté lors de la mise en œuvre de la recherche. Elle est accompagnée d'une enquête sur terrains pour mieux connaître l'état de lieux de la zone d'étude. Nous avons réalisé une investigation documentaire afin de pouvoir :

- ❖ Se fixer sur les objectifs ;
- ❖ S'assurer que la réponse à la problématique posée au départ de notre étude ne fait pas l'objet d'une publication par d'autres Auteurs ;
- ❖ S'assurer que toutes les informations et données collectées sont prises en considération.

La réalisation de cette recherche nécessite trois(03) styles d'investigations documentaires, à savoir : la revue bibliographique, la documentation sur les politiques et les textes liés au système de santé, au FANOME, au Fonds d'Equité, la recherche des autres informations et données non disponibles sur internet.

I.2 Description de la méthode d'observation

En quelque sorte, nous avons commencé par une simple visite de courtoisie en faisant une simple observation pour enchaîner avec les collectes de données ainsi que la restitution après. Il a fallu, un moment, pendant la rédaction, redescendre sur terrain pour une constatation de visu si les données sont encore pertinentes. La durée de notre étude est de deux mois (de juillet à septembre 2013). Nous avons essayé de cibler tous les ménages

qui résident dans la Commune Rurale de BELOBAKA. Sur les neufs fokontany existant dans cette commune, nous avons pris aléatoire des ménages à enquêter.

Le Ministère de la Santé qui a instauré le système de Fonds d'Equité dans tous les Centres de Santé de Base dans le territoire de Madagascar, avait pour objectif de desservir les populations de couches vulnérables ou démunies (les personnes qui n'ont pas le moyen d'acheter les médicaments). Pourtant, l'alimentation de ce fonds n'est pas suffisante par le fait que seuls les malades participent à son renflouement. C'est pour cela que nous avons amélioré ce système par l'intégration dans le circuit des personnes non malades, non seulement en matière d'obligation mais également de droit. Au cours de cette étude, nous avons évalué la disposition à payer des ménages pour le bon fonctionnement du Fonds d'Equité au niveau du CSB. Deux options ont été utilisées dans cette évaluation :

- ❖ La première option est de « Ne rien faire » ;
- ❖ La deuxième option justifie « l'amélioration du fonds d'équité par la participation des non malades par le biais de la disposition à payer des ménages ».

I.3 Le choix de méthode de recueil de données

En recueillant les données et informations, il a été question d'utiliser deux méthodes différentes mais complémentaires, à savoir la méthode quantitative et la méthode qualitative. La première ne suffit exclusivement pas pour obtenir complètement les informations et données nécessaires et utiles afin d'aboutir aux résultats attendus. De ce fait, les autres données et informations qui n'étaient pas disponibles au moment de l'utilisation de la première méthode ont été recueillies par le biais de la deuxième.

I.3.1 La méthode quantitative

Tous les ménages qui habitent dans cette commune sont les cibles de notre enquête. Donc, nous avons décidé de faire une approche ménage. Nous avons procédé à une enquête individuelle des ménages à l'aide d'un questionnaire comprenant dix questions. Le contenu du questionnaire concerne surtout :

- ❖ des séries de question qui sont destinées à mesurer les caractéristiques démographiques et socio-économiques du ménage ;
- ❖ d'autres séries de questions qui visent à évaluer la volonté participative des ménages enquêtés en ce qui concerne l'application de la disponibilité à payer.

Pour réaliser notre enquête auprès du ménage, nous avons recruté deux enquêteurs pour effectuer avec nous les enquêtes sur terrain. L'un des enquêteurs possède un diplôme de licence professionnel en Filière Environnement. L'autre a un diplôme de maîtrise en Sciences Naturelles. Ces deux personnes disposent d'une expérience solide en matière d'enquête au niveau des ménages. Avant la descente sur terrain, nous avons organisé une séance de formation pour les enquêteurs pour qu'ils puissent s'approprier de l'outil de recherche. Il a été fait un test préalable des questionnaires avec l'assistance des enquêteurs pour la bonne marche de notre enquête. Ce pré-test est effectué auprès quinze (15) ménages cibles pour constater la fiabilité de notre question et apporter des modifications en cas de besoin. Notre enquête auprès du ménage de la Commune Rurale de BELOBAKA s'est déroulée comme suit :

- ❖ Nous avons fait une demande manuscrite pour effectuer l'enquête auprès du ménage, déposée auprès de la Commune Rurale de BELOBAKA ;
- ❖ Nous sommes présentés, après la demande manuscrite munie du visa de la Commune, au Chef Fokontany pour VISA d'autorisation de procéder à une enquête auprès des ménages dans leur circonscription ;
- ❖ Nous avons présenté ensuite à chaque ménage enquêté la demande visée conjointement par le responsable de ladite Commune et celui du Fokontany auprès duquel il se situe.

En tant que superviseur, nous avons décidé de rédiger tous les soirs, au cours de la période d'enquête, un rapport journalier pour l'évaluation et la validation du travail. L'objectif est de tirer une leçon pour la prochaine enquête en vue d'une amélioration ultérieure.

I.3.2 La méthode qualitative

Pour la présente méthode, il n'y a pas de quantification en établissant une fiche d'enquête préalable, mais nous avons procédé à un simple entretien ou interview pour déterminer suffisamment l'objectif de notre recherche. Cette technique est appliquée dans les différentes catégories socio- professionnelles suivantes :

- ❖ Monsieur le Maire de la Commune Rurale BELOBAKA et son staff ;
- ❖ Les Chefs Fokontany et leurs adjoints ;
- ❖ Le Médecin chef du CSB II BELOBAKA ;
- ❖ Les membres du CoGe.

I.3.3 La taille de l'échantillon

Nous avons pris un échantillon de trois cent (300) ménages à interviewer. Elles sont toutes des femmes qui habitent à proximité ou assez éloigné du chef-lieu de la Commune Rurale de BELOBAKA. La raison pour laquelle nous avons opté à n'enquêter que des femmes est que notre projet est purement économique, et en matière d'économie et de gestion des affaires de la famille, les femmes sont plus pointilleuses. Une autre raison aussi, c'est d'essayer de mettre en valeur l'importance apportée à l'approche genre, c'est-à-dire la considération de la gent féminine. Il nous est aussi arrivé de faire un tour du côté du CSB pour une observation participante et c'est pendant ce moment que nous avons constaté la présence importante des femmes parmi les patients. Cet échantillon permet déjà de mesurer le comportement général des gens de la collectivité. Le comportement des gens qui habitent près du CSB est homogène. Il est de même pour celles qui sont loin du centre. La sélection d'échantillon des ménages à enquêter était faite de manière aléatoire. Dans le domaine de santé, l'OMS pose une norme d'échantillonnage pour que l'enquête soit valide. Donc, nous avons respecté cette norme d'échantillonnage de 300 ménages¹⁵.

Section II : Méthodes d'exploitation des données

Cette partie présente le choix du support de saisie de l'information et les méthodes statistique d'analyse des données.

II.1 Choix du support de saisie de l'information

Quant au traitement des données et information obtenues, il a été obligatoire d'utiliser le logiciel SPSS 10.1 accompagné du Microsoft Office EXCEL pour obtenir les résultats sur les différents tableaux et figures présentés. Tous les deux étaient jugés suffisants pour exploiter les données et information. Le Microsoft Office EXCEL a été utilisé pour la saisie de l'information. Les données de l'enquête de ménages saisies ont été analysées et traitées sur le logiciel SPSS 10.1. Ce dernier nous a permis d'approfondir les différents tests et analyses de caractéristique socio- économiques des variables.

¹⁵ Rapport de l'OMS en 2007, 4p

II.2 Les méthodes statistiques d'analyse des données

Comme notre questionnaire comporte des informations sur les caractéristiques socio-économiques et le niveau de revenu des ménages, nous avons privilégié d'étudier ces données en premier lieu sur la base de statistique descriptive sous forme de tableau ou de graphe. Dans un second temps, nous avons procédé à une analyse des déterminants de la disposition à payer des ménages.

Section III : Objet de l'évaluation

Pour commencer, il importe de préciser que le fonds d'équité en question est destiné à des personnes démunies, mais pour permettre une gestion saine, efficace et pérenne du fonds d'équité, la gestion a été confiée au comité de gestion (représentant de la population local, responsable de la commune et responsable du CSB). Pourtant, la réalité ne reflète pas l'idée de départ de la mise en place du fonds d'équité car le nombre de personnes démunies bénéficiaires de ce fonds est très limité. C'est pourquoi, il faut trouver une solution adéquate pour que le nombre des personnes démunies bénéficiaires d'une couverture augmente.

Donc, l'évaluation contingente sur la disponibilité à payer des ménages en contrepartie d'un service amélioré prodigué par le centre de santé de base (facilité d'accès et amélioration de la gestion), permet d'accroître le nombre de personnes démunies bénéficiaires du fonds d'équité. Quand on parle de méthodologie, on a affaire à une série de méthodes et c'est exactement le cas dans notre étude. Néanmoins, comme tout genre de méthodologie, elle a ses portées et ses limites.

III.1 Point fort de la méthodologie

Lors de l'enquête sur terrain, au début il était difficile de définir le cadre socio-économique de la population qui ne permettait pas d'analyser à quel point les groupes sont vulnérables. Pour surmonter ce problème de catégorisation, une réflexion sur la recherche d'alternatives en matière de mesures économiques sur les charges de santé a été conçue. Ce qui rend facile la prévision sur la base de la disponibilité à payer qui est un repère pour la plage d'acceptation de la population cible pour le programme futur. Aussi, notre questionnaire se rapportant sur les types de revenu des femmes ainsi que ceux concernant

leurs biens immobiliers et leur niveau d'étude nous ont tracé une piste importante dans notre interprétation.

L'observation participante que nous avons menée s'avèreraient très fructueuse dans la mesure où durant la restitution des données, les enquêtées se sont montrées encore plus ouvertes et nous ont livré tant d'informations utiles. De là, il a été impératif pour nous de réviser notre questionnaire pour rendre qualifiables les données. Cette méthodologie est très appropriée pour une zone d'étude comme la nôtre qui est un milieu rural.

III.2 Limites de la méthodologie

La limite de la méthodologie repose sur le fait que si évidente soit-elle, la prévision de l'acceptation à travers le DAP pourrait rencontrer des facteurs psychosociaux pouvant dévier les résultats attendus dans le comportement. Néanmoins, comme la DAP a été vue être en relation avec le niveau de vie de la population, la déviation ne serait que d'une légère amplitude. Il est nécessaire de mentionner au passage que bien que cette méthodologie a ses points forts, elle a ses limites, surtout au niveau de l'observation. Les gens se méfient quand on les questionne pendant quelques minutes sans relâche. De plus, compte tenu de leur niveau d'étude qui est plus ou moins faible, on doit faire attention dans les échanges et il faut savoir choisir ses vocabulaires avant d'entamer la conversation.

Section IV : Biais de l'étude

Comme nous le savons, la fiabilité des résultats de toute enquête de ce genre repose sur plusieurs facteurs, en ce sens que les enquêtés sont toujours, soient méfiants, soient trop perspicaces. Pour éviter que ces résultats ne soient trop biaisés, il faut élaborer des questionnaires simples et précis, surtout avoir un système d'approche qui inspire confiance. De cette méfiance ou perspicacité apparaissent deux types de biais qu'on pourrait qualifier d'hypothétique ou stratégique.

Le biais est qualifié de stratégique quand l'enquêté, de par sa réponse, estime qu'il peut orienter en sa faveur la conclusion de l'enquête, en répondant de telle ou telle manière. C'est la raison pour laquelle les questions posées doivent pouvoir exclure toute ambiguïté dans les réponses. Par contre, un biais hypothétique résulte, soit d'un défaitisme de l'enquêté qui estime que ses réponses n'influeront en rien aux décisions prises, soit d'un questionnaire trop compliquée qui échappe au discernement de l'enquêté, ce qui

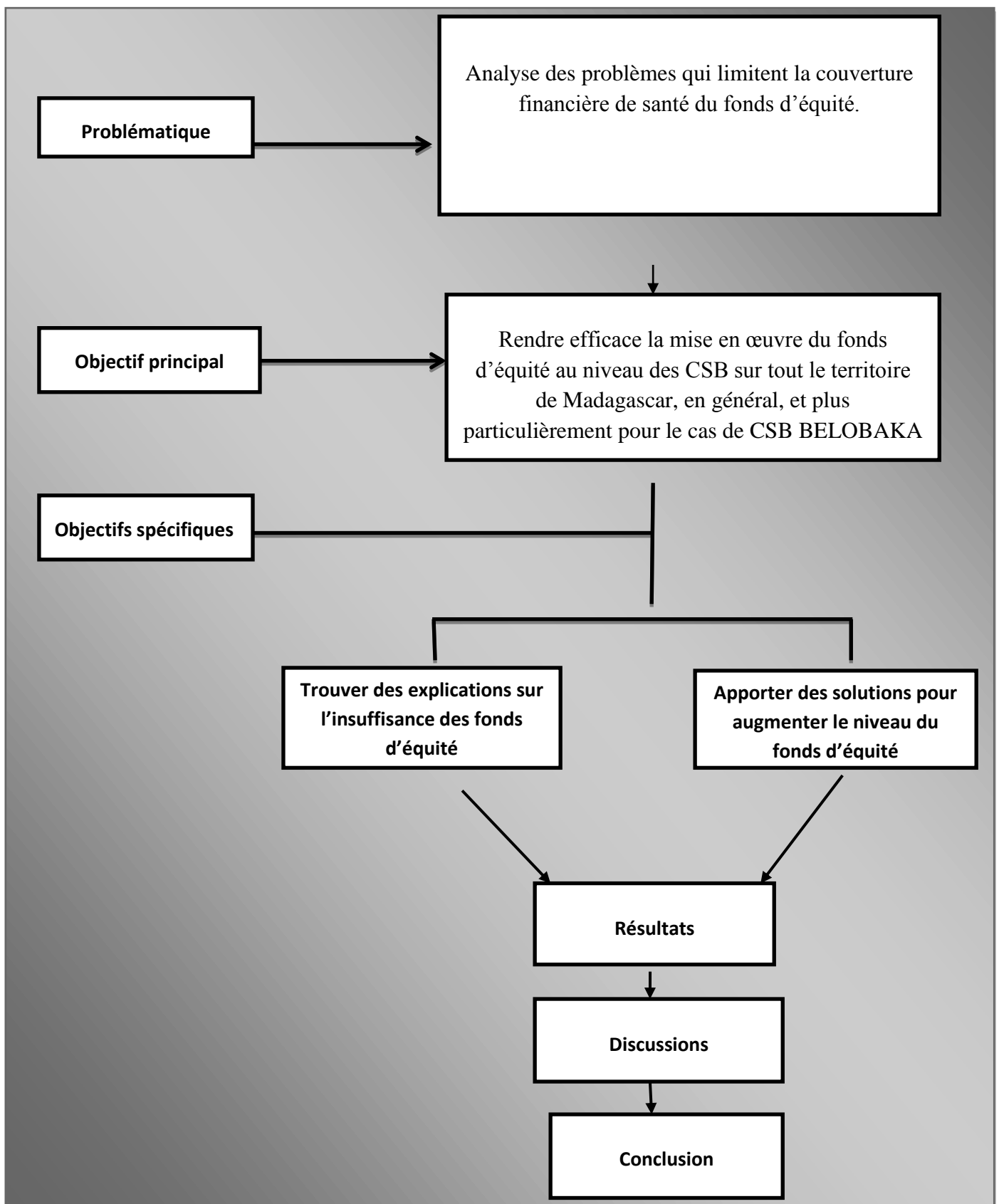
l'amène à donner des réponses de complaisance en vue de faire plaisir à l'enquêteur. C'est la raison pour laquelle, en vue d'assurer la fiabilité de l'enquête, il est nécessaire de procéder, autant que faire se peut, à une pré- enquête en amont et à une contre- enquête en aval.

Section V : Variables et indicateurs de l'étude

L'étude, suivant l'hypothèse posée supra, va se porter sur le niveau des disponibilités à payer des ménages pour le bon fonctionnement du fonds d'équité. Les variables et indicateurs qui y sont afférents se présentent comme suit :

VARIABLES	INDICATEURS
Variables dépendantes : Prise en charge des personnes démunies (effectif, âge, sexe, profession, distance du domicile par rapport au Centre de Santé de Base).	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre total annuel des personnes démunies prises en charge ; - Répartition des personnes démunies selon l'âge, le sexe, la profession, la distance du domicile par rapport au CSB.
Variables indépendantes : 1-Liées à la détermination de source et montant de financement : 1.1Source de financement au niveau des CSB <u>Au niveau de la PHAGECOM</u> <ul style="list-style-type: none"> - Montant annuel de la recette en PHAGECOM ; - Montant réel versé à la caisse du fonds d'équité ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Marge bénéficiaire en PHAGECOM ; - Montant théorique alloué à la PEC des personnes démunies (3/135 de la marge
<u>Au niveau de la Direction</u> <ul style="list-style-type: none"> - contre-valeur des dons - montant provenant des tiers 1.2- Sources de financement au niveau des CTD contribution de la mairie à la PEC des personnes démunies ; 2- Liées au calcul des coûts moyens de la prise en charge d'une personne démunie : <ul style="list-style-type: none"> - Coût réel des médicaments ; - Coût théorique des médicaments 3- Liés à la sélection des démunis : Suivant les critères existant Textes juridiques et réglementaires relatifs à la mise en œuvre du FE	<ul style="list-style-type: none"> - Montant réel versé à la caisse du fonds d'équité ; - Somme totale annuelle des autres sources - Proportion des maires à accepter de contribuer à la PEC des personnes démunies ; - Montant estimé par la mairie alloué à la PEC des personnes démunies. - Coût moyen théorique des médicaments - Ecart entre coût réel et coût idéal des médicaments ; Pourcentage de chaque critère selon le constat sur terrain. Existence des textes juridiques et réglementaires relatifs à la mise en œuvre du FE.

Figure 1 : les étapes de la recherche



Source : Notre propre analyse

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS

Dans cette partie, nous décrivons dans le premier chapitre les caractéristiques organisationnelles du CSB II de la Commune Rurale de BELOBAKA. Dans le deuxième chapitre nous présenterons les données de l'enquête socio- économique des ménages. Enfin, dans le troisième chapitre nous montrerons les effets de l'enquête sur la disposition à payer pour que le fonds d'équité soit amélioré.

Chapitre I : Caractéristiques organisationnelles du CSB

Ce chapitre présente les données reçues auprès du ministère de la santé, de l'OMS Madagascar et au niveau du Centre de Santé de Base niveau II de la Commune Rurale de BELOBAKA, enfin l'enquête sur terrain.

Section I : Le règlement du FE

I.1 Description

La mise en œuvre du fonds d'équité pour la prise en charge des habitants les plus démunis dans un Centre de Santé de Base est idéalement primordiale. Elle améliorera l'accès de cette catégorie de gens à la santé publique. La description de ce fonds sera détaillée dans les paragraphes ci-après.

I.1.1 Constitution

Le Fonds d'équité est constitué en premier lieu par une partie de la marge bénéficiaire de la vente des médicaments au niveau de chaque CSB. Ce qui garantit l'existence d'un fonds de caisse. Ensuite, la Commune, en collaboration avec le Comité de Gestion et le Comité de Santé, peut renflouer ce fonds à travers des activités sociales de recueil de fonds. Enfin, les subventions provenant des organismes publics comme Région et Commune sont parmi les éléments qui vont alimenter le fonds d'équité.

I.1.2 Bénéficiaire

Le bénéficiaire du fonds soit les personnes jugées démunies (les personnes qui sont reconnues par la société comme les plus nécessiteuses, sans ressources et n'ayant pas la capacité de subvenir à leur besoin¹⁶) qui se trouvent dans le fokontany et appuyées par la Commune dans une circonscription bien définie. Alors, selon le Ministère de la Santé, la définition de personne démunie est comme suit : les personnes sans abri, sans profession, sans ressources financières, sans prise en charge, qui ont une infirmité invalidante (physique et mentale), âgées de plus de 60 ans ou de moins de 18ans, appartenant à une famille nombreuse de plus de six (06) membres, sans famille¹⁷. La dépense de premier soin

¹⁶ Commune urbaine d'Antananarivo (2000), Catégorisation de la population pauvre, Tananarive, 13p.

¹⁷ Note 176 SAN/CAB du 28 avril 2006

de toute personne victime d'un état d'urgence, quelle que soit la classe où elle se catégorise, est prise en charge par ce fonds.

Au cas où aucun système d'identification n'est mis en place, le SSD avec le Médecin Chef du CSB du secteur, en collaboration avec le Délégué de la Population de la localité, sont tenus de contacter la Commune sur l'organisation de la prise en charge de leurs éventuelles personnes démunies, afin de fixer leur nombre dans une liste. Ces personnes seront prises en charge par la Commune.

I.1.3 Identification des personnes démunies

Le choix du document d'identification des personnes démunies dépend de la Commune. Cette dernière utilise soit une carte ou un carnet pour l'identification. Ce document est délivré et certifié par la Commune. Toutefois, les personnes démunies malades doivent se présenter avec un carnet ou une carte d'identification provenant de la Commune du CSB. Lors de la consultation, le prescripteur doit vérifier si le nom du malade figure effectivement dans la liste des personnes démunies à sa disposition. La délivrance gratuite de médicaments est opérée lorsque le nom du malade démunie figure dans la liste.

I.1.4 Gestion du fonds

La Commune en est le principal acteur. Cependant, pour faciliter les opérations à effectuer sur ce fonds (approvisionnement, opération relative au remboursement de la PhaGeCom), l'ouverture d'un compte spécial « fonds d'équité » est utile et nécessaire.

I.1.4.1 Ouverture du compte

L'ouverture du compte pour le fonds d'équité est effectuée par la Commune. Ce compte est consigné par le Maire ou son représentant et le Trésorier de cette collectivité. Pour réduire au minimum le déplacement, il est préférable que le compte « fonds d'équité » soit ouvert dans la même institution financière que le compte « PhaGeCom ».

I.1.4.2 Nombre de personnes démunies bénéficiaires

Le nombre de personnes démunies que la Commune peut prendre en charge est logiquement en fonction du volume du fonds disponible. En effet, le nombre de personnes démunies d'un secteur sanitaire pouvant bénéficier du fonds doit être calculé

proportionnellement au nombre total de personnes démunies que la Commune peut prendre en charge.

I.1.4.3 Gestion de la prise en charge

Le malade démuné qui a eu une carte de solidarité délivrée par la commune bénéficie de médicaments gratuits dans les CSB. L'outil à utiliser pour la prescription de médicaments pour le démuné est le « bon de soins ». Pour cela, un carnet d'ordonnance-facture est à transformer en carnet de prescription pour les démunis. Ce carnet est appelé « carnet de bon de soins ». Les numéros d'ordonnance délivrés aux démunis se succèdent automatiquement.

I.1.4.3.1 Chez le prescripteur

La prescription est inscrite à la fois dans le carnet du démuné, dans le bon de soins en double exemplaire et dans le registre de consultation. Dans le registre de consultation, le prescripteur ne doit pas oublier de mentionner qu'il s'agit d'un démuné avec ses références éventuelles (numéro de la carte du démuné...), puis le montant des médicaments qui lui sont prescrits. A la fin de la consultation, le prescripteur remet au démuné son carnet et les deux exemplaires du bon de soins et l'oriente vers le dispensateur.

I.1.4.3.2 Chez le dispensateur

Le dispensateur ne doit délivrer de médicaments pour le démuné que sur présentation de bon de soins signé par le prescripteur du CSB. Il garde les deux exemplaires du bon de soins dont le premier exemplaire ou « l'original » lui sert de pièce justificative de sortie de médicaments et le second exemplaire ou « le double » est à verser au Trésorier en même temps que les recettes.

I.1.4.3.3 Remboursement des bons de soins

Au moment du remboursement, le Trésorier présente les doubles des bons de soins à la Commune. La valeur des bons de soins est totalisée et la Commune délivre un chèque correspondant à la somme de ces bons de soins. Le Trésorier consigne le chèque avec le responsable du « fonds d'équité » de la Commune. Ce chèque est à verser dans le compte PhaGeCom. Donc, les opérations de remboursement des bons de soins se font de compte « fonds d'équité » à compte « PhaGeCom ». A ce même moment, le Trésorier et le

responsable du compte « fonds d'équité » de la Commune dresse l'état de la situation du compte. Le Trésorier est tenu de communiquer cette situation au Chef CSB afin que celui-ci puisse gérer les consultations des démunis. Pour la commodité des opérations, l'approvisionnement du compte « fonds d'équité » est à effectuer en même temps que le versement des recettes de la PhaGeCom. Le fonds d'équité est calculé à partir de la recette totale de la PhaGeCom. Cette recette totale est constituée par la somme de la valeur du chèque correspondant aux bons de soins et des recettes en liquidité.

Le Trésorier calcule les 3/135 attribués au « fonds d'équité » à partir de cette recette totale. Puis, il prélève ces 3/135 sur les recettes en liquidité pour les verser dans le compte « fonds d'équité ». Le reste de la recette en liquidité ainsi que le chèque pour remboursement des bons de soins sont à verser dans le compte « PhaGeCoM ».

Section 2 : Le Costa des ressources du FE

Les trois tableaux qui suivent vont faire apparaître des données avec lesquelles nous pouvons par la suite déduire le costa des ressources du fonds d'équité. Ces données concernent l'effectif des démunis, la gestion du fonds d'équité et du FANOME dans le Centre de Santé de Base de la Commune Rurale de BELOBAKA.

Tableau n°III: Effectif des Démunis

N°	FOKONTANY	Nombre de Démunies identifiés	Nombre de Démunies bénéficiaires
01	Belobaka	15	03
02	Amparemahintsy	12	02
03	Ampazony	09	02
04	Ampitilova	11	02
05	Ankazomenavony	13	02
06	Antsaboaka	08	02
07	Antsanitia	09	02
08	Besely	12	02
09	Ladigy	09	02
	TOTAL	99	19

Source: Commune Rural BELOBAKA, 2013

Ce tableau montre le nombre des démunis identifiés par Fokontany. Ce nombre est identifié à partir de l'enquête effectuée par le service social de la Commune Rurale de BELOBAKA à travers les Chefs Fokontany. Les démunis identifiés ont répondu aux critères exigés par le Ministère de la Santé. La totalité du nombre des démunis vérifiés dans la Commune Rurale de BELOBAKA sont au nombre de quatre-vingt-dix-neufs (99). Dans le Fokontany BELOBAKA centre-ville, on a identifié plusieurs démunis (au nombre de 15) par rapport aux autres Fokontany parce qu'il est le plus peuplé. Dans chaque fokontany, le nombre de personne bénéficiaire de ce fonds est invariable, ainsi, celle qui a répondu aux critères est retenue. Le nombre de personne démunie identifiée au fokontany Antsaboaka est plus petit par rapport à ce des autres fokontany. Il est au nombre de huit (08).

A propos du nombre des démunis identifiés dans chaque Fokontany, deux (02) seulement sont bénéficiaires de ce fonds. Seul le fokontany Belobaka est privilégié parce qu'il bénéficie de trois (03) démunis. Donc 1/3 de la population identifiée comme démunie bénéficie des avantages du fonds d'équité dans la CSBII de la Commune Rurale de BELOBAKA.

Le tableau dans la page suivante présente un état financier du fonds d'équité dans une année d'exercice. Il montre le détail de la ressource financière et de la dépense effectuée au niveau de la caisse du fonds.

Tableau n°IV: Etat financier du fonds d'équité dans une année

Mois	Avoir fonds d'équité du mois précédent (1)	Montant fonds d'équité PhaGeCom du mois (2)	Montant fonds d'équité PF du mois (3)	Autre sources d'approvisionnement du fonds d'équité (4)			Montant remboursement par fonds d'équité (5)	Avoir total du fonds d'équité (6)
				Subvention	Don de médicaments	Autres		
Janvier	5909	1141	0	0	0	0	2000	5050
Février	5050,22	1187	0	0	0	0	3000	3237
Mars	3237,11	527	0	0	0	0	2500	1264
Avril	1263,89	538	0	0	0	0	2200	-398
Mai	-398,11	894	0	0	0	0	2000	-1504
Juin	-1504,11	462	0	0	0	0	2800	-3842
Juillet	-3842,11	78	0	0	0	0	3500	-7264
Août	-7264,11	44	0	0	0	0	2000	-9220
Septembre	-9220	67	0	0	0	0	3000	-12153
Octobre	-12153	69	0	0	0	0	3100	-15184
Novembre	-15184	58	0	0	0	0	2600	-17726
Decembre	-17726	76	0	0	0	0	3400	-21051
TOTAL	-51831,22	5141	0	0	0	0	32100	-78791

Source: PhaGeCom CSBII, BELOBAKA, 2012

Le tableau n°04 présente la situation générale de la caisse du fonds d'équité dans le Centre de Santé de Base de la Commune Rurale de BELOBAKA de l'année 2012. La gestion de ce fonds est assurée par le Comité de Gestion. Les membres de ce comité est élu pendant l'assemblée générale convoquée par le Maire de la Commune et ce dernier et le médecin chef du CSB sont membres d'office. Ce comité recrute un personnel composé de deux agents (un caissier et un gardien) pour assurer le fonctionnement de la pharmacie à gestion communautaire. La comptabilité de caisse de ce fonds est présentée par la formule suivante d'après l'analyse de ce tableau : $(1+2+3+4)-5$. Cette formule donne l'avoir total du fonds d'équité dénommé dans ce tableau, colonne N°6. Le montant encaissé du fonds d'équité est en moyenne Ar 428 par mois, par contre le montant de remboursement par ce fonds est en moyenne Ar 2675 par mois. Au deux premiers mois de l'année, la recette qui entre dans la caisse du fonds d'équité est plus élevée parce qu'il atteint jusqu'au Ar 1187 et ce montant-là descend jusqu'à Ar 44 à partir du mois d'Août. La somme du montant du fonds d'équité tiré à partir du 3/135 de la recette auprès de la pharmacie à gestion communautaire est égal Ar 5141 en une année, en revanche le montant total du fonds d'équité à rembourser est égal Ar 32100. A propos de ces deux mouvements de compte, la situation de caisse du fonds d'équité est devenue négative c'est-à-dire l'avoir total au fonds d'équité est égal Ar -78791.

La recette du fonds d'équité est inférieure par rapport à la dépense de la prise en charge des démunis identifiés de l'année. Donc le fonds de déroulement du fonds d'équité tiré dans la vente de médicament au niveau de la pharmacie à gestion communautaire est insuffisant par rapport au nombre de démunies bénéficiaires de ce fonds. L'encaissement du fonds d'équité ne supporte plus la charge prévue. Donc, on a besoin de financement pour que le nombre de personne démunie identifiée bénéficiaire soient assuré au maximum possible.

Le Centre de Santé de Base de la Commune Rurale de BELOBAKA n'a jamais reçu de Don et de Subvention venant de l'ONG et de l'autorité centrale et régionale. Or ces organes-là sont parmi la source des ressources de ce fonds. Pour cette raison, il y a un impact au niveau de la caisse du fonds d'équité. La commune aussi n'a pas d'initiative pour mobiliser une autre ressource financière et d'organiser une festivité pour le relevé de fonds. L'objectif est d'améliorer les ressources financières du fonds d'équité.

Le tableau suivant montre le rapport financier du FANOME au niveau de la pharmacie à gestion communautaire. Il est sous forme de balance c'est-à-dire à gauche les recettes (produits) et à droite les dépenses (charges) au niveau du PhaGéCom.

Tableau n°V: Rapport financier de FANOME du CSB II BELOBAKA

Mois	Avoir total fin du mois précédent	RECETTES						DEPENSES			
		Paiement direct		Bons de soins		Autres	TOTAL	Achat des médicaments essentiels	FE	Autres dépenses	TOTAL
		O ^{ce}	montant	nb bons de soins	Montant correspondant						
Janvier	166602	89	49355	20	2000	0	51355	11829	1141	7828	20798
Février	197159	91	50410	29	3000	0	53410	0	1187	0	1187
Mars	249382	0	21218	16	2500	0	23718	0	527	0	527
Avril	272573	20	22015	19	2200	0	24215	0	538	0	538
Mai	296250	0	38211	20	2000	0	40211	0	894	0	894
Juin	335567	10	18009	08	2800	0	20809	0	462	0	462
Juillet	355914	0	0	25	3500	0	3500	0	78	0	78
Août	359336	0	0	20	2000	0	2000	0	44	0	44
Septembre	361291	0	0	28	3000	0	3000	0	67	0	67
Octobre	364225	0	0	30	3100	0	3100	0	69	0	69
Novembre	367256	0	0	20	2600	0	2600	153481	58	10444	163983
Décembre	205873	0	0	30	3400	0	3400	0	76	0	76
TOTAL		210	199218	265	32100	0	231318	165310	5141	18272	188723

Source: PhaGeCom CSBII BELOBAKA, 2012

Le tableau n°05 est divisé en quatre (04) grandes colonnes. Les deux colonnes de ce tableau montrent les recettes et les dépenses au niveau de la pharmacie à gestion communautaire. La colonne de recette et de dépense est répartie en quatre petites colonnes. Les recettes constituent le paiement direct, les bons de soins, les autres recettes et le total des recettes. Dans la colonne du paiement direct, le nombre d'ordonnance livré est égal à 210 dans une année c'est-à-dire le nombre de personne qui fait une consultation auprès du CSB II de la Commune Rurale BELOBAKA. Et le montant correspondant est égal Ar 199218. A partir du mois de juillet, aucune opération n'a été effectuée dans la caisse du PhaGeCom au niveau du paiement direct, c'est-à-dire aucune personne malade n'a fait de consultation dans le CSB II. Dans une autre colonne des recettes, le nombre de bons de soins de la personne démunie malade de faire une consultation auprès du CSB et gagner de l'avantage du fonds d'équité atteint à 265, et le montant correspondant vaut Ar 32100. Donc en général, la recette totale qui entre dans la caisse de la pharmacie à gestion communautaire de la part du FANOME est égale à Ar 231318.

Par ailleurs, au niveau des dépenses, l'achat des médicaments essentiels au total est d'Ar 165310, et il est effectué en deux opérations par an c'est-à-dire au mois de janvier et au mois de novembre. La part du fonds d'équité tirée de la vente de médicament au niveau de la pharmacie à gestion communautaire du FANOME est égale à Ar 5141 et les autres dépenses valent avec une somme d'Ar 18272 pour deux opérations dans une année (janvier et novembre). Donc la dépense totale effectuée au sein de la pharmacie à gestion communautaire du CSB II de BELOBAKA est égale à Ar 188723 dans une année d'exercice.

On observe que la recette totale au niveau du PhaGeCom de la part du FANOME couvre la dépense totale dans une année d'exercice, mais sur le fonds d'équité, le montant sur les bons de soins effectué par la personne démunie malade dans le CSB II est supérieur au fonds destiné par le fonds d'équité, c'est-à-dire le fonds récupéré sur le 3/135 de vente de médicament est très limité par rapport au nombre de bons de soins, délivré au niveau du CSB II de la Commune Rurale de BELOBAKA. Une nouvelle mesure s'impose pour améliorer la situation, mais aussi pour faire connaître aux gens ce qui leur revient de droit, en ce moment, peut être quand ils seront en connaissance de cause, ils pourront s'organiser pour la rotation des personnes bénéficiaires du fonds d'équité.

Chapitre II : Présentation des données de l'enquête socio- économique des ménages

Les résultats des données de l'enquête socio- économique des ménages sont exposés dans ce chapitre afin de connaître la réalité du niveau de vie de la population locale du CSB.

Section I : Caractéristiques socio- économiques des ménages cibles

Cette partie présente les résultats des caractéristiques socio - économiques de la population de la Commune Rurale BELOBAKA. Les résultats seront représentés sous forme des tableaux ou des graphes. Nous commençons par l'étude de l'effectif de la population par tranche d'âge dans le tableau ci-dessous.

Tableau n° VI : Effectif de la population enquêtée par tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentages
- de 20 ans	37	12,34%
20 à 30 ans	135	45%
30 à 40 ans	72	24%
40 à 50 ans	36	12%
50 à 60 ans	16	5,33%
+ de 60 ans	4	1,33%
Total	300	100%

Source : Enquête sur terrain, Août 2013.

Lors de l'enquête menée sur terrain, les personnes interviewées sont toutes des femmes. Le tableau n°06 fait ressortir que 57,34 % d'elles ont moins de 30 ans. On en déduit donc une caractéristique jeune des femmes de la Commune Rurale de BELOBAKA. La portion de femmes de plus de 40 ans est minime, de l'ordre de 18,66%. Les femmes âgées de 30 à 40 ans ne sont pas nombreuses. Elles ne présentent même pas le quart de la totalité des personnes enquêtées. Les caractéristiques de la population enquêtée confirment celles qui prévalent en général à Madagascar. L'âge moyen des enquêtées est de 31,09 ans, un âge moyen de la procréation.

Lors de l'enquête effectuée auprès des ménages de la Commune Rurale de BELOBAKA, le nombre moyen d'enfants par femme est de 2,35¹⁸ ; et 55% des femmes ont des enfants de moins de 18 ans. La taille moyenne des ménages est de 4,78¹⁹, confirmant la réalité au niveau nationale. Le tableau suivant présente la situation matrimoniale des femmes enquêtées dans la Commune Rurale de BELOBAKA.

Tableau n° VII : Situation matrimoniale des femmes

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Mariée	224	74,67%
Célibataire	42	14,00%
Divorcée	8	2,67%
Veuve	13	4,33%
ND	13	4,33%
Total	300	100,00%

Source : *Enquête sur terrain, Août 2013.*

Le tableau n°07 montre que la majorité des femmes enquêtées sont mariées, de l'ordre de 74,67%. Il est à noter que la tranche des femmes classées comme mariées englobe également les femmes vivant en couple. Le principe du mariage civil et traditionnel n'était pas exigé dans l'enquête. Les femmes célibataires ne représentent que 14% de l'échantillon. Par contre, la portion des femmes divorcées, veuves et autres n'est pas très significative. Lors de l'enquête menée, 54% des conjoints sont des manœuvres, 15% des agents de maîtrise et 15% des cadres en termes de catégories socioprofessionnelles.

Tableau n°VIII : Type de revenu des femmes

Ménages	Effectif	Pourcentage
Avec revenu fixe	99	33,00%
Sans revenu fixe	169	56,33%
Aucune source de revenu	28	9,33%
ND	4	1,33%
Total	300	100,00%

Source : *Enquête sur terrain, Août 2013.*

¹⁸-Fiche d'enquête, question A (iii) sur les renseignements socio- Démographiques de la population du CR BELOBAKA

¹⁹Statistique Démographiques Nationale montre que la taille moyenne par ménage est égale quatre (4).

La Commune Rurale de BELOBAKA est caractérisée généralement par l'existence des femmes sans revenu fixe. Cette portion occupe plus de la moitié des personnes enquêtées. Elle présente 56,33% des femmes enquêtées. Et 33% des femmes ont un revenu fixe. Les femmes ne disposant pas d'une source de revenu représentent 9,33% de l'échantillon. La situation de ce groupe de personnes reste problématique.

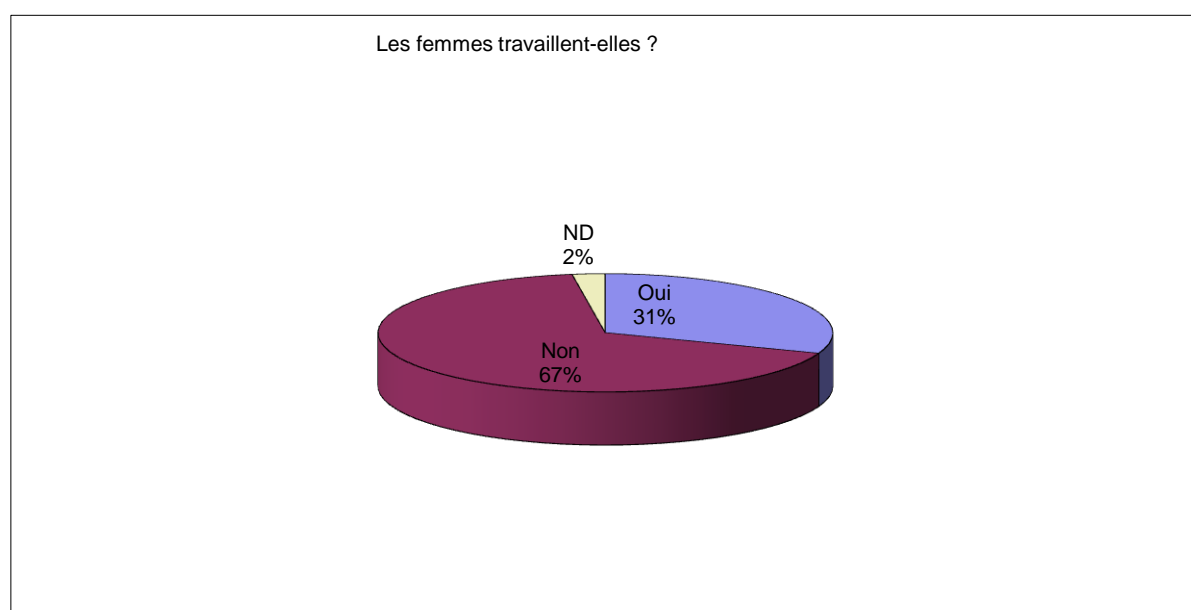
Tableau n°IX : Niveau d'étude des femmes enquêtées

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Analphabètes	31	10,33%
Primaires	91	30,33%
Secondaires	166	55,33
Universitaires	12	4,00%
Total	300	100%

Source : *Enquête sur terrain, Août 2013.*

D'après le tableau n°09, le pourcentage des femmes analphabètes est significatif. Plus de la moitié des personnes interviewées ont arrêté leurs études au niveau secondaire. Ce qui démontre que le taux d'accession des femmes aux études universitaires est moins élevé. Il représente 4% uniquement. On en déduit donc que le niveau d'étude des femmes de la Commune Rurale de BELOBAKA reste encore faible.

Figure n° 2: Travail des femmes



Source : *Enquête sur terrain, Août 2013.*

Il en découle d'après la figure n°01 que bon nombre de femmes ne travaillent pas au niveau de la Commune Rurale de BELOBAKA. En fait, deux femmes sur trois ne disposent pas d'un travail, ce qui confirme encore la précarité de leurs conditions socio-économiques. Seule 31% des femmes trouvent de travail à faire. Lors de l'interview effectuée, la plupart des femmes s'adonnent aux travaux journaliers.

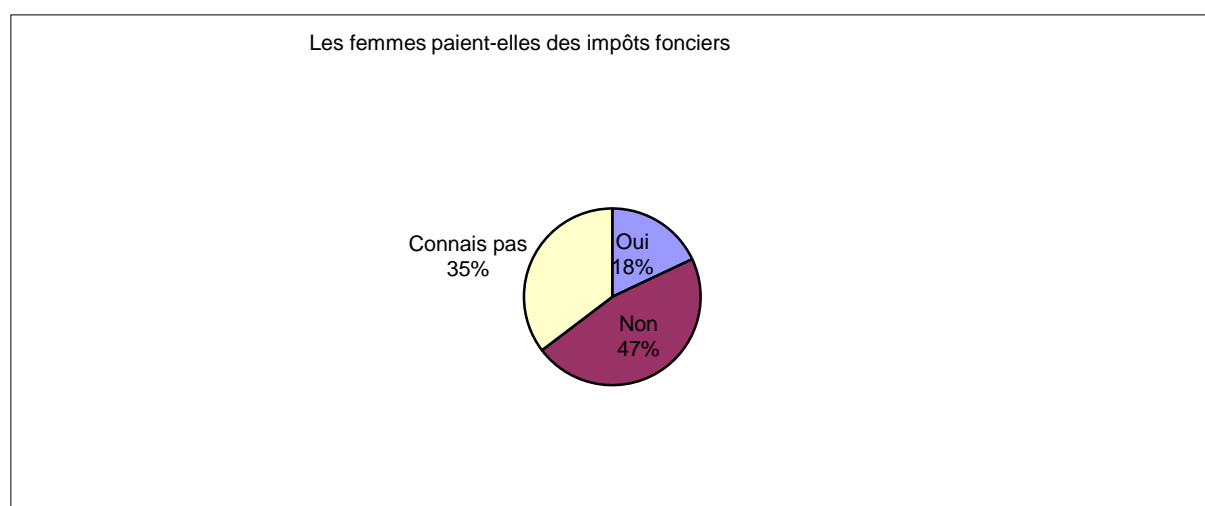
Tableau n°X : Les femmes sont-elles propriétaires de maison ?

Propriétaires	Effectif	Pourcentage
Oui	160	53,33%
Non	132	44,00%
ND	8	2,67%
Total	300	100,00%

Source : *Enquête sur terrains, Août 2013.*

Le tableau n°10 fait ressortir que plus de la moitié des femmes enquêtées sont propriétaires de la maison auprès desquelles elles habitent c'est-à-dire 53,33%. Il est à signaler qu'aucune précision n'a été évoquée s'il s'agit d'un patrimoine familial/ancestral ou individuel avec des papiers. Contre 44% qui ne sont pas propriétaires de leur habitation.

Figure n°3: Les femmes paient-elles des impôts fonciers (IFPB et IFT)?



Source : *Enquête sur terrain, Août 2013.*

La figure n°02 montre la faiblesse du taux de paiement des impôts fonciers par les femmes de la Commune Rurale de BELOBAKA. Ce taux est de l'ordre de 18% des femmes enquêtées. Lors de l'enquête menée sur terrains, beaucoup de femmes

propriétaires des maisons ne connaissent même pas l'obligation de payer à chaque année les impôts fonciers relatifs à leur patrimoine. Il appartient donc à la Commune de faire la diligence pour les sensibiliser. Ces taux indiquent les comportements du contribuable de cette commune.

Tableau n° XI : Le montant de loyer de maison

Tranche de montant de location	Effectif	Pourcentage
Entre 15 000 et 20 000 Ar	53	38,00%
Entre 20 000 et 30 000 Ar	56	40,33%
Non identifié	31	21,67%
Total	140	100,00%

Source : Enquête sur terrain, Août 2013.

Le tableau n°11 montre que 21,67% des femmes enquêtées n'identifient pas le montant des loyers qu'elles paient. La location de maison est plus ou moins modérée dans la Commune Rurale de BELOBAKA. Elle fluctue dans une fourchette de 15 000 à 30 000 Ariary.

Section II : Statistique descriptive sur les usagers du CSB II BELOBAKA

Cette partie montre la situation sanitaire des usagers du CSB. Dans ce cadre, le tableau ci-dessous nous montre l'existence d'une personne malade dans la famille dans les dernières semaines.

Tableau n° XII : Y a-t-il eu un malade dans la famille les dernières semaines ?

Existence de maladie les dernières semaines	Effectif	Pourcentage
Oui	104	34,67%
Non	145	48,33%
ND	51	17,00%
Total	300	100,00%

Source : Enquête sur terrain, Août 2013.

Lors de l'enquête sur terrain, le taux de l'existence d'une maladie dans la famille les dernières semaines avant l'enquête dans la Commune Rurale de BELOBAKA est encore faible. Le tableau n°12 fait apparaître qu'au cours des dernières semaines avant l'entretien

des 300 femmes de la Commune, ce taux est de l'ordre de 34,67%. Le problème se repose sur l'importance de la portion ND ou "Non Déterminée" qui atteint 17% de l'échantillon.

Tableau n° XIII : Y a-t-il eu un malade dans la famille ce dernier mois ?

Existence de maladie les quatre dernières semaines	Effectif	Pourcentage
Oui	75	25,00%
Non	170	56,67%
ND	55	18,33%
Total	300	100%

Source : *Enquête sur terrain, Août 2013.*

Le tableau n°13 fait ressortir que le taux de l'existence d'un malade dans la famille au cours du dernier mois avant l'interview est très faible. Il représente un quart de l'échantillon (25%). La part de "ND" devient significative.

Tableau n° XIV : Y avait-t-il eu un malade dans la famille les trois derniers mois précédents ce mois ?

Existence de maladie les trois derniers mois	Effectif	Pourcentage
Oui	126	42,00%
Non	122	40,67%
ND	52	17,33%
Total	300	100,00%

Source : *Enquête sur terrain, Août 2012.*

Le tableau n°14 montre l'importance relative de la portion des malades dans la famille les trois derniers mois précédant dans la Commune Rurale de BELOBAKA. Ce taux s'élève à 42% et le non malade est de 40,67%. La part de "ND" reste toujours stable à 17,33%.

Le tableau ci- après informe les cinq premières maladies qui frappent les femmes dans la Commune Rurale de BELOBAKA. Ces maladies sont ordonnées en fonction de la proportion du taux de maladie qui touche les femmes et il est présenté par ordre décroissant.

Tableau n° XV : Les cinq premières maladies qui frappent les femmes enquêtées

ORDRE	MALADIES
1	Infection respiratoire
2	Paludisme
3	Diarrhée
4	Malnutrition
5	Différentes infections

Source : Enquête sur terrain, Août 2013.

Dans la Commune Rurale de BELOBAKA, les femmes enquêtées sont généralement atteintes de cinq principales maladies. Selon l'ordre de l'importance, c'est l'infection respiratoire qui frappe majoritairement les femmes de cette Commune. Elle est suivie du paludisme qui, dans la plupart des cas, tient la première place sur l'échelle nationale, ensuite viennent la diarrhée et la malnutrition. La cinquième et dernière maladie qui frappe les femmes dans la commune rurale de BELOBAKA sont les maladies relatives aux infections comme les maux de tête, de gorge, IST, etc.

Tableau n° XVI: Taux de fréquentation du CSB par les femmes en cas de maladie.

Reponses	Effectif	Proportion
Oui	239	79,67%
Non	57	19,00%
ND	4	1,33%
Total	300	100,00%

Source : Enquête sur terrain, Août 2013.

Le taux de fréquentation des femmes du Centre de Santé de Base en cas de maladie est acceptable. Il dépasse la moyenne nationale²⁰. Ce taux atteint jusqu'à 79,67% des femmes enquêtées. Dans la Commune de BELOBAKA, la consultation de médecin au

²⁰La moyenne nationale du taux d'accessibilité au CSB est égale 50%

CSB II n'est pas négligeable. Selon l'enquête effectuée, 19% des femmes choisissent d'aller auprès d'un médecin privé. Seul 1,33% des femmes ne donnent pas leur avis.

Le tableau ci-dessous montre le taux d'abstinance de fréquentation d'une femme au niveau du centre de santé de base de la Commune Rurale du BELOBAKA. Ce taux est présenté selon les quatre raisons suivantes : trop loin, trop cher, service non satisfaisante et autres que ces trois raisons.

Tableau n° XVII: Taux d'abstinance de fréquentation du CSB

RAISON	Effectif	Proportion
Trop loin	4	7,02%
Trop cher	3	5,26%
Service non satisfaisant	31	54,39%
Autres	19	33,33%
Total	57	100,00%

Source : Enquête sur terrain, Août 2012.

Le tableau n°17 esquisse les raisons pour lesquelles les femmes malades ne consultent pas les médecins au CSB. Elles sont liées éventuellement à la distance, au coût des soins, au service rendu aux usagers ainsi que d'autres. Lors de l'enquête sur terrain, les motifs qui incitent les femmes à ne pas aller au CSB est la qualité de service qu'offre le personnel de cet établissement sanitaire public. Le taux recouvre plus de la moitié des femmes interviewées. Ce taux s'élève 54,39%. On constate que la non motivation de fréquenter la CSBII ne dépend pas significativement de la distance ou de la dépense de soin. Le taux de ces deux raisons (distance et coût) est minime devant la raison de service non satisfaisant. Le taux de la raison de la distance présente 7,02% et le taux à raison du coût montre 5,26% seulement. 33,33% des femmes interviewées ont manifesté des cas autres que ces trois raisons (distance, coût, service non satisfaisante).

Suite aux différents résultats ci-dessus, nous allons montrer dans le chapitre suivant les résultats sur la disponibilité à payer des ménages pour les frais de santé pour que le CSB démarre normalement à travers la participation financière des usagers. Dans ce chapitre, nous évoquons le taux de pourcentage des ménages qui accepte de payer les frais de santé par rapport à leur pouvoir d'achat c'est à dire le moyen qu'ils disposent pour participer.

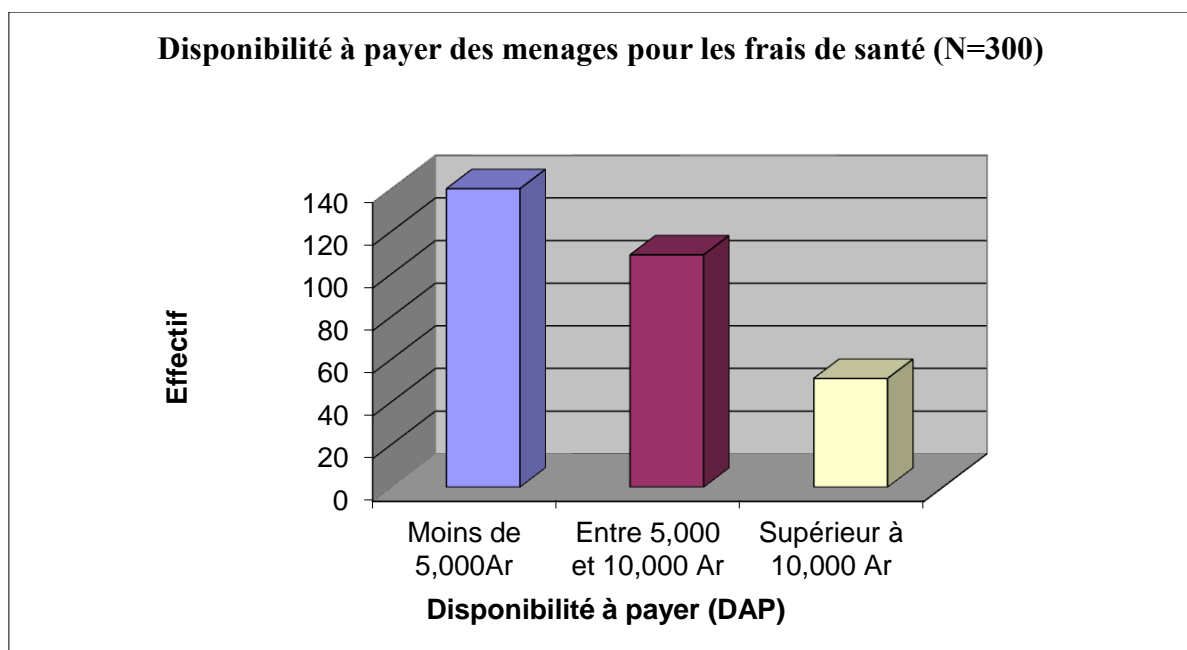
Chapitre III: Effets de l'enquête sur la disposition à payer pour que le FE soit amélioré

Pour mieux cerner notre projet, nous avons décidé d'inclure la question relative au montant annuel de la cotisation dans notre fiche d'enquête. Car comme tout projet qui émane d'une initiative locale, et qui ne bénéficie d'aucun financement extérieur, il se doit de s'autofinancer. Il en est sorti ainsi du résultat.

Section I : Le résultat du DAP

Cette section montre la proportion des femmes qui acceptent à financer le Centre de Santé de Base suivant leur disponibilité de revenu. Les enquêteurs proposent trois montants à choisir pour l'amélioration de la gestion du fonds au niveau du CSB, à savoir moins d'Ar 5000, entre Ar5000 et 10000 et supérieur à Ar10000. La figure suivante montre ces proportions.

Figure N° 4: La disponibilité à payer des femmes enquêtées au niveau du CSB



Source : Enquête sur terrain, Août 2013.

La figure n°04 fait apparaître que la part des femmes qui acceptent de contribuer à l'alimentation du fonds d'équité à hauteur de moins d'Ar 5000 est élevée. Elles représentent un taux d'acceptation de 46,67%. Cette part diminue lorsque le montant augmente, puisque le taux d'acceptation du montant entre Ar 5000 et Ar 10000 est égale à

36,33%. Il est presque d'un tiers des femmes enquêtées. Enfin, seuls 17% acceptent le montant le plus élevé.

Section II : Le choix de participation acceptée par les ménages d'après l'enquête

Le tableau ci-dessous est le dernier tableau dans cette partie « Résultat ». Il présente les formes de participation des femmes si elle accepte de contribuer au bon fonctionnement du CSB de la Commune Rurale de BELOBAKA pour que le fonds d'équité soit amélioré.

Tableau n° XVIII : Les formes de participation acceptées

FORME DE PARTICIPATION	Effectif	Pourcentage
Cotisation	204	68,00%
Prélèvement	73	24,33%
ND	23	7,67%
Total	300	100,00%

Source : Enquête sur terrain, Août 2013.

Lors de l'enquête, l'avis de 68 % des femmes interviewées est favorable à la mise en application d'une cotisation quant à la forme de participation. Certaines, par contre, préfèrent comme disponibilité à payer un prélèvement qui devrait être systématique, et c'est de l'ordre de 24,33%. 7,67% ne donnent pas leur opinion. Le fait que la majeure partie des femmes optent pour la cotisation est significatif. Cela facilite la gestion budgétaire familiale. La rubrique ND ici peut se traduire comme un signe de perplexité des enquêtés. Peut-être que la question relative à leur façon de gérer leur porte-monnaie est trop brusque pour elles et qu'elles ne savent quoi répondre puisque jusque-là, elles ignorent même comment elles ont géré ce porte- monnaie. D'un autre angle, nous pouvons aussi relayer ce résultat au niveau d'étude des femmes. Quand il s'agit d'une question pareille, plus d'une essaient d'éluder la question.

Même pour celles qui ont répondu favorablement au montant de cotisation supérieur à Ar 10.000, nous avons constaté pour d'autres une incertitude et ça concerne la majeure partie d'entre elles. Seules quelques-unes ont soutenu les raisons qui les poussent à opter pour ce montant avançant que cette somme fait moins d'Ar 1.000 par mois et que les habitants sont trop nombreux pour être couverts par une cotisation au-dessous d'Ar 10.000 en matière de santé en une année. Quoiqu'un en soit, notre mission est d'améliorer le fonds

d'équité, et que c'est ce qui ressort de l'enquête sur terrain qui doit nous servir de base. Dans ce cadre, c'est la cotisation annuelle d'Ar 5.000 qui nous intéresse car c'est le choix de la majorité des adhérentes potentielles.

TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION

C'est la partie principale de notre sujet. Dans le premier chapitre-nous évoquerons l'explication de l'inaccessibilité de la population au CSB. Tandis que dans le deuxième, nous abordons la démonstration sur la faiblesse des ressources du fonds d'équité. Le troisième est l'interprétation des principaux résultats socio- économique des ménages. Et le quatrième et dernière proposera l'analyse de la nouvelle alternative de financement du système de santé.

Chapitre I : Explication de l'inaccessibilité de la population au CSB

Ce chapitre présente les principales raisons de l'inaccessibilité de la population au niveau du Centre de Santé de Base à Madagascar et en particulier dans la Commune Rurale de BELOBAKA.

Section I : Brefs raisons de l'inaccessibilité dans le CSB au niveau national

D'après le rapport de l'OMS sur la santé en 2007, la formation sanitaire de base la plus proche à Madagascar se situe pour beaucoup de population à 5Km de leur habitation, ainsi le taux d'utilisation de la population des services de santé de base publique est de moins de 50%²¹ c'est-à-dire l'accès à la santé est difficile pour les populations dans la zone rurale. D'ailleurs, à cause de la pauvreté élevée, des disparités sociales très fortes et un statut économiquement faible de la population malgache actuelle, elle ne supporte pas les charges financières pour l'achat des médicaments en cas de maladie. Aussi, parmi les facteurs d'inaccessibilité de la population au niveau du CSB à Madagascar figure le manque de personnel technique et de matériel adéquat pour son bon fonctionnement. Si ces problèmes sont résolus, l'autre problème est la motivation de ce personnel en vue de l'encourager à rejoindre leur poste, surtout dans les localités enclavées. Au niveau de la population, la dégradation de l'infrastructure routière existante dans la zone rurale est purement grave parce que l'absence de moyen de transport pour rejoindre le CSB en cas de maladie est une raison d'abandonner le Centre de Santé de Base, surtout en saison de pluie.

Section II : Les raisons d'inaccessibilité de la population au CSB II de la CR de BELOBAKA

Comme le tableau n°XVII nous le montre, il existe des multiples raisons qui poussent les gens de cette localité à ne pas fréquenter le centre de santé de base d'après l'enquête sur terrain. Les analyses cas par cas nous permet de voir plus en profondeur, pour mieux peaufiner notre amélioration.

²¹ Rapport de l'OMS Madagascar, 2007,4p.

II.1 Raisons liées au service

Les raisons liées au service occupent la première place sur le taux d'abstinance de fréquentation de Centre de Santé de Base par les gens, avec un pourcentage s'élevant jusqu'à 59,34%. Ce service est jugé insuffisant par les enquêtées. Dans un cadre logique, on peut comprendre la situation car ce problème est lié directement ou indirectement aux matériels dont le centre de santé de base dispose. Bon nombre de CSB ont dû fermer leur porte à Madagascar suite à ce problème, et même des Centres Hospitaliers de District (CHD) sont parfois appelés à faire face à ce genre de problème. Aux problèmes liés aux matériels s'ajoute celui du manque de personnels. L'éloignement ne motive pas toujours les médecins et les paramédicaux (infirmier et sage-femme) à travailler dans une localité telle que la Commune Rurale de BELOBAKA, ce qui explique des fois l'incapacité du personnel présent à faire fonctionner comme il se doit le CSB.

II.2 Raisons liées à la distance

Ce problème est fortement lié au découpage géographique et territorial. La mise en place d'une infrastructure ne prend pas en considération l'évolution de l'occupation de l'espace par la population. Ce découpage datait pourtant de très loin. Tenez, que le Fokontany d'Antsanitia,²² par exemple, se trouve à une distance de 50 Km du chef-lieu de commune. Avec le coût d'un épisode maladie qui s'avère être élevé pour la population, le frais de transport s'annonce comme un autre obstacle. Les gens optent donc pour une autre issue en cas de maladie.

II.3 Raisons financières

Dans ce critère, il n'y a plus grand chose à commenter. Nous avons déjà avancé des illustrations émanant des tableaux faisant apparaître les types de revenus des enquêtés et que nous en avons déduit que le niveau de vie des gens est bas à cause de la catégorie socio-professionnel c'est-à-dire la plupart des gens est sans revenu fixe. Car si pour un montant d'épisode maladie à Ar 2.500, une portion de la population ne le trouve pas cher mais très cher, c'est une valeur à prendre au sérieux et nous ne manquerons pas plus tard dans notre étude de mettre l'accent là-dessus.

²²Monographie de la Commune Rurale de BELOBAKA, 2012, 20p

II.4 Autres raisons

Force est de signaler que ce ne sont pas les seules raisons qui poussent les gens à ne pas fréquenter le centre de santé de base. Il y en a d'autres que nous avons regroupés dans un ensemble de statistique s'élevant à 33,33%. C'est un chiffre important. La première grande raison est que dans cette zone, bon nombre de gens font plus confiance aux guérisseurs traditionnels qu'aux médecins. Et ce mode de comportement se transmet de génération en génération. Les matrones sont plus conviées que les sages-femmes, les circoncisions se pratiquent plus à la traditionnel que dans un centre de santé de base. A part ces cas, il y a d'autre raisons liées aux comportements et aux complexes des gens. Il y a des gens qui, de leur vivant, n'ont jamais fréquenté un bureau et qui préfèrent s'abstenir en cas de maladie plutôt que d'aller consulter un médecin.

Chapitre II : Démonstration sur la faiblesse des ressources du fonds d'équité actuel

Le système de fonds d'équité cherche à augmenter l'utilisation des services de santé par les démunies. Pour concrétiser l'objectif de ce fonds, le Ministère de la santé indique que les sources de financement du fonds d'équité sont le 3/135 tiré sur la vente des médicaments, les dons, la subvention de l'Etat et les activités sociales. Ainsi, il y a des limites au niveau de ces ressources. Ce chapitre montre l'analyse de la faiblesse des ressources du fonds d'équité.

Section I : Au niveau du taux tiré sur la vente des médicaments

Suite à la mise en application du décret qui sort au niveau du ministère de la santé en 2005 pour la mise en œuvre et le mode de règlement du fonds d'équité de la part du FANOME au niveau du CSB à Madagascar, le 3/135 de la marge bénéficiaire au niveau de la recette de la pharmacie à gestion communautaire est versé directement dans la caisse du fonds d'équité du CSB. Mais après l'enquête que nous avons fait sur terrain, le nombre de démuni identifié au niveau de la commune bénéficiaire de ce fonds est plus élevé par rapport au volume couvert par le fonds d'équité. Donc, l'effectif du personnel démuni à prendre en charge par ce fonds est très limité parce que le taux tiré sur la vente de médicament au niveau du PhaGeCom est très peu. Il n'y a que 2%. Par ailleurs, les personnes recensées démunies dans la Commune Rurale de BELOBAKA est égale au

nombre de 99 personnes. Par rapport au volume de fonds tiré de la vente des médicaments, il est plus grand. Alors, ce problème-là va entraîner un manque à gagner au niveau du compte du fonds d'équité. On va prouver par le fait suivant : le montant tiré sur la vente des médicaments est Ar 5141 dans une année pour les 19 personnes démunis sélectionnées. Or le montant de remboursement par le fonds d'équité atteint jusqu'au Ar 32100. Donc, il y a un manque à gagner d'Ar 26959 au niveau de la caisse du fonds d'équité.

Section II : Au niveau des autres ressources

A part du fonds tiré sur la vente des médicaments, il y a des autres ressources qui va alimenter la caisse du fonds d'équité, comme les dons, la subvention et les activités sociales de recueil de fonds. Ces autres ressources ne sont pas encore mobilisées dans la CR de BELOBAKA parce que le responsable local ne connaît pas son attribution à travers ce nouveau système sanitaire créé au niveau du CSB. Pour le cas de subvention, il n'y a aucune institutionnalisation de ce mode de contribution de l'Etat pour les CSB à Madagascar. Donc, l'Etat n'a pas été obligé de subvenir au fonctionnement du CSB.

Section III : Au niveau de la catégorie sociale de la population

D'après notre analyse, les usagers les plus à même de consulter les CSB sont les personnes catégorisées pauvres du secteur informel, c'est-à-dire du secteur en marge de la légalité. Les personnes malades qui ont des moyens financiers choisissant les structures sanitaires privées. Alors, les Centres de Santé de Base ont appliqué le système de la participation financière des usagers. Il a pour objectif de rendre confiance aux usagers quant à la qualité des services et la disponibilité des médicaments. Cependant, la nécessité de paiement a provoqué la baisse du pouvoir d'achat des usagers. En effet, le montant d'une ordonnance établie dans ces formations sanitaires pouvait atteindre jusqu'à 45%²³ du revenu des usagers. De ce fait, le taux de visite des plus pauvres auprès des formations sanitaires publiques baisse d'environ 40% en période de soudure, faute d'argent pour assurer le coût de ces services. Le prix de médicament au niveau du PhaGeCom est moins chers parce qu'il vend des médicaments générique. Alors le bénéfice reçu pour cette vente des médicaments est moindre. Donc ces différentes situations vont créer un impact sur la

²³ EPM, Enquête Périodique auprès des Ménages 2005, Rapport Principal juin 2006, Ministère de l'économie, des finances et du budget, 238p.

recette du PhaGeCom, puisque, si la recette est en baisse, le fonds tiré sur la vente des médicaments auprès du PhaGeCom diminue aussi. Cela entraîne une insuffisance au niveau de la caisse du fonds d'équité.

Section IV : Au niveau de nombre des malades qui fait une consultation au CSB

Dans le CSB II de la commune Rurale de BELOBAKA, il y a des périodes où aucun personne malade ne vient consulter le CSB. Le tableau n°04 nous le montre. Sur douze mois, quatre mois seulement n'ont pas trouvé de personnes malades qui ont fait une consultation auprès du CSB. Or tous les mois, il y a toujours des personnes malades démunies qui vont faire une consultation et avoir des bons de soins. Donc, la recette de la pharmacie à gestion communautaire de la part du FANOME dépend du nombre des personnes malades qui va faire une consultation au niveau du CSB. Si ce nombre diminue, le volume de la caisse du fonds d'équité serait réduit. Par conséquent, le nombre de démunis bénéficiaires de ce fonds est limité, c'est-à-dire, il est proportionnel à la capacité du volume du fonds d'équité ou bien il s'organisera en vue de faire une rotation des personnes démunies bénéficiaires.

Chapitre III : Interprétation des principaux résultats socio- économique des ménages

Les résultats de l'analyse socio-économique de la population de la Commune Rurale de BELOBAKA montrent un caractère jeune des femmes avec des sources de revenu instable et de niveau intellectuel faible. La situation est très problématique pour pouvoir atteindre l'objectif prévu. En effet, il s'avère très difficile de convaincre une population dont la majorité ne travaille pas. Même si la population dispose de biens immobiliers, elle ne sait pas les exploiter, voire être en règle envers l'Administration.

Section I : Sur le niveau de revenu des ménages

Toujours est-il, force est de mettre en exergue que les données des tableaux n° 06, n°08 et n°09 sont fortement liées. Le travail d'une femme célibataire (mère) qui n'a pas fréquenté l'école assez longtemps serait logiquement sanctionné par un salaire qui laisse à désirer et ne permet pas d'avoir un standing de vie stable. Quoiqu'on ait mentionné dans le tableau n°07 le statut de femme mariée, qui, dans la majeure partie des cas, sont en

couple, même une femme qui a fait une étude supérieure ne peut se faire. La dimension sociologique qui régit les normes et valeurs des rituels du mariage traditionnel tolère le concubinage. Et ce sont les femmes qui ont un niveau d'étude moins élevé qui en sont les premières victimes.

Une fois de plus, par le biais des tableaux n°08 et n°10, nous pouvons établir une vision générale de la Commune de BELOBAKA. Si 169 femmes sur 300 sont sans revenu fixe, alors que 160 femmes sur 300 possèdent des maisons, nous pouvons imaginer à quoi devraient ressembler ces dernières. Dans la majeure partie des cas, ce ne sont pas des constructions en dure, mais plutôt en tôle, en terre battue ou encore en fût aplati. Une population qui, en majeure partie sans revenu fixe, et ayant fréquenté moindrement l'école ne peut se permettre le luxe dans un tel cadre.

Comme on a mentionné, la plupart des maisons du côté de la Commune BELOBAKA ne sont pas en dure. Et bien que le loyer est assez modéré, la tendance parfois des enquêtées à ne pas répondre à la question y afférente est significative. Le loyer d'une maison faite en fut aplati n'est pas le même que celle faite en terre battue. Le locataire décide donc de décliner la question car le montant pourrait s'avérer très minime. Et dans cette localité, le mode de vie est lié à une conscience collective qui ne veut pas que l'on s'incrute trop profondément dans le moyen financier des gens (surtout quand la personne en question n'est pas très apte financièrement).

Section II : Sur le taux de fréquentation du CSB II

Le taux de fréquentation de CSB II qui est très fort parce qu'il dépasse la moyenne nationale, stabilise effectivement les prévisions économiques pour ce qui est de la disponibilité à payer des ménages. En fait, les types de maladies qui frappent les gens de la Commune ne les motivent pas à consulter un CSB. De par leur niveau d'étude faible, ils préfèrent utiliser le traitement traditionnel. Cette situation est des plus accentuée par la médiocrité des services rendus aux usagers de la part du personnel de ce centre de santé de base publique. Par conséquent, les sources de revenu qui vont alimenter le fonds d'équité risqueront d'être minimales. Avec un taux d'existence moyenne d'un malade dans la famille lors des trois dernières mois avant l'enquête variant de 25 à 42% sur une échelle annuelle, l'on pourrait déduire que pour une Commune Rurale telle que BELOBAKA, la population a une conviction de convier un Centre de Santé de Base. Néanmoins, sur le plan national,

les gens n'ont tendance, ni l'habitude de se faire contrôler que lorsque la maladie est sérieux. La question relative à la santé laisse aussi plus d'un perplexe, et c'est peut-être pour cette raison que tant d'individus enquêtés sont classés dans la rubrique ND. Une partie de cette proportion s'est abstenu de répondre par souci qu'après la question, on va leur demander de quelle maladie elles souffrent. Dans ce volet, on pourrait conclure que ces personnes peuvent souffrir d'une ou des maladies que l'on a souvent honte d'en parler. Dans une analyse extrapolative, nous pouvons donc affirmer que ces personnes pourront faire partie de ceux qui ont répondu par le « oui ». Ce qui nous emmène dans une suite logique à une approximation d'un taux de malade (démuni) bénéficiaire d'une couverture sanitaire allant jusqu'à 51%. Disons que ce nouveau chiffre fera notre affaire dans la volonté de mettre sur pied le mutuel car ce sont des adhérents potentiels à notre cause.

A voir les résultats relatifs au taux d'abstinence de fréquentation du CSB, l'on constate que les femmes misent plutôt sur la qualité que sur le coût ou encore la distance. Dans la phase de mise en place du mutuel, il est donc de mise de faire en sorte d'améliorer et la qualité de service et, dans la mesure du possible, la mise en place des ressources matérielles et humaines nécessaires. Dans ce volet, encore une fois, une éducation de masse s'impose. Des individus sont difficilement convaincus que le CSB puisse leur fournir quoi que ce soit en matière de santé. Pour eux, la consultation des tradi- praticiens ou des guérisseurs s'avère plus fiable. Une campagne de sensibilisation concernant les maladies que ces derniers ne pourraient guérir doit être menée. L'idée n'est nullement d'interdire les gens à consulter ces praticiens, mais de leur éduquer objectivement, en expliquant par exemple qu'un médecin traditionnaliste ne pourrait jamais extraire une dent. La proportion de la population très moindre (5,26%) qui trouve que le service est trop cher s'annonce prometteur. Car une fois mis sur pied, le projet réduira le coût à l'accessibilité des gens auprès du CSB. Le travail de suivi-évaluation pourrait donc ne plus afficher ce critère.

Vu que le taux de fréquentation des femmes du Centre de Santé de Base est important, c'est déjà un pas en avant pour la réalisation du projet mutualiste. Car mettre sur pied ce genre de projet requiert tout de même un certain mécanisme amovible. Il est plus que nécessaire, dans la phase de sensibilité, de persuader non seulement les femmes mais l'ensemble de la population à solliciter un médecin régulièrement même si aucun cas

suspect ne s'annonce sur sa santé. Ceci regorgerait à la fois et le caractère de vivacité économique et le bien être humain par le suivi régulier de la santé.

Comme il a été mentionné, bon nombre de gens sont dans les travaux journaliers, et la majeure partie de ces derniers se trouve dans le secteur du lapidairerie. La plupart des femmes qui travaillent la pierre (gravillon, moellon, pavé,...) ne sont munies que d'un simple marteau et un petit lambeau de fortune en guise de gant de protection. Un travail journalier de 8 à 10 heures rend ces femmes vulnérables à la maladie pulmonaire. Outre la fatigue engendrée par la monotonie du travail, les sables de carrière ne les épargnent point, et c'est ce qui explique l'arrivée en première position de l'infection respiratoire dans le tableau n°13 de l'ordre des cinq principales maladies qui touchent les femmes dans cette localité. A Madagascar, le paludisme est monnaie courante. Si les gens se trouvent dans une activité autre que le travail de la pierre, elle occuperait sûrement la première place du classement. Quant à la diarrhée, elle pourrait s'expliquer par le fait que la localité n'est pas encore adduite d'eau potable. Outre les puits, les habitants se servent des eaux de rivières pour leurs besoins quotidiens. Sur ce cas la population est livrée à elle-même et ne peut que se faire. La malnutrition se traduit logiquement par le revenu faible des concernés. A la méconnaissance des équilibres nutritionnels et calorifique s'ajoute l'irrégularité des revenus (tableau n°07) des femmes alors que le travail qu'elles accomplissent est de dur labeur. Pourtant, dans cette zone, de nombreuses espèces de fruits, de breds ou encore d'autres denrées rares sont très abondantes. Sur ce dernier cas, nous pouvons établir un lien entre la malnutrition et le niveau d'étude qui est dans la majorité au-dessous de la moyenne. Pas moins pour les diverses infections qui touchent les femmes. Elles sont également en relation avec le niveau d'étude faible. L'éducation sexuelle est par exemple quasi-absente chez les jeunes femmes qui ne se soucient guère des retombées qui pourraient en découler. Dans cette rubrique, c'est le cas dominant concernant ce volet.

Le tableau n° XVIII de notre travail reflète la gestion financière par les femmes des revenus ménagers. Dans la plupart des cas, les femmes optent pour la cotisation, ceci pour la simple raison que le prélèvement s'avère être fréquent et que ça va déstabiliser la gestion. Dans ce dernier cas, les femmes estiment que le prélèvement pourrait surpasser le montant de la cotisation. Le choix semble raisonnable dans la mesure où pour la cotisation, chacun des membres se trouve sur un même pied d'égalité en payant un montant égal.

De tout ce qui précède, il est très difficile d'inciter les gens de la Commune Rurale de BELOBAKA à participer activement à l'esprit du fonds d'équité. Ce dernier devrait être accompagné d'un ou des autres prélèvement(s) pour être en mesure de couvrir les décaissements. Cela, en collaboration étroite avec l'Administration décentralisée et déconcentrée. Dans notre cas, cette situation doit définir les étapes à ne pas brûler dans la mise en œuvre et l'instauration de la mutuelle. La méthodologie de recherche participative serait la plus appropriée vu que le niveau d'étude de la majeure partie de la population étudiée est plus ou moins faible. La phase de sensibilisation et celle de la restitution des données restent les plus délicates dans ce cas pour permettre de toucher un maximum de portion de la population concernée.

Chapitre IV : Analyse de la nouvelle alternative de financement du système de santé

Dans cette analyse, des chiffres en sortent, et des chiffres sort une ligne directrice sur lesquelles notre travail devrait reposer. Ce chapitre montre la décision à prendre pour la nouvelle redistribution des ressources au niveau du Centre de Santé de Base de la Commune Rurale de BELOBAKA pour que le fonds d'équité soit amélioré.

Section I : Les nouvelles possibilités de redistribution des ressources

Avec 70% de la population vivant sous le seuil de pauvreté, la situation globale à Madagascar est celle d'un pays où la pauvreté est largement dominante. La question qui se pose dès lors est celle de la véritable efficacité d'une redistribution verticale des revenus du pays vers ses pauvres. Un tel système de solidarité implique qu'il y ait un strict déplacement du pouvoir d'achat des riches vers les pauvres. Mais les capacités issues de ce déplacement de pouvoirs d'achat peuvent-elles suffire à répondre à la globalité des besoins de la population en terme de santé ? Le fait que 30% de la population vivent au-dessus du seuil de pauvreté n'indique rien sur les véritables capacités redistributives du pays.

Une autre forme de redistribution équitable serait celle qui met toute la population à contribution, à travers un prélèvement progressif par lequel chacun participe à hauteur de ses revenus. Cependant, il est difficile d'imposer une taxation supplémentaire aux fonctionnaires et aux salariés qui d'une part, ont payé pour leur propre assurance et d'autre part, ont participé au financement du FANOME par le truchement des impôts. Par ailleurs,

80% de la population fait partie du secteur informel et n'est donc pas imposable. Toutefois, le fait de ne pas être imposable ne signifie pas qu'ils ne puissent participer à ce mécanisme de redistribution. Ils peuvent être mis à contribution par le biais de cotisations. Or, dans un contexte de rareté des ressources, il est d'autant plus difficile d'imposer des cotisations que la population est sensible au coût d'opportunité, c'est-à-dire qu'elle aurait une propension à ne plus cotiser en constatant qu'elle ne profite pas du fonds constitué. Elle privilégierait l'utilisation de cet argent pour la consommation d'autres biens jugés plus utiles ou préférables et adopterait des comportements d'« évasion ». Face à ces difficultés, l'impôt indolore qui s'applique au moment du passage des usagers en CSB par le biais de l'achat de médicaments constitue aujourd'hui pour les pouvoirs publics la seule alternative à la taxation directe ou à l'imposition d'une cotisation pour constituer le fonds.

Section II : La discussion sur les hypothèses de DAP des ménages

Pour mettre en relief notre idée originale, tous les dispositifs de calcul en matière d'économie doivent être minutieusement étudiés, entre autre le dispositif à payer. Ce dispositif nous permet de mettre en relation les résultats de notre enquête et notre projection dans le cadre de la mise en place du système mutuelliste dans la Commune Rurale de BELOBAKA. Pour ce faire, nous avons opté d'avancer trois hypothèses qui comportent respectivement des montants différents pour la cotisation à Ar 5000, à Ar 7500 et Ar 10.000.

Première hypothèse : DAP à Ar 5000 avec 46,67% de taux d'acceptation

Taille de la population	10000	10000	10000	10000
Probabilité d'être malade 25% à 42%	0,25	0,3	0,35	0,4

Nombre participant non malade et malade comprises	4667	4667	4667	4667
Recettes prévisionnelles	23 335 000	23 335 000	23 335 000	23 335 000
Effectif des malades	2500	3000	3500	4000
Coûts moyens d'un épisode de maladie (Voir CNS)	2500	2500	2500	2500
Fréquence de maladie dans l'année Voir tableau X, 25% pour un mois donc 3 fois dans l'année/ménage	3	3	3	3
Dépenses annuelles en cas de maladie	18 750 000	22 500 000	26 250 000	30 000 000

Prenons la taille d'une population à dix milles individus. Pour cette portion de population, la cotisation s'élève à Ar 23.335.000. Si 25 % de la population, c'est-à-dire 2500, arrive à être malades (25 à 42%, fourchette issu du tableau n°10), avec une fréquence de maladie de trois fois par ménage dans une année, la dépense annuelle s'élève Ar 18 750.000. Ce montant est le produit du calcul du nombre des participants malades et non malades en fonction du coût moyen d'un épisode de maladie fixé à 2500Ar par consultation (montant établi par l'OMS à travers le CNS). Il en est ainsi déduit que pour 25% de population malade, la recette prévisionnelle recouvre les dépenses annuelles en matière de santé, car il y a encore Ar 4.585.000 de marge. A 30%, c'est-à-dire pour 3000

personnes malades en une année, cette marge n'est plus que d'Ar 850.000 car les dépenses annuelles s'élève à Ar 22.500.000. A 35%, il y a un manque à gagner d'Ar 2.915.000 car le montant s'élève à Ar 26.250.000. A 40%, ce manque à gagner grimpe jusqu'à Ar 6.665.000 avec une dépense annuelle d'Ar 30.000.000. Il y a une marge à ce que la population puisse être assurée du paiement de leurs dépenses de santé pour le taux de prévalence entre 30% et 35%. Au-delà de cet intervalle, la cotisation d'Ar 5.000 ne le permettra plus.

Deuxième Hypothèse : DAP à Ar 7.500 avec un taux d'acceptation de 36,33%

Taille de la population	10000	10000	10000	10000
Probabilité d'être malade (Voir Tableau n° X) 25% à 42%	0,25	0,30	0,35	0,40

Nombre participant non malade et malade comprises	3633	3633	3633	3633
Recettes prévisionnelles	27.247.500	27.247.500	27.247.500	27.247.500
Effectif des malades	2500	3000	3500	4000
Coûts moyens d'un épisode de maladie (Voir CNS)	2500	2500	2500	2500
Fréquence dans l'année Voir tableau X 25% pour un mois donc 3 fois dans l'année/ménage	3	3	3	3
Dépenses annuelles en cas de maladie	18 750 000	22 500 000	26 250 000	30 000 000

Pour le cas de la cotisation à Ar 7.500, c'est seulement au-delà de la barre des 40% que la recette prévisionnelle ne couvre pas les dépenses annuelles en cas de maladie. A 25%, la marge est d'Ar 8.497.500, à 30% la marge est d'Ar 4.747.500, à 35% cette marge est d'Ar 997.500, tandis qu'à 40% la manque à gagner est d'Ar 2.752.500.

Troisième hypothèse : DAP à Ar 10.000 avec un taux d'acceptation de 17%

Taille de la population	10000	10000	10000	10000
Probabilité d'être malade (Voir Tableau n° X) 25% à 42%	0,25	0,3	0,35	0,4

Nombre participant non malade et malade comprises	1700	1700	1700	1700
Recettes previsionnelles	8 500 000	8 500 000	8 500 000	8 500 000
Effectif des malades	2500	3000	3500	4000
Coûts moyens d'un épisode de maladie (Voir CNS)	2500	2500	2500	2500
Fréquence dans l'année Voir tableau X 25% pour un mois donc 3 fois dans l'année/ménage	3	3	3	3
Dépenses annuelles en cas de maladie	18 750 000	22 500 000	26 250 000	30 000 000

Pour cette dernière hypothèse, l'importance du taux d'acceptation apparaît. Il n'y a qu'une très moindre proportion de la population enquêtée qui opte pour la cotisation à Ar 10.000, ce qui a influé sur le calcul. De ce fait, cette troisième et dernière hypothèse confirme ce qu'a laissé voir notre enquête sur terrain sur le faible niveau de vie des gens dans cette zone.

En comparant ces trois hypothèses, on pourrait arriver à une déduction rationnelle. Dans le premier cas, le taux d'acceptation est élevé, ce qui est justifié par le montant qui

est fixé au plus bas de l'échelle. Pourtant, la recette prévisionnelle ne couvre que jusqu'à 30% de la dépense annuelle. Dans le second cas, les dépenses annuelles sont couvertes jusqu'à 35%, mais nous pouvons constater la régression nette du taux d'acceptation. Dans la dernière hypothèse, ça ne fait que de confirmer. Au terme, après avoir établi un lien avec tous ces calculs et la dimension social liée aux modes de vie de la population étudiée, la première hypothèse avancée semble la plus appropriée pour mettre sur pied ce projet. Bien que la deuxième touche un peu plus de cible, le taux d'acceptation ne nous permet pas de prendre de risque. Rappelons au passage que ce taux de participation allait de 46% à 17%, et qu'au fur et à mesure que la cotisation augmente, il chute. Car pour être vivace, un projet comme le nôtre doit, de prime abord, avoir le consentement de ses membres. Il est donc plus sage de commencer avec le plus d'individus possible qu'avec plus de moyen financier possible.

Seulement, il faut mettre en place des dispositifs qui réduisent le taux de fréquentation des gens du centre qui ne devraient pas être forcément à l'intérieur. Une campagne de sensibilisation sur l'usage de l'eau en est par exemple une belle illustration. Sensibiliser les gens à faire bouillir l'eau avant de la boire réduirait sûrement les cas de diarrhée, et ça va influencer sur la gestion de santé de base économique du centre sanitaire. Concernant la maladie respiratoire qui touche bon nombre de femmes, on peut imaginer la distribution de cache-bouches aux gens qui travaille la pierre pour limiter les risques. Une coopération extérieure du médecin chef du centre de santé de base avec d'autres organismes qui luttent contre le paludisme serait aussi la bienvenue pour freiner ce fléau. La mise en place d'une unité de conseil non payant créerait une atmosphère de confiance et plus de proximité entre la population locale et le centre. Si tous ces dispositifs seraient mis en place, à coup sûr, ça va amortir les dépenses annuelles du centre et attirera plus de membre.

Section III: Rapport Fonds d'équité - Mutuelle

L'idée de la mise en place de cette mutuelle n'est point de s'incruster ni de masquer les actions du centre de santé de base. Au contraire, c'est d'épauler les gens, surtout les plus démunis à supporter les coûts de traitement médical. Vu que le fonds d'équité n'a jamais servi grand-chose, la mise en place de cette mutuelle s'avère être très efficace parce qu'une partie de son fond de caisse serait versée à titre de subvention pour les couches les plus défavorisées. De plus, le fonds d'équité est une somme prélevée à des personnes

malades à travers l'achat d'un médicament, or le système de cette mutuelle est que même une personne saine peut contribuer à aider une autre qui ne l'est pas. Logiquement, c'est une personne saine qui doit venir en aide à une autre qui est malade, et c'est l'esprit de cette initiative. En revoyant le tableau n° VI, nous pouvons affirmer que Ar 5.000 est encore une somme importante pour la majeure partie de la population, mais s'il arrive qu'une personne tombe malade trois fois en une seule année, avec le coût moyen d'un épisode maladie fixé à Ar 2.500, elle est déjà largement bénéficiaire. Quoiqu'il en soit, ce n'est pas possible que tous les habitants d'une localité tombent malade en une année sauf cas de pandémie, en même temps les mesures d'accompagnement relatives à la réduction du taux de fréquentation du CSB par les gens seront très bien véhiculées. La réduction des coûts des soins médicaux auraient très certainement un impact sur la santé des gens.

Si ce système fonctionnerait comme il a été conçu au départ, plus tard, il est envisageable de revendiquer l'augmentation auprès du ministère de la santé la révision du fonds d'équité. Car avec un prélèvement de 3/135, des centres de santé de base n'arrivent à collecter qu'Ar 4000 ou 5.000 au cours d'une année entière. Que faire avec une somme pareil, alors que c'est censé destinée aux gens défavorisés ? Combien de gens défavorisés une commune rurale peut-elle compter ? En vérité, ce fonds d'équité est une pure hypocrisie et une insulte aux gens démunies car il regorge une injustice sociale. Equité veut dire droiture et justice, mais qui ose dire que Ar 5.000 par an pour une commune, pour aider les défavorisés est juste ? Depuis la mise en place dans les centres de santé de base du système de fonds d'équité, l'idée que ça a réellement apporté un changement pour les bénéficiaires rend plus d'un perplexes. Pourtant, l'heure n'est plus aux critiques mais plutôt à l'action et au prise de responsabilité.

C'est dans ce cadre que l'instauration de cette mutuelle s'annonce plus que nécessaire, pour permettre plus de proximité et de transparence aux cibles. Ici, l'ensemble de la population serait touchée, seulement, il appartient à tout un chacun de trancher si oui ou non il veut faire partie de la mutuelle. Notre enquête affiche un chiffre de 46% des femmes partantes pour l'idée, et c'est déjà réconfortant. Après une bonne campagne de sensibilisation, ce chiffre augmenterait sûrement.

Dans une démarche logique d'interprétation et d'analyse des données ainsi que sa conjugaison au visu sur terrain, nous pouvons affirmer au terme de cette étude que notre hypothèse pourrait être vérifiée. En respectant tous les dispositifs nécessaires pour

l'amélioration du fonds d'équité, on peut améliorer l'accessibilité des gens de cette localité à un soin de proximité. A vrai dire, ce genre de mutuelle pourrait être implanté dans n'importe quelle zone rurale de l'île dans laquelle un centre de santé de base est implanté.

Section IV : Perspectives

IV.1 Nouvelle gestion du fonds d'équité

La nouvelle démarche dans la gestion de cette subvention qui découle de la mise en place de la mutuelle soulignons-le, s'opère avec le volume de la caisse du CSB. Tenez que dans notre cas, sur 99 personnes démunies, 19% seulement sont couvertes par le fonds d'équité. Les 80 autres sont livrées à eux-mêmes. Selon le Médecin Chef du centre de santé de base de la Commune Rurale de BELOBAKA, le montant par personne démunie pour chaque épisode de maladie ne dépasse pas les Ar 1.000 par an. S'il arrive donc qu'une personne démunie retombe malade une seconde fois, elle ne bénéficiera aucunement d'un autre fonds. Pourtant, notre projet s'inscrit dans l'endiguement de cette situation car nous avons prévu trois périodes maladie pour une personne au long d'une année. Affirmer que si le projet est mis en place, les 80 autres personnes sont immédiatement couvertes serait trop gratuit, mais au moins le taux de couverture avoisine les 90%. Ce pourcentage, cependant, tend à progresser en fonction du nombre des membres, sans parler de l'effet que va apporter notre mesure d'accompagnement sur les préventions sanitaires que nous projetons de lancer.

Pour un maximum de transparence, garant de plus d'adhésion de la population dans la mutuelle, un comité de gestion collégial serait mis en place. Ce comité serait composé d'un responsable du CSB, d'un personnel de la Commune et quelques têtes issues des membres que le nombre sera fixé dans une assemblée général des membres. Enfin, nous proposons la présence d'une personne qui s'occuperait des affaires courantes liées à l'activité de la mutuelle, toutefois, il appartient aux membres de trancher sur la question puisque cette personne jouira d'un statut de salariée.

Concernant le mode d'adhésion des membres au sein de la mutuelle, tout a été étudié jusque dans les moindres détails pour faciliter l'accès. Au moment de l'inscription en tant que membre, il est impératif pour chacun de payer une somme d'Ar 2.000. Cette somme n'est nullement un capital social, mais elle fait déjà partie des Ar 5.000 de cotisation annuelle. Les Ar 3.000 restant sont payables dans les trois mois qui suivent l'inscription.

Cette stratégie a été adoptée pour amortir le coût, parce qu'un travailleur journalier qui gagne sa vie au jour le jour ne peut pas se permettre de cotiser une telle somme d'un seul coup. Quoiqu'il en soit, cette mesure concerne ceux qui sont les plus défavorisés, parce que chaque membre n'est pas tenu de la suivre. Un membre peut payer directement sa cotisation complète si ça lui permet de le faire. Selon le chiffre établi par le CNS (Comptes Nationaux de la Santé), le coût d'un épisode maladie s'élève à Ar 2.500 auprès d'un Centre de Santé de Base. Pour notre cas, nous projetons de réduire ce coût jusqu'à Ar 2.000. Du coup, cela tend à réduire, dans l'avenir, la cotisation annuelle des membres, ce qui engendre la mise en marge sur le gymnastique de la comptabilité, car même si une personne tombe malade trois fois dans une année, la couverture est plus ou moins assurée.

IV.2 Nouvel avenir social

Il importe de mentionner les retombées de la mise en place de cette mutuelle sur le plan social. L'adhésion des gens dans la grande famille de la mutuelle témoigne dans un premier temps d'une participation et d'une responsabilisation citoyenne. Elle confirme la volonté populaire de mettre en place une unité qui garantit la cohésion sociale, en d'autres termes, une autre forme de solidarité. De plus, comme tout le monde aurait droit à une unique somme sur le coût d'un épisode maladie, il n'y aura plus d'inégalité ni exclusion sociale, mais plutôt une inclusion.

Section V : Evaluation économique

Dans notre recherche, l'évaluation économique consiste à démontrer l'avantage du rapport coût- efficacité du système mutualiste face à la collecte de fonds d'équité initial. En effet, le but est d'augmenter le volume de caisse du fonds d'équité pour que le nombre de démunis couverts s'accroît. Tout en donnant la satisfaction à la demande en matière de santé de la population locale, avec un minimum de dépense. Nos critères résident sur la recherche d'une cotisation juste qui prend en compte non seulement les coûts réels d'approvisionnement des médicaments au niveau de la pharmacie à gestion communautaire, mais aussi les possibilités financières des adhérents. L'intérêt de cette démarche est d'augmenter le volume de caisse du fonds d'équité et de faire fonctionner le service de santé public dans la commune cible d'une manière optimale et viable financièrement.

V.1 Les différents coûts

D'un point de vue purement économique, les coûts de la réalisation de ce projet peuvent être classés en :

- Campagne de sensibilisation ;
- Cotisation sociale ;
- Temps ;
- Transport ;
- Salaires du personnel.

V.2 Leur efficacité

Le résultat de notre recherche montre l'efficacité de notre projet au niveau des dépenses des ménages. Pourtant, la charge de la famille des adhérents de système mutualiste est diminué parce qu'il paie de cotisation annuelle seulement, alors qu'ils obtiennent de large avantages octroyés par ce système. Donc, le coût en santé est diminué avec la maximisation de satisfaction des bénéficiaires. La quantité de production de soins au niveau du CSB est augmentée à propos du nombre des consommateurs adhérents au système mutualiste.

Le nombre de personnes démunies couvert par le fonds d'équité augmente puisque la personne non malade participe. Cette participation se fait à travers une partie de cotisations collectées aux adhérents. Donc, avec le minimum de dépense on pourrait satisfaire le maximum de population locale dans le domaine de santé.

V.3 Leur conséquence

D'après notre hypothèse n°01, le taux d'acceptation d'une cotisation Ar 5000 est atteint jusqu'à 46% avec une recette prévisionnelle d'Ar 23 335 000. Cette recette couvre 30% de consommateur s'il y a une personne, qui tombe malade trois fois dans une année dans la famille. Or l'épisode d'une maladie est égal à Ar 2500, et on multiplie le coût d'un épisode d'une maladie et le nombre répété des maladies dans une année (3fois). Il vaut Ar 7500, le ménage va bénéficier d'une somme d'Ar 2500 pour l'épargne.

Le ménage bénéficie d'une assurance de vie et de tranquillité pour produire beaucoup. La protection sociale de leur famille est assurée par la cotisation sociale si elle est payée au niveau du système mutualiste. A partir de ce système, nous avons proposé une

amélioration sur le fonds d'équité. L'assemblée générale des adhérents décide le taux de subvention qu'il doit verser au fonds d'équité. On suppose que 0,5% de la recette prévisionnelle (Ar 23 335 000) est à verser à la caisse du fonds d'équité. Il encaisse une somme d'Ar 116675. Par rapport à l'ancien style, le volume de caisse du fonds d'équité est augmenté et le taux de couverture s'améliore.

Section VI: Limites de l'étude

Bien que notre étude sur la prédisposition à payer ait été menée avec prudence et rigueur scientifique pour éviter certains biais qui pourraient fausser nos résultats, nous ne puissions pas prétendre avoir tout maîtrisé lors de notre recherche en DEA de l'économie de la santé. En effet, nous n'avons pas pu prédire avec précision et de façon sécurisée la proportion de personne qui adhèrera à cette mutuelle de santé publique. Par conséquent, bien que nous ayons essayé d'analyser tous les facteurs possibles pouvant influencer que ce soit la nouvelle gestion ou la disposition à payer des ménages pour un service amélioré, dans le but de trouver les déterminants les plus explicatifs par rapport à leurs portefeuilles de chaque ménages, notre analyse s'est limitée à la recherche de ces facteurs sans entrer en détail sur la relation de cause à effet. En d'autre terme, nous n'avons pas pu arriver jusqu'à la modélisation de ces facteurs pour pouvoir tirer des conclusions beaucoup plus approfondies, parce que ni le temps, ni les moyens ne nous ont pas permis de mener notre travail de recherche jusqu'à ce stade.

D'autre part, cette étude a été focalisée sur la population à potentialité sanitaire vulnérable de la Commune Rurale de BELOBAKA avec les spécificités de cette couche, ainsi l'étude n'est pas extrapolable dans d'autres endroits qui ne se trouvent pas dans les mêmes contextes socio - démographiques et économiques que la zone considérée. A noter également que faute de temps, nous n'avons pas pu effectuer une analyse de sensibilité qui pourra tester la robustesse de notre étude en évaluant l'impact de l'incertitude d'hypothèse sur la décision.

Par ailleurs, notre recherche a essayé de traiter un problème actuel et que le fruit de cette étude peut résoudre dans l'immédiat un problème lié à la santé, d'autant plus que son importance sur le plan économique et sur le plan de la santé publique est inestimable. D'autre part, elle pourra contribuer aussi à la décision sur la politique participative de la santé publique à mettre en place dans d'autres endroits.

CONCLUSION

La couverture sanitaire à travers le financement de l'Etat ne cesse de diminuer à cause de la crise qui sévit. L'Etat fait la sourde oreille quant à la qualité de service qui laisse à désirer dans les Centres de Santé de Base et les hôpitaux publics.

Le gouvernement malgache, à partir de l'année 1998, a lancé une nouvelle forme de système sanitaire à Madagascar, c'est-à-dire la décentralisation du service sanitaire. Cette politique incite la responsabilité de la collectivité territoriale décentralisée et la participation citoyenne dans le bon fonctionnement du Centre de Santé de Base. D'autre part, l'Etat assure l'infrastructure sanitaire et les ressources humaines.

Pour donner une couverture sanitaire aux personnes les plus démunies dans chaque Commune à Madagascar, l'Etat a créé une nouvelle forme du système sanitaire pour la protection sociale appelée Fonds d'Equité. Les démunis bénéficiaires de ce fonds restent toutefois très limités. Or notre recherche a essayé de promouvoir l'augmentation de personnes démunies prises en charge par le fonds d'équité.

Donc la participation massive de la population locale est une solution évidente pour augmenter le nombre de personnes démunies bénéficiaires du fonds d'équité. La forme de participation est une cotisation annuelle. Cette cotisation dépend du pouvoir d'achat de la population locale mais il est à la portée de chaque ménage parce que l'objectif est d'inciter le maximum de ménages à y adhérer. Pour assurer la couverture des frais de santé de la population, il faut augmenter au maximum le nombre des adhérents. Pour ce faire, une initiative à adopter dans l'esprit de ce projet est aussi de diminuer le montant de la cotisation au fur et à mesure que le nombre des adhérents augmente.

Autrement dit, la participation des malades et les non malades s'annonce très efficace. Donc, on a deux options pour améliorer la caisse du fonds d'équité :

- Premièrement, la participation des malades à travers un fonds collecté à la vente des médicaments auprès de la pharmacie à gestion communautaire, à l'image du système actuel, mais le taux soit amélioré;
- Deuxièmement, c'est la participation des non malades. Cette idée consiste à inciter la population à cotiser pour le bon fonctionnement du Centre de Santé de Base. A travers cette démarche, l'association prendra la forme d'un système mutualiste. Et une partie de ce

fonds est versé au fonds d'équité pour augmenter le volume de caisse. Donc le nombre des personnes démunies bénéficiaires de la prise en charge s'accroît en fonction du volume de caisse de ce fonds.

Les fonds d'équité ne doivent pas être perçus comme une stratégie clé-en-main, mais plutôt comme un outil pouvant contribuer aux diverses stratégies de lutte contre la pauvreté prises par les gouvernements et les acteurs civils. Ainsi, les fonds d'équité pourraient compléter une stratégie d'abolition du paiement direct des soins par les usagers, en aidant les patients à lever les barrières non-médicales à l'accès aux soins.

Nombreux sont les projets qui ont vu le jour dans les campagnes et les milieux ruraux malgaches jusqu'ici. Dire qu'aucun d'entre eux n'a jamais abouti à une concrétisation serait une affirmation gratuite. Mais, toujours est-il que ces réalisations ne concernent et ne suivent pas le niveau de priorisation et les attentes immédiates de la population dans ces zones. Depuis quelque temps, la population de ces zones affiche une certaine frustration hurlant « non » pour que leur Fokontany ou leur commune ne devienne un cimetière de projet.

Notre projet ne requiert aucun financement extérieur, de plus, c'est une initiative locale qui est née à partir de la constatation des faits dans les zones rurales. Des millions ont été investis dans la mise en place des Centres de Santé de Base, mais jusqu'à maintenant la santé de la plupart des gens dans les milieux ruraux reste encore très vulnérable. Jusqu'à maintenant, les sociétés mutualistes, pour la plupart, n'ont fait qu'arnaquer les gens des campagnes en les piquant par le biais de mise en gage de leur biens pour quelques emprunts d'argent qu'ils ne parviennent pas à rembourser. Ne serait-il pas grand temps de donner à ces gens-là quelque chose de concret qui concerne réellement leur vie ?

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGE GENEREAUX

- 1- AUDIBERT, M., MARTONNAT, J. et DE ROODENBERKE, E. (ss. Dir) (2003) : le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, Karthala, 498p.
- 2- BALIQUE, H., « le concept de communauté et ses limites : à propos des centres de santé communautaire du Mali », in HOURS, B (éd.) : système et politiques de santé, Paris, Karthala, pp 275- 283.
- 3- BOIDIN, B., et HAMDOUCH, A (ss. Dir.) (2005), « Institutions et santé dans les pays en développement », Monde en développement, vol. 33, n°131, de Boeck, 133p.
- 4- CAZABAN, M. (al.) (2001) : Santé publique, Masson, Paris, 4^{ème} édition, 249p.
- 5- CHRISTIAN B., La croissance économique mondiale par la santé, Pour un new deal de l'accès aux soins dans le monde, L' Harmattan, 2009, 172p.
- 6- E. PHELPS Charles : Les fondements de l'économie de la santé, Publi-Union France, 1995, 74p.
- 7- GEOFFARD, P- Y. (2005), « Comment analyser le fonctionnement des systèmes de santé ? » Cahier français, n°327, pp33-39.
- 8- GRUENAI, M-E, (2001), « Communautés et Etat dans le système de santé en Afrique », in HOURS, B., (éd.). Système et politique de santé, Paris, Karthala, 85p.
- 9- GOTZ HUBERT, JURGEN HOHMAN, KRISTEN REINHARD, Mutuelles de santé – 5années d'expériences en Afrique de l'ouest, 2003, 80p.
- 10- GUIBERT, B., « Protection sociale », in GREFFE, X., MAIRESSE, J. et REIFFERS, J-L., (éds), Encyclopédie économique, tome 2, pp1399- 1442.
- 11- LAMBERT, D.C., (2001), La santé, clé du développement économique, Le Harmattan, 376p.
- 12- MAJNONI D'INTIGNANO, B. et ULMANN, P. (20001), Economie de la santé, PUF, Thémis, Paris, 452p.
- 13- MANDRARA Thosun Eric, Cour Traité du Développement – Plein Sud, col. Economie et Innovation, L' Harmattan 2003.

- 14- PERROT, J. (2005), « Les communautés dans la réforme des systèmes de santé », in PERROT, J. et de ROODENBERKE, E. (éds), La contractualisation dans le système de santé, 328p.
- 15- RICHARD, B.N. (2005), Hôpital et système de soins de santé à Madagascar, Le Harmattan, 204p.
- 16- SCHENEIDER – BUNNER, C., (1997), Santé et justice sociale, Economica, Paris, 279p.
- 17- VAN PARIJS, P., (1996), Refonder la solidarité, Edition Cerf, Paris, 108p.
- 18- PETER Olds, SIT Study Abroad, Accès aux médicaments à Madagascar: L'Etat, La pharmacie, et l'utilisateur, 2006, 46p.
- 19- XAVIER Poncin, ROZENN Le Mentec, Politique d'exemption pour les soins de santé à Madagascar, 2009, 37p.

DOCUMENTS, RAPPORTS ET SUPPORT PEDAGOGIQUE

- Atelier de partage d'expérience sur la prise en charge des indigents, Ouagadougou, 2010.
- Arrêté inter – ministériel N°5228/2004.
- Cours économie de la santé, B. N. RICHARD, 2009.
- Décret N° 2003 – 1040 du 14 octobre 2003.
- Direction du Développement des Districts Sanitaires, Rapport de l'atelier sur la capitalisation des acquis sur les mutuelles, Ministère de la Santé, 2005, 68p.
- EPM, Enquête Périodique auprès des Ménages 2005, Rapport principal juin 2006, Ministère de l'économie des finances et du budget, 238p.
- GLICK P., RAZAKAMANANTSOA M., La distribution des services sociaux à Madagascar : 1993 – 1999, INSTAT, 2002, 98p.
- INSTAT et CORNELL, Les pauvres et la participation financière des usagers dans le secteur santé, 2003, 4p.
- Journal Officiel de la République de Madagascar, n°2986, 27 Août 2005.
- Journal Officiel de la République de Madagascar, n°2993, 10 Octobre 2005.
- Le Droit à la santé, un droit fondamental stipulé par l'ONU et reconnu par les traités régionaux et nombreuses constitutions nationales, brochure élaboré par MELIK OZDEN, Directeur du programme Droit Humain du CETIM, ONU, 2009, 68p.

- Madagascar Action Plan, 20007.
- Ministère de la Santé Publique, Les Comptes Nationaux de la Santé 2007, 80p.
- Ministère de la Santé Publique. Service de la Participation Communautaire. Guide pour le développement de la participation communautaire dans la gestion de la pharmacie du Centre de Santé de Base, novembre 2004.
- Monographie de la commune rurale de BELOBAKA, 20p, 2012.
- Note 176 SAN/Cab du 28 Avril 2006.
- Organisation Mondiale de la Santé, Rapport sur la santé dans le monde : pour un système de santé plus performant, OMS, 2000, 237p.
- OMS, Profil du système de santé de Madagascar, 2004, 22p.
- PDSSPS : Plan de Développement du Secteur Santé et de la Protection Sociale, 2007-2011, 124p.
- ROCQUE, Revue de la santé publique, 1995, 20p.
- 2ème Colloque International, CERDI Clermont-Ferrand, « Financement de la santé dans les pays en développement », 1^{er} et 2 décembre 2005.
- Les Colloques scientifiques réalisés à l'INSPC du Fonds d'Equité, 2007, 4p.

SITES WEB

- Site internet de l'Institut National de la Statistique Malgache : www.instat.mg
- Site internet de l'Organisation Mondiale de la Santé : www.who.int
- Site internet du Ministère des Finances et du Budget : www.mfb.gov.mg
- Site internet du Ministère de la Santé et du Planning Familial : www.sante.gov.mg
- www.sante.gouv.fr
- <http://www.librairie.harmattan.com>

ANNEXES

ANNEXE I

LOI n° 93-005

Portant orientation générale de la politique de décentralisation

L'Assemblée nationale a adopté en sa séance du 23 décembre 1993 la loi dont la teneur suit:

CHAPITRE I

DES PRINCIPAUX GÉNÉRAUX DE LA DÉCENTRALISATION

ARTICLE 1

La présente définit l'orientation générale de la mise en œuvre de la politique de décentralisation qui s'inscrit dans le cadre de la politique générale de l'État en matière de développement économique et social.

ARTICLE 2

Dans le cadre des objectifs fixés par la Constitution, la politique de décentralisation constitue un plan d'actions délibérées et coordonnées en vue du développement équilibré et harmonieux du territoire de la République.

A ce titre, elle vise à donner à l'espace géographique national une organisation rationnelle du territoire pour servir de cadre institutionnel de participation effective des citoyens à la gestion des affaires publiques et de pôles de croissance économique.

ARTICLE 3

Par la mise en œuvre de la politique de décentralisation, l'État assure la promotion du développement national, régional et local par la recherche d'une plus grande intégration et d'une mobilisation de la population dans les actions de développement et par la responsabilisation de celle-ci dans la définition et la réalisation de toute action à entreprendre.

A cet effet, l'Etat s'engage à mettre en place une réforme institutionnelle tant dans son organisation territoriale que dans ses structures centrales et à promouvoir une politique d'aménagement du territoire destinée à remodeler la territoire de la République en fonction d'exigences fonctionnelles d'efficacité et des exigences du développement continu, participatif, équilibré et harmonieux.

ANNEXE II

LOI n° 94-007

Relative aux pouvoirs, compétences et ressources des Collectivités Territoriales Décentralisées

L'Assemblée nationale a adopté en sa séance du 21 mars 1994, la Loi dont la teneur suit :

TITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1.- La répartition ainsi que les transferts de compétences ne portent pas atteinte à la prééminence de l'Etat notamment en matière de souveraineté : ils lui permettent de mieux se consacrer à ses missions fondamentales.

Article 2.- Les Collectivités Territoriales assurent avec le concours de l'Etat la sécurité publique, l'administration et l'aménagement du territoire, le développement économique, social, sanitaire, culturel, scientifique et technologique ainsi que la protection de l'environnement et l'amélioration du cadre de vie.

Article 3.- Les collectivités Territoriales Décentralisées sont souveraines dans le domaine des compétences à elles par la constitution sauf violation flagrante de la légalité constitutionnelle, les Collectivités Territoriales sont autonomes les unes par rapport aux autres et tout caractère hiérarchique entre elles restent exclu.

Toutefois, les relations contractuelles peuvent être conclues entre différentes Collectivités Territoriales Décentralisées de même ou de niveau différent.

Article 4.- Les transferts de compétences entraînent la mise à la disposition au profit des Collectivités locales, des moyens nécessaires à leur exercice.

Article 5.- Le transfert d'une compétence entraîne de plein droit la mise à disposition gratuite, au profit de la collectivité attributaire de cette compétence, des biens meubles et immeubles nécessaires à son exercice.

Article 6.- Il ne saurait y avoir de transfert de compétences sans transférer des ressources correspondantes au profit des collectivités locales.

Article 6 bis.- L'Etat s'engage dans le Cadre des Textes d'orientation spécifique à chaque département et service ministériel des types de projets et actions initiales à chaque niveau des Collectivités Territoriales Décentralisées avec ou sans le concours de l'Etat.

Au cas où le concours de l'Etat n'est pas exigé, les normes techniques ou administratives sectorielles définies au niveau national doivent être respectées. Dans le cas où le concours de l'Etat est sollicité, tous les ministères se chargeront de la mise en œuvre de la disposition évoquée dans le texte d'orientation prévu à l'alinéa premier du présent article, notamment dans le domaine de l'enseignement, de la santé, de l'agriculture et du développement rural, de la jeunesse et du sport, de l'aménagement du territoire et des travaux publics, de l'économie et du plan.

TITRE II

DES POUVOIRS ET COMPETENCES

DES COLLECTIVITES TERRITORIALES DECENTRALISEES

CHAPITRE III : LA COMMUNE

Article 14.- En matière de développement économique et social, les compétences de la Commune tiennent essentiellement des principes de proximité et d'appartenance.

Article 15.- Les domaines de compétence de la Commune ont trait notamment :

- à l'identification des principaux besoins et problèmes sociaux rencontrés au niveau de la Commune ;
- à la mise en œuvre d'opération qui est liées à ces besoins et problèmes ;
- à la définition et la réalisation des programmes d'habitat et des équipements publics à caractère urbain ;
- à toutes opérations ayant trait à l'état civil, à la conscription militaire, au recensement de la population ;
- à la réalisation d'actions d'aide sociale ;
- aux opérations de voirie, d'assainissement, d'hygiène et d'enlèvement des ordures ménagères ;
- à la réalisation et à la gestion des places et marchés publics et des aires de stationnements de véhicules, et de tout autre équipement générateur de revenu comme l'abattoir, les espaces verts... ;
- à la prévention et à la lutte contre les feux de brousse ;

- à la gestion de son patrimoine propre ;
- à la construction et à la gestion des équipements et infrastructures socio-sportifs ;
- à la mise en œuvre, à son échelon d'actions et mesures appropriées contre les calamités naturelles ;
- à la gestion du personnel relèvent de son ressort, recruté directement par la Collectivité Territoriale Décentralisée, transféré ou mis à sa disposition par l'état.

ANNEXE III

Couverture de la population contre le risque maladie selon le statut professionnel et selon les structures consultées.

Les structures consultées	Présentations	Salariés du secteur public	Salariés du secteur privé	Autres	Démunis
Centres Hospitaliers	PMA et soins chirurgicaux ou spécialisés ou complexe non pris en charge en CSB	X	X Si accident du travail ou maladie professionnelle	O	O
Centres de soins primaires (CSB/dispensaires ministériel ou d'entreprise)	PMA	X ou paiement des médicaments	X Ou paiements des médicaments	Paiement des médicaments	X

Légende : X : couvert ; O : non couvert

Le système de protection maladie des salariés du secteur formel au vu des modèles bismarckiens et beveridgien de protection sociale

Caractéristiques	Modèle bismarckien	Modèle beveridgien	Régime des salariés du privé	Régime des salariés du public
Couverture	Selon la catégorie professionnelle	Universelle	Selon la catégorie professionnelle	Selon la catégorie professionnelle
Contribution au financement par	Salariés	Tous les contribuables	Salariés	Salariés et tous les contribuables
Mode de financement	Cotisations salariales	Impôt	Cotisations salariales	Cotisations salariales et impôt
Système de solidarité	Redistribution salariale et horizontale	Redistribution horizontale et/ou verticale	Redistribution salariale et horizontale	Redistribution salariale et horizontale

ANNEXE IV

FICHE D'ENQUETE AUX MENAGES

QUESTIONNAIRES

Date de l'enquête : ----/----/2013

Nom de l'enquêteur : Nom du Superviseur
:

A-RENSEIGNEMENTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

i- Nom : Votre quartier :

ii- Age : [--/--]

iii- Nombre d'enfants : [--/--]

iv- Nombre d'enfant < 18ans : [--/--]

v- Nombre de personne >60ans : ... [--/--]

vi- Nombre de personne invalidant : ... [--/--]

iv- Nombre dans la famille: [--/--]

V Situation matrimoniale : 1. Mariée 2. Célibataire 3. Divorcée 4. Veuve	[.....]	[.....]
---	---------	---------

A.1 Catégorie socio - professionnelle du père de famille. 1. Manœuvre/gardien/ouvrier/cultivateur---2. Agent de maîtrise--- 3. Cadre...4. Retraité...5. Feu 6. Chômeurs 7. Sans travail fixe 8. Autre	[.....]	[.....]
--	---------	---------

A.2 Revenu. 1. Avec revenu fixe 2. Sans revenu fixe 3. Aucune source de revenu	[.....]	[.....]
---	---------	---------

A.3 Quelle classe avez-vous atteint ? 1. Analphabète---2. Primaire-----3. Secondaire ---4. Universitaire.	[.....]	[.....]
--	---------	---------

A4. Votre nombre d'année d'étude	[.../..]	[.../..]
----------------------------------	----------	----------

A.5. Travaillez – vous ? 1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i>	[....]	[.....]
--	--------	---------

A.6. Avez-vous des sources de revenus autres que les salaires ? 1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i>	[.....]	[.....]
---	---------	---------

B- IMPOÔTS

B.1 Avez-vous Propriétaire de la maison ? 1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i> Si Non, on passe directement sur B3	[...../]	[...../]
--	----------	----------

B.2 Payer l'impôt : IFT et IFPB ? 1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i>	[..../]	[...../]
---	---------	----------

B.3 Loyer de maison : 1. Ar 15000 à Ar20000 2. Ar20000 à Ar30000	[....]	[.....]
--	--------	---------

C- CAS CSBII

C.1 Avez vous utilisez le CSBII ? 1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i> Si Non, on passe sur le C6	[....]	[.....]
---	--------	---------

C.2 Y avait-il une malade dans votre foyer les deux dernières semaines ? 1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i>	[.....]	[.....]
--	---------	---------

C.3 Y avait-il une malade dans votre foyer ce dernier mois ? 1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i>	[.....]	[.....]
--	---------	---------

C.4 Y avait-il une malade dans votre foyer les trois dernier mois ? 1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i>	[.....]	[.....]
---	---------	---------

C.5 Quels sont les trois maladies qui vous frappez le plus ? 1..... 2..... 3.....		
--	--	--

C.6 Raison de non utilisation du CSB. 1. Trop loin 2. Trop Cher 3. Service non satisfaisante 4. Autres	[....]	[....]
---	--------	--------

D - CAS DAP

D1. Dépense allouée si vous êtes tombés malade que vous avez choisi le CSB : 1. < Ar5 000 2. +Ar5000	[....]	[.....]
--	--------	---------

D2. Combien êtes-vous payé si vous avez fait une consultation au cabinet médical privée 1. Ar5000 à Ar10000 2. +Ar10000	[.....]	[.....]
---	---------	---------

D3. Quels types de participation êtes-vous prêt à assurer pour le bon fonctionnement du CSB? 1. Cotisation 2. Prélèvement obligatoire	[....]	[.....]
---	--------	---------

D4. Combien à t-il le montant proposé à payer par ans ? 1. Ar 5000 2. Entre Ar5000 et Ar10000 3. Ar10000	[....]	[.....]
---	--------	---------

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Système de protection maladie proposé par le FANOME et son fonds d'équité	19
Tableau n°II: Les différences entre la zone Urbain et Rurale du FE.....	16
Tableau n°III: Effectif des Démunies	33
Tableau n°IV: Etat financier du fonds d'équité dans une année	35
Tableau n°V: Rapport financier de FANOME du CSB II BELOBAKA	38
Tableau n° VI : Effectif de la population enquêtée par tranche d'âge	40
Tableau n° VII : Situation matrimoniale des femmes	41
Tableau n°VIII : Type de revenu des femmes	41
Tableau n°IX : Niveau d'étude des femmes enquêtées	42
Tableau n°X : Les femmes sont-elles propriétaires de maison ?.....	43
Tableau n° XI : Le montant de loyer de maison.....	44
Tableau n° XII : Y a-t-il qu'un malade dans la famille les dernières semaines ?	44
Tableau n° XIII : Y a-t-il qu'un malade dans la famille ce dernier mois ?	45
Tableau n° XIV : Y avait-t-il eu un malade dans la famille les trois derniers mois précédent ce mois ?	45
Tableau n° XV : Les cinq premières maladies qui frappent les femmes enquêtées	46
Tableau n° XVI: Taux de fréquentation du CSB par les femmes en cas de maladie.	46
Tableau n° XVII: Taux d'abstinence de fréquentation du CSB	47
Tableau n° XVIII : Les formes de participation acceptée	49

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : les étapes de la recherche	28
Figure n° 2: Travail des femmes	42
Figure n°3: Les femmes paient-elles des impôts fonciers (IFPB et IFT)?	43
Figure N° 4: La disponibilité à payer des femmes enquêtées au niveau du CSB	48

LISTE DE SCHEMA

Schéma 1: Mouvement du Système de santé.....	18
--	----

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	1
REMERCEMENTS	2
LISTES DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES.....	3
GLOSSAIRE.....	4
INTRODUCTION	6
PREMIÈRE PARTIE : MATERIELS ET METHODES.....	11
Chapitre I : Matériels de l'étude	12
Section I : Présentation	12
I.1 Brève présentation de la Commune.....	12
I.1.1 Situation géographique	12
I.1.2 Situation démographique.....	12
I.1.3 Situation socio-économique et culturelle	13
I.2 Population étudiée	13
I.3 Ressources humaine du CSB	13
I.4 Origine du fonds d'équité.....	14
I.4.1 Concept de base	14
I.4.2 Création	14
Section II : La revue de la littérature	15
II.1 Réalité du FE au niveau national	15
II.2 Cas du fonds d'équité au niveau International	16
II.2.1 Historique	16
II.2.2 Performance du fonds d'équité Cambodgien	17
II.3 Fonctionnement du fonds d'équité.....	17
II.4 Modèle de solidarité de type beveridgien double d'un mécanisme d'assistance	19
II.5 Système de production des soins de santé	20
Chapitre II : Méthodes	21
Section I : Méthodologie d'approche.....	21
I.1 Investigation documentaire et enquête.....	21
I.2 Description de la méthode d'observation.....	21
I.3 Le choix de méthode de recueil de données	22
I.3.1 La méthode quantitative	22
I.3.2 La méthode qualitative	23

I.3.3 La taille de l'échantillon.....	24
Section II : Méthodes d'exploitation des données.....	24
II.1 Choix du support de saisie de l'information	24
II.2 Les méthodes statistiques d'analyse des données	25
Section III : Objet de l'évaluation	25
III.1 Point fort de la méthodologie	25
III.2 Limites de la méthodologie	26
Section IV : Biais de l'étude	26
Section V : Variables et indicateurs de l'étude	27
DEUXIÈME PARTIE : RESULTATS.....	29
Chapitre I : Caractéristiques organisationnelles du CSB	30
Section I : Le règlement du FE	30
I.1 Description	30
I.1.1 Constitution.....	30
I.1.2 Bénéficiaire.....	30
I.1.3 Identification des personnes démunies	31
I.1.4 Gestion du fonds	31
I.1.4.1 Ouverture du compte.....	31
I.1.4.2 Nombre de personnes démunies bénéficiaires	31
I.1.4.3 Gestion de la prise en charge	32
Section 2 : Le Costa des ressources du FE	33
Chapitre II : Présentation des données de l'enquête socio- économique des ménages	40
Section I : Caractéristiques socio- économiques des ménages cibles.....	40
Section II : Statistique descriptive sur les usagers du CSB II BELOBAKA	44
Chapitre III: Effets de l'enquête sur la disposition à payer pour que le FE soit amélioré	48
Section I : Le résultat du DAP	48
Section II : Le choix de participation acceptée par les ménages d'après l'enquête	49
TROISIÈME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION.....	51
Chapitre I : Explication de l'inaccessibilité de la population au CSB	52
Section I : Brefs raisons de l'inaccessibilité dans le CSB au niveau national.....	52
Section II : Les raisons d'inaccessibilité de la population au CSB II de la CR de BELOBAKA.....	52
II.1 Raisons liées au service	53
II.2 Raisons liées à la distance	53
II.3 Raisons financières.....	53

II.4 Autres raisons.....	54
Chapitre II : Démonstration sur la faiblesse des ressources du fonds d'équité actuel	54
Section I : Au niveau du taux tiré sur la vente des médicaments	54
Section II : Au niveau des autres ressources	55
Section III : Au niveau de la catégorie sociale de la population	55
Section IV : Au niveau de nombre des malades qui fait une consultation au CSB.....	56
Chapitre III : Interprétation des principaux résultats socio- économique des ménages	56
Section I : Sur le niveau de revenu des ménages.....	56
Section II : Sur le taux de fréquentation du CSB II	57
Chapitre IV : Analyse de la nouvelle alternative de financement du système de santé.....	60
Section I : Les nouvelles possibilités de redistribution des ressources.....	60
Section II : La discussion sur les hypothèses de DAP des ménages	61
Section III: Rapport Fonds d'équité - Mutuelle	65
Section IV : Perspectives	67
IV.1 Nouvelle gestion du fonds d'équité	67
IV.2 Nouvel avenir social	68
Section V : Evaluation économique.....	68
V.1 Les différents coûts	69
V.2 Leur efficacité.....	69
V.3 Leur conséquence	69
Section VI: Limites de l'étude	70
CONCLUSION	71
BIBLIOGRAPHIE.....	73
ANNEXES	76
LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES.....	85
TABLE DES MATIERES	87

Nom et Prénoms: RAFALIARISOA Fleurice Hubert

Option : Economie Publique et Sociale

Année universitaire : 2012 – 2013

Thème : Etude de la couverture du fonds d'équité (Cas du CSB II BELOBAKA)

Nombre de pages : 89

Nombre de tableaux : 18

Nombre de figures : 04

Nombre de schémas : 01

RESUME

Pendant la 2^{ème} République, la gratuité dans la formation sanitaire à Madagascar a eu un impact au niveau de la gestion des médicaments parce qu'il y a une rupture de stock et gaspillage au niveau de ce formation. A partir de l'année 1997, le gouvernement malgache à travers du Ministère de la Santé et du Planning Familial a introduit un système de santé par la Participation Financière des Usagers (PFU). L'objectif est d'assurer l'approvisionnement en médicament au niveau du CSB. Pour améliorer l'accessibilité de la population au niveau du Centre de Santé de Base, en 2003, le gouvernement a initié un nouveau système appelé « FANOME » après l'atelier organisé par l'OMS à Bamako. Ce nouveau système est mis en parallèle avec du système du Fonds d'Equité. Ce dernier est destiné à la personne démunie et du premier soin d'urgence. Alors, le grand problème est la couverture très limité du fonds d'équité comme dans la CSB II de la CR du BELOBAKA. Or vue le niveau de revenu très faible et le taux d'analphabétisation plus élevé de la population de ladite commune, l'accès aux soins se trouve être un des problèmes majeurs. Donc, nous avons proposé une nouvelle réforme de la participation financière pour tous, même pieds d'égalité, aucune discrimination de la catégorie sociale de la population appelée « système mutualiste » ; pour que l'accès aux soins soit universel et la dépense des ménages aux coûts de la santé diminue.

Mots clés : fonds d'équité, CSB, démunie, système mutualiste, système de santé, justice.

Encadreur : Pr Mandrara Thosun Eric

Adresse de l'auteur : jofafako@yahoo.fr