SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

GLOSSAIRE

METHODOLOGIE

INTRODUCTION 9

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DU PROGRAMME D'ELIMINATION DE LA FL 12

CHAPITRE1 : *DESCRIPTION DE LA MALADIE FILARIOSE LYMPHATIQUE* 13
Section 1 : HISTORIQUE 13
Section 2 : EPIDEMIOLOGIE 15
Section 3 : MANIFESTATIONS CLINIQUES 18
CHAPITRE 2 : *PROGRAMME-IDENTIFICATION ET PLANIFICATION* 22
Section 1 : IDENTIFICATION ET OBJECTIFS 22
Section 2 : PLANIFICATION ET MISE EN ŒUVRE 32
Section 3 : FINANCEMENT DU PROGRAMME 34
CHAPITRE 3 : *ANALYSE DES STRUCTURES D'INFORMATION ET DE FORMATION* 42
Section 1 : INFORMATIONS A CARACTERE STRATEGIQUE 42
Section 2 : INFORMATIONS MEDICALES ACTIVES-TRANSPARENTES 46
Section 3 : ROLE DE FORMATION (IDENTIFICATION, SELECTION ET FORMATION DES ACTEURS SANITAIRES) 49

DEUXIEME PARTIE : ANALYSE ECONOMIQUE DU PROGRAMME 54

CHAPITRE 1 : *ANALYSE COUT-SANTE DU PROGRAMME* 55
Section 1 : STRUCTURES DE SANTE EXISTANTES 55
Section 2 : ELASTICITE DEMANDE-SANTE 59
Section 3 : ANALYSE COMPARATIVE DEPENSES ENGAGÉES-RESULTATS 60
CHAPITRE 2 : *PERSPECTIVES D'AMELIORATION* 88
Section 1 : IMPORTANCE ET AMELIORATION DU ROLE DU MEDECIN 88
Section 2 : INTERVENTION DU POUVOIR PUBLIC 90
Section 3 : NECESSITE D'UNE STRUCTURE PUBLIQUE DE PROXIMITE 92
Section 4 : INSTITUTIONNALISATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 95
CHAPITRE 3 : *THEORIE D'ASSURANCE SANTE-MALADIE EN MATIERE DE PROTECTION SOCIALE* 99
Section 1 : PRESTATIONS SOCIALES 99
Section 2 : CHOIX DE LA FORMULE D'ASSURANCE – GARANTIE DE BASE 100

CONCLUSION 110

BIBLIOGRAPHIE 112

ANNEXES 114

LISTE DES TABLEAUX 121

LISTE DES GRAPHIQUES 122

TABLE DES MATIERES 123

REMERCIEMENTS

La réalisation de cet ouvrage a bénéficié de la participation active de plusieurs personnes à qui nous témoignons notre profonde reconnaissance.

Nos premiers remerciements vont aux enseignants du Département Economie de l'Université de Toamasina, qui nous ont permis d'accéder à notre niveau actuel de connaissance. Plus particulièrement, notre gratitude va à l'honneur de Monsieur Kasave Raymond, Maître de Conférences, Co-directeur du DEA, notre encadreur enseignant qui, malgré ses multiples responsabilités, a manifesté un plaisir à nous encadrer.

Nous remercions également Monsieur RABEARISON Fréderic, Directeur du SDSP, Chef de district du centre de santé Toamasina, notre Encadreur professionnel. Les conseils qu'il nous a prodigués et le temps qu'il nous a consacré ont été d'une grande utilité.

Nous adressons aussi nos vifs remerciements à :

Monsieur Brice, coordonnateur de site Handicap International Toamasina, qui nous a aidé au niveau de la documentation, il en est de même pour

Monsieur VONY Ferdinand, Coordinateur du ministère de la population Toamasina.

Nous ne saurions ne pas exprimer notre gratitude aux responsables de la documentation de l'Handicap International, du centre Médicale de Madarail, du service Filariose RTM Tàna, du service de district SSD Toamasina pour leurs accueils chaleureux.

Enfin, notre reconnaissance va à l'endroit de nos parents, Madame SOAZARA Martine et Monsieur TATA Ernest, ainsi qu'à nos frères et sœurs, pour leur soutien moral, financier et matériel, durant nos études.

RAFANOMEZANTSOA Justin Amadi

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

AA	Attaque aigue ou Accès Aigu, crise aigue (CA), épisode aigue
AC	Agent communautaire
ALB	Albendazole
A.M	Assistance Médicale
A/ment	Arrondissement
A/hiry	Ankirihiry
A/ga	Ambodimanga
A/jafy	Ambohijafy
Ar	Ariary
A/ts	Atsinanana
BGRC	Bureau de Gestion de Risque et de Catastrophe
B.S.D	Bureau Sanitaire de District
CAP	Connaissance Attitude Pratique
CDM	Code Déontologie Médicale
CHD	Centre hospitalière de district
CHU	Centre hospitalière universitaire
CISCO	Circonscription scolaire
CITE	Centre d'Information Technique et Economique
CSB	Centre de santé de Base
C.S.M.I	Centre sanitaire Mère Infantile
CSP	Code Santé Publique
D.E	Diplômé d'Etat
DEC	Diéthylcarbamazine
DMM	Distribution de masse des médicaments
DRS	Direction régionale de la santé
DRSP	Direction régionale de la santé publique
DU	Dispensaire universitaire
DULMN	Direction des Urgences et de la Lutte contre les Maladies Négligées
EDS	Enquête démographique sanitaire
ELD	Employée de longue durée
EPM	Enquête Permanente auprès de Ménage
Fém.	Femme

FL	Filariose lymphatique
Hab.	Habitants
HI	Handicap international
Hydro	Hydrocèle
IC	Intervalle de confiance
ICT	Immunochromatographie
IFND	Ifanadiana
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
JH	Jour d'Hospitalisation
Lmpho	lymphoedème
Mal.	Malade
MAT	Matrimoniale
M/C*	Marié/Célibataire
Méd.	Médicaments
MID	Moustiquaire à imprégnation durable
Ml (ml)	Millilitre
Mf (mf)	Microfilaire
MNJR	Mananjary
MNK	Manakara
NB	Nosy Boraha
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
O.C.D.E	Organisation de Coopération de Développement Economique
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONM	Office National de Médecin
ONN	Office National de Nutrition
ONAPS	Office National de la Protection Sociale
ORAPS	Office Régional de la Protection Sociale
PEC	Prise en Charge
PEFL	Programme d'élimination Filariose lymphatique
PNUD	Programme des Nations unies pour le Développement
Pop.	Population
PS	Protection sociale
RTM	Reggio Terzo Mondo
SDSAS	Service de district de santé des affaires sociales
SGRPS	Stratégie de Gestion de Risque et de Protection Sociale

SSD	Service de santé de district
SSME	Service sanitaire maternelle et de l'enfance
T/bao	Tanambao
T/baoV	TanambaoV
TC	Taux de couverture thérapeutique
TDR	Test de diagnostic rapide
TEC	Transfert d'espèces conditionnels
TLNR	Taolagnaro
UIPS	Unité d'intervention de la protection sociale
µl	microlitre
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
VGDR	Vangaindrano

GLOSSAIRE

Algorithme : l'arbre décisionnel ou une idée approximative devant un problème du point de vue clinique (façon d'examiner quelqu'un), thérapeutique (traitement), élaboré par des cliniciens.

Cartographie : localisation géographique d'une maladie.

Consensus : l'idée commune prise par des médecins lors d'une réunion et après avoir découvert des différents médicaments, de différentes techniques de médecin et on procède à l'unanimité.

Demande : en matière d'économie de santé, la demande-santé est définie par la capacité d'un individu de pouvoir consulter un centre de santé ou autre vis-à-vis du problème pathologique qu'il a eu et compte tenu aussi de l'offre sanitaire qui crée sa propre demande selon Jean Baptiste Say.

Densité microfilarienne : le rapport entre l'abondance filarienne par millilitre.

Densité communautaire : le rapport entre l'abondance filarienne par population.

Endémie : Affection sévissant dans une collectivité humaine pendant toute l'année à un taux sensiblement uniforme.

Epidémie : Maladie frappant en même temps et en un même lieu un grand nombre d'individus.

Enquête : l'enquête statistique peut être considérée comme un regroupement de plusieurs monographies ayant le même objet : population, santé, branche d'activité…..

Enquête CAP : Enquête **C**onnaissance **A**ttitude **P**ratique, une enquête organisée ultérieurement par le ministère de la santé après une activité réalisée par le centre de santé périphérique pour prouver la fiabilité et la comparaison des données retrouvées.

Epargne : partie de revenu non consacré à la consommation immédiate.

Etiologie : science qui étudie la cause de la maladie

Hydrocèle : rétention ou accumulation de liquide dans la tunique vaginale.

Incidence : Rapport du nombre de cas d'une maladie donnée pendant une période déterminée sur la population moyenne exposée pendant le même temps, multiplié par 100.

Investigation : examen complémentaire comme : analyse du sang, échographie, scanneur…..

pour que le **diagnostic incertain** auparavant devienne diagnostic plus **certain** (pour que le problème soit clair).

Morbidité : La morbidité d'une maladie s'apprécie par son incidence ou sa prévalence (voir ces termes)

Monnaie de règlement : monnaie dans laquelle est libellée une créance qui peut être distincte effectivement de la monnaie utilisée pour régler une dette. Ici, à Madagascar, la monnaie de règlement est l'Ariary.

Offre : en économie de santé, il s'agit du volume de bien (médicament) ou service (offre de soins sanitaire, les ajustements) mis à la disposition du marché afin d'être vendus.

Pandémie : Extension importante et presque simultanée d'une maladie à plusieurs continents.

Parasite : un être qui vit au dépend d'un autre organe.

Pathologies concomitantes : pathologie parallèle avec une maladie.

Pauvreté : état de celui qui est pauvre, c'est-à-dire dépourvu ou mal pourvu du nécessaire.

Prévalence : Rapport du nombre de cas d'une maladie à un moment donné sur la population moyenne à ce moment, multiplié par 100. A distinguer de l'incidence.

Protocole standard (opération) : l'étape à suivre pour réaliser une opération quelconque.

Ratio : rapport entre les grandeurs économiques et sanitaires.

Revenu : part de la production qui revient au sujet économique individu ou collectivité, comme rémunération de son travail et/ou fruit de son capital.

Site sentinelle : un réseau local de surveillance fixe par district au niveau de trois districts pilotes.

Site contrôle : un réseau local de surveillance de contrôle ou mobile au niveau de districts.

Taux de Prévalence : taux de dissémination de la maladie.

Transillumination : une façon de visualiser qu'est- ce que là-dedans.

Zone d'endémie : zone qui présente en permanence la maladie (par exemple la région atsinanana est une zone endémique en paludisme).

METHODOLOGIE

Le présent ouvrage est le résultat de plusieurs mois de recherche. Avant la rédaction, la collecte des données a été effectuée auprès des différents centres de documentation à Antananarivo et Toamasina. En plus, nous avons effectué aussi l'enquête proprement dite moyennant une descente sur terrain pour discussion directe avec la population cible.
On peut citer entre autres, le centre de documentation de RTM Antananarivo et Manakara, Service de Filariose Antananarivo, à l'institut d'hygiène social Analakely. Et plusieurs données ont été obtenues auprès de l'Handicap International Toamasina. Nous avons aussi puisé d'autres données statistiques dans des sites web du CROM concernant le code déontologie médical. Quant aux ouvrages et manuels, la documentation a été effectuée au sein de la Bibliothèque Universitaire de Barikadimy, du CITE et Antenne HAIRAHA Toamasina.

Après la collecte des données et la documentation, nous avons effectué une compilation de données à l'aide de différentes publications périodiques pour obtenir des données dans notre intervalle d'études. L'approche d'analyse que nous avons choisie consiste à analyser les différentes données statistiques recueillies sur une période de temps donnée en incluant les facteurs explicatifs de la variation d'indicateurs. Quelques grandeurs sanitaires ont été analysées en terme réel et nominal pour éviter l'effet de l'augmentation du taux de prévalence de la maladie et du taux de couverture thérapeutique qui peut provoquer une illusion, source d'erreur.

INTRODUCTION

Actuellement, la filariose lymphatique est endémique dans 80 pays des régions tropicales et subtropicales. Selon les plans, l'élimination mondiale devrait avoir lieu d'ici 2020.

La lutte contre la transmission et l'atténuation des incapacités constituent les deux piliers de l'action du programme mondial d'élimination de la filariose lymphatique. On parvient à interrompre la transmission en administrant chaque année à l'ensemble des communautés exposées au risque la diéthylcarbamazine (DEC) ou l'ivermectine.

Lorsque le taux de prise de médicament est suffisant dans une communauté, il devrait permettre d'obtenir une diminution de la transmission à des niveaux très faibles et, enfin de compte, l'élimination de la filariose en évitant la survenue de nouvelles infections et en protégeant les futures générations de la maladie. Compte tenu des souffrances, des graves préjudices esthétiques, des répercussions socio-économiques du lymphoedème (notamment des membres) d'une part et du fait, d'autres part, que de simples mesures d'hygiène appliquées aux jambes permettent de prévenir les accès répétés d'adénolymphangite aiguë et l'évolution du lymphoedème, des mesures ont été prises pour enseigner aux patients et à leur famille ces règles d'hygiène et les soins cutanés.

On s'est aperçu que la stratégie de lutte contre les incapacités devait évoluer pour englober les patients présentant des manifestations urogénitales, leur impact étant plus lourd que celui du lymphoedème des membres. Compte tenu de ces éléments, l'unité Elaboration et Suivi des stratégies d'éradication et d'élimination (OMS) a demandé cette consultation informelle pour réunir des chirurgiens et étudier le problème de la prise en charge chirurgicale des manifestations urogénitales de la filariose lymphatique.

En ce qui concerne Madagascar, le dépistage des cas cliniques réalisé simultanément avec le recensement de la population dans le cadre de la DMM a permis d'apprécier l'ampleur de la maladie. En fait, il s'agit d'une estimation du nombre des malades porteurs de grosses jambes, gros bras, gros seins et/ou de grosses bourses ; car et d'un, les complications débutantes ne sont pas comptabilisées, et de deux, l'établissement du diagnostic n'est pas du ressort des distributeurs communautaires. Le nombre total de grosses jambes et de gros bras recensé est de 9 407, et celui de grosses bourses est de 8 946. Ces chiffres ont été obtenus à

partir des données par les distributeurs de médicaments chaque année depuis 2007 et des mises à jour dans la base de données du PEFL.

Globalement, on avait constaté une diminution significative du taux de prévalence microfilarienne au niveau de la plupart des sites sentinelles fixes. En moyenne, la diminution du taux de portage des microfilaires était de l'ordre de 71,18% [53,97-100] et celle de la couverture thérapeutique rapportée reflétant la participation de la population obtenue au cours de la campagne 2009 est de 74,67%. Ce taux global est la résultante des taux des 30 districts qui varient de 49,30% (Antsiranana 2) à 91,94% (Ikongo).

Le développement durable justifie la lutte contre cette maladie qui constitue une menace pour la vie humaine et impose une vision intégrée dans laquelle le développement économique n'est plus dissocié des aspects sociaux et environnementaux. Si l'on n'investit pas dans le bien-être du malade quelle que soit la maladie, qui est un indicateur du développement durable, l'on privera les communautés de leur ressource naturelle la plus précieuse.

Le succès de cette lutte dépend de l'implication de tous les secteurs de la vie nationale. Et c'est dans cette optique que le cadre institutionnel proposé fait référence aux diverses institutions gouvernementales et non gouvernementales impliquées dans l'amélioration de la survie du malade de FL. Nous souhaitons que la santé soit enfin considérée non plus comme une bénédiction que l'on espère mais comme un droit de l'homme pour lequel on se bat.

Pour contribuer à la réalisation de la politique économique malgache en matière de santé, nous avons choisi de traiter le thème suivant pour notre mémoire de maîtrise : **« ASPECT SOCIO-ECONOMIQUE DE LA LUTTE CONTRE LA FILARIOSE (*CAS DE LA REGION ATSINANANA*) : FAITS ET ANALYSE ».**
L'étude est axée sur les analyses de différents facteurs explicatifs du problème, des résultats en termes d'impacts et de divers indicateurs sanitaires et socio-économiques ; cela pour nous permettre de formuler suggestions et propositions d'amélioration en perspectives.

Le présent mémoire est scindé en deux parties comportant chacune trois chapitres.
La première partie s'intitule : ***« présentation du programme d'élimination de la filariose lymphatique».*** On y exposera la description de la maladie FL du point de vue historique, épidémiologique, celle de la manifestation clinique, également l'étude du programme d'éliminination et l'analyse de la structure d'information et de formation.

La deuxième partie, intitulée : « ***analyse économique du*** **programme »** comportant trois chapitres : le premier est consacré à l'analyse coût-santé du programme ; on y exposera les divers résultats présentant les caractéristiques qui maintiennent les évolutions des indicateurs sanitaires susceptibles d'avoir des relations avec le développement social (cas de certains districts) tandis que les deux derniers chapitres seront respectivement consacrés aux suggestions et mesures d'amélioration en perspectives.

PREMIERE PARTIE :
PRESENTATION DU PROGRAMME D'ELIMINATION DE LA FL

Chapitre1 : *DESCRIPTION DE LA MALADIE FILARIOSE LYMPHATIQUE*

La prévention des incapacités dues à la FL est une composante du programme d'élimination de la FL qui a deux objectifs majeurs : stopper la transmission de la FL et épargner des souffrances et des incapacités aux personnes déjà atteintes.

Section 1 : *HISTORIQUE*

1-1- Répartition mondiale et origine de la maladie

Selon les estimations, la FL est endémique dans 80 pays environ. Trois parasites en sont à l'origine : Wuchéreria bancrofti est responsable de 90% de la charge de morbidité mondiale, Brugia malayi a une répartition qui se limite à l'Asie et Brugia timori à quelques îles d'Indonésie. La filariose fait partie du groupe des maladies négligées que l'OMS se fixe à éliminer d'ici les années 2020. On a estimé que 1,1 milliard de personnes vivant dans les régions d'endémie sont exposés au risque d'infection et qu'il y a 120 millions de cas, malades ou porteurs de l'infection (microfilarémiques). Près de la moitié de ces 120 millions de cas (49,2%) sont recensés dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est (l'Inde comptant à elle seule 40% des cas dans le monde) et 34,1% des cas dans la Région OMS de l'Afrique.

Le reste se trouve dans le Pacifique occidental (16,1%), dans la Méditerranée orientale (0,3%) et dans les Amériques (0,3%). Les 120 millions de cas comprennent 83,63 millions de sujets microfilarémiques, 16,02 millions de cas de lymphoedème et 26,79 millions de cas d'hydrocèle, ce qui montre clairement que la charge des manifestations génitales de la FL (hydrocèle) est plus importante que celle due au lymphoedème. Ces données chiffrées ci-dessus ont été fournies par le rapport d'une consultation informelle[1] sur les méthodes chirurgicales pour traiter les manifestations urogénitales de la FL. Bien que l'on retrouve en Asie la majorité des cas d'infection (à cause de l'importance quantitative de la population vivant dans les zones d'endémie), W. bancrofti a une prévalence plus forte en Afrique (8,9%) qu'en Asie (2,25%).

On pense toutefois qu'il s'agit là d'une sous-estimation : dans les populations vivant en zone d'endémie, la proportion des sujets microfilarémiques pour lesquels on met en évidence l'infection grâce à une épreuve antigénique positive (qui peut atteindre 18%) n'a pas été incluse. Le nombre des sujets infectés ou malades pourrait donc être bien plus élevé.

[1] *Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique, Genève, 2003*

1-2- Répartition selon le sexe et lien avec l'état infectieux

L'analyse de la FL en fonction de l'âge et du sexe montre que le lymphoedème est la principale manifestation clinique chez la femme (contrairement à certaines observations, la méta-analyse mondiale a montré une prévalence générale du lymphoedème identique chez l'homme, notamment dans les régions d'endémie de W. bancrofti.

On observe une augmentation nette de la prévalence de l'hydrocèle avec l'âge. Dans la plupart des sites asiatiques et africains, cette prévalence peut atteindre 50% dans les groupes les plus âgés (au-dessus de 45 ans).

Le lien entre l'infection et la maladie chronique a nettement montré que la prévalence de la microfilarémie dans les cas d'hydrocèle était la même que la prévalence générale de l'infection dans la localité. Il n'y a pas de différence dans la survenue de l'hydrocèle entre les sujets microfilarémiques et les autres dans les populations masculines vivant en zone d'endémie.

Certaines études ont cherché à savoir si toutes les hydrocèles observées dans les zones d'endémie étaient d'origine filarienne. Une étude à Pondicherry[1] a montré que, en se basant sur de multiples critères (clinique, histologie, mise en évidence du parasite dans les liquides et les tissus, présence d'anticorps ou d'antigènes filariens spécifiques, etc.), 69% des hydrocèles pouvaient être attribués à la filariose.

Dans certaines pathologies (grosses jambes), le volume persiste très longtemps et comme les preuves de l'infection filarienne peuvent disparaître au bout d'un certain temps, il est impossible d'exclure la filariose de l'étiologie de tout cas d'hydrocèle en zone d'endémie. La prévalence des autres hydrocèles dans les régions où il n'y a pas d'endémie étant très faible, on considère, jusqu'à preuve du contraire, que tous les hydrocèles en zone d'endémie de W. bancrofti sont d'origine filarienne.

Cette question devra néanmoins être revue à la lumière des nouveaux tests diagnostiques désormais disponibles (épreuve immunochromatographie sur carte et titrage immuno- enzymatique OG4C3 [ELISA][2] pour la recherche des antigènes filariens spécifiques, échographie pour la détection des parasites adultes dans le scrotum).

[1] *Rapport d'une consultation informelle sur les méthodes chirurgicales du 15-16 avril 2002*

[2] *Les méthodes chirurgicales pour traiter les manifestations urogénitales de la filariose lymphatique*

Section 2 **: *EPIDEMIOLOGIE***

Elle peut être définie par les prévalences obtenues par les agents de santé expérimentés pour établir la cartographie de la maladie. Etant donné que la FL est une maladie parasitose tropicale affectant le système lymphatique et due à des vers parasites transmis d'un sujet à l'autre par des moustiques, nous constatons que le vecteur responsable n'est que l'anophèle femelle. Le moustique n'est infestant qu'après 7-21 jours.

La maladie évolue lentement jusqu'au moment où apparaissent des hypertrophies des membres (bras et /ou jambes) et/ou des organes génitaux (scrotum, sein et très rarement, organes génitaux de la femme**).** L'hydrocèle est la principale manifestation de la filaire à W. bancrofti et le dépistage des œdèmes du scrotum chez un nombre déterminé d'hommes dans les sites d'étude par des agents de santé expérimentés s'est avéré une méthode d'évaluation rapide valable. La prévalence de ces œdèmes dépistés par les agents expérimentés est en corrélation positive avec celle décelée par les médecins.

On peut donc également utiliser les données de prévalence obtenues par les agents de santé pour établir rapidement la cartographie de la maladie. On a aussi utilisé plus récemment dans certains endroits la proportion d'ablations d'hydrocèle par rapport à toutes les interventions chirurgicales réalisées comme indicateur indirect de la prévalence de la maladie dans ces localités. On pourra poursuivre cette méthode d'évaluation et de cartographie rapide et également évaluer ainsi la charge qui pèse actuellement sur les services chirurgicaux dans les différentes parties du monde.

Un essai multicentrique[1] mené par le programme spécial PNUD/Banque Mondial/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales de 1992 à 1995 s'est intéressé à l'épidémiologie clinique de la FL à l'aide d'un protocole (TDR non publié) et d'une définition de cas uniformisés. Trois des sites se trouvaient en Inde (Pondicherry, Madras [désormais Chennai], Vellore), deux en Afrique (Ghana, Tanzanie) et un aux Philippines.

Les enquêtes[2] ont révélé une prévalence générale de la maladie chronique allant de 2,38% en Tanzanie à 19,96% à Pondicherry. Dans toutes les régions enquêtées, la prévalence

[1] *Terme qualifiant une expérimentation effectuée dans plusieurs sites*

[2] *Résultats d'une étude du TDR de 1992 à 1995*

Rapport-Gratuit.com

du lymphoedème était inférieure à celle de l'hydrocèle (aucun lymphoedème aux Philippines). Les hydrocèles ont été classées en fonction de leur taille, inférieure ou supérieure à une balle de tennis. Dans les trois sites indiens, on a observé une plus grande prévalence de petites hydrocèles que des grands (deux tiers du total). Au Ghana, la prévalence des deux types était à peu près la même, alors qu'en Tanzanie et aux Philippines, les gros hydrocèles prédominaient. L'âge moyen des patients présentant de petites hydrocèles était inférieur à celui des sujets ayant de gros hydrocèles, ce qui laisse supposer une évolution de la taille dans le temps.

L'incidence annuelle de l'adénolymphagite[1] est en général plus grande en cas de lymphoedème que d'hydrocèle. En moyenne, pour 1000 cas d'hydrocèle, l'incidence de l'adénolymphagite s'établit aux Ghana entre 73 et 565,6 épisodes[2] par an. Le point important est que ces épisodes font partie de l'histoire naturelle des cas d'hydrocèle et qu'ils sont à l'origine d'incapacités physiques sévères et d'une perte importante de la capacité de travail.

On connaît bien désormais les conséquences socio-économiques. On sait qu'il entraîne un préjudice esthétique, une exclusion sociale, une perte de confiance en soi, de moins bonnes possibilités d'emploi, des interférences dans la vie sexuelle et des disputes familiales.

Il est également à l'origine de difficultés économiques imputables aux dépenses directes pour le traitement, l'impossibilité de travailler pendant les épisodes d'adénolymphangite, la **baisse** de **productivité**, une moindre grande capacité de travail et la diminution de la **participation** aux **revenus** et aux activités de la famille.

A Madagascar, en général**,** le foyer principal de la maladie se trouve sur la côte Est, tandisqu'un cas sporadique peut se situer dans le cote Ouest de l'île. En 2005, 98 districts/111 sont endémiques avec 15 millions de personnes à risque. C'est une maladie chronique qui a des effets à long terme pour le malade, sa famille et ses amis.

Le cas de prévalence microfilarienne a été bien étudié dans plusieurs districts surtout sur le littoral-Est de Madagascar et qui relève une diminution du taux de prévalence.

[1] *Crises aigues ou épisodes aigues*

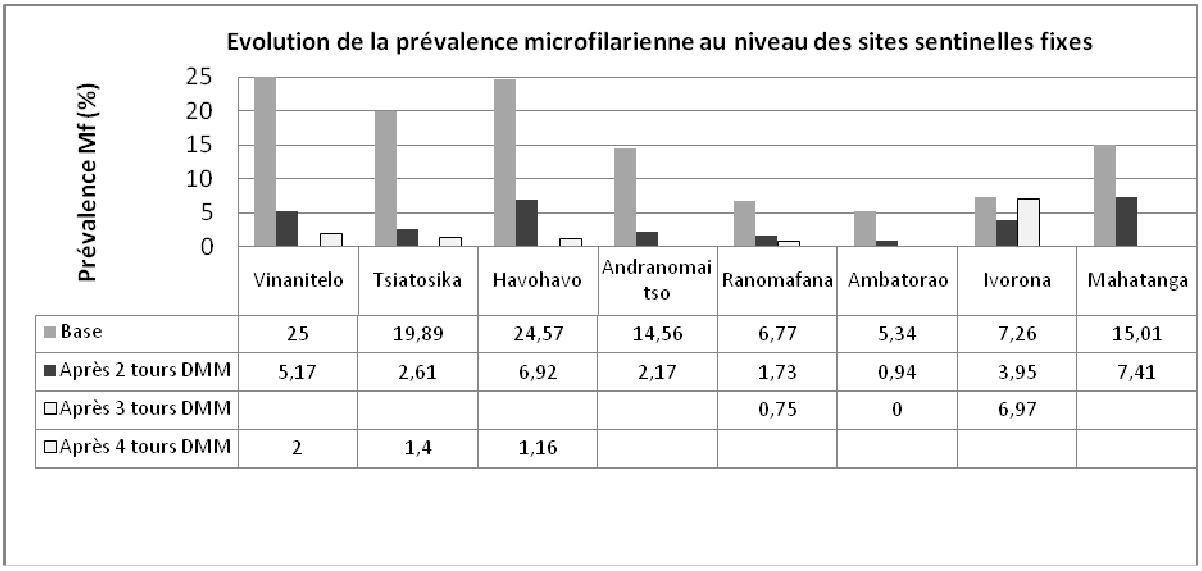
[2] *Résultats d'une étude du TDR de 1992 à 1995*

2-1- Prevalence microfilarienne

Globalement, comme l'indique le graphe n°01 ci-après, il a été constaté une diminution significative du taux de prévalence microfilarienne au niveau de la plupart des sites sentinelles fixes. En moyenne, la diminution du taux de portage des microfilaires était de l'ordre de 71,18% [53,97- 100]. A Ivorona dans le district de Taolagnaro, il a été constaté une augmentation du taux de prévalence -3,95% (2008) et 6,97% (2009).

Dans le district de Nosy Boraha, aucune personne portant des microfilaires n'a été trouvée au niveau du site sentinelle d'Ambatorao et du site de contrôle d'Ambodiforaha.
Le graphe ci-dessous montre comment évolue la prévalence microfilaire au niveau de sites sentinelles fixes.

Graphe n° 1 **: *Evolution de la prévalence microfilarienne***



	Vinanitelo	Tsiatosika	Havohavo	Andranomaitso	Ranomafana	Ambatorao	Ivorona	Mahatanga
Base	25	19,89	24,57	14,56	6,77	5,34	7,26	15,01
Après 2 tours DMM	5,17	2,61	6,92	2,17	1,73	0,94	3,95	7,41
Après 3 tours DMM					0,75	0	6,97	
Après 4 tours DMM	2	1,4	1,16					

Source : DULMN/PEFL (2009)

2-2 –Densité microfilarienne

Il a été noté une augmentation de la densité microfilarienne et de la densité communautaire au niveau du site sentinelle d'Ivorona (Taolagnaro) et de Ranomafana Est (Vohibinany). On a constaté que les personnes testées portaient encore un nombre relativement élevé de microfilaires visible à la lecture du tableau n°01 ci-après. Cette densité peut néanmoins susciter des débats sur le plan collectif, dès lors que les groupes de population qui bénéficient d'un programme de santé ne sont pas identiques à ceux qui vont éventuellement faire les frais des risques qu'elle implique.

Tableau N° 1 : ***Valeur des indicateurs de l'infection filarienne - des sites de contrôle – 2009 de la région atsinanana***

Districts	Sites	Nombres personnes testées	Nombre lames positives	Prévalence microfilarienne	Nombre microfilaires dans 60 µl
Mahanoro	Ampitakiosy	568	4	0,7	166 [7 – 105]
Vatomandry	Ampasimbe	516	1	0,19	2 [2]
Nosy Boraha	Ambodiforaha	305	0	0	0

Source : DULMN/PEFL(2009)

Section 3 **: *MANIFESTATIONS CLINIQUES***

3-1- Evaluation du lymphoedème

3-1-1- Signes et symptômes de la FL

Si la FL peut se contracter dans la petite enfance, ce n'est généralement pas avant l'âge adulte qu'apparaissent les premiers signes et symptômes. L'un des principaux signes de la FL est le gonflement (lymphoedème) des membres, des seins, du scrotum et pénis, et l'hydrocèle (œdème des bourses qui prennent la forme d'un ballon). Le lymphoedème peut être massif et présenter un certain nombre de plis plus ou moins profonds. Dans certains cas, le malade a aussi des protubérances et des fissures de la peau. En général, le derme s'épaissit.

3-1-2- Lésions cutanées

Les malades ayant des œdèmes des membres (ou d'autres parties du corps) sont souvent particulièrement exposés à des lésions cutanées sous la forme de petites plaies, d'ampoules, de coupures légères, d'égratignures, etc. Ces craquelures de la peau sont autant de portes ouvertes à toutes sortes d'infections qui, chez le malade de la FL, peuvent être extrêmement graves et provoquer des accès aigus, alors que chez un sujet sain, de telles lésions ont rarement des effets aussi sérieux.

3-1-3- Evaluation de l'accès aigu

- Les petites blessures, les ampoules, les coupures légères et les égratignures

survenant sur la peau ainsi qu'entre les orteils, les doigts et les plis cutanés sont les principales causes d'accès aigu chez les malades de la FL ayant un lymphoedème car elles

permettent la pénétration dans la peau de saletés et de germes qui y provoquent des infections :

i) au cours des accès aigus, la peau rougit, enfle et devient brûlante et douloureuse.

Le malade peut aussi présenter des symptômes généraux tels que fièvre, maux de tête, frissons et éventuellement nausée et vomissements. Si l'infection se propage, l'accès aigu peut mettre en danger la vie du malade ; ii) un accès aigu dure en général 3 à 5 jours et le malade peut être incapable de marcher ou même de se lever. Le membre, ou autre partie du corps atteint, est extrêmement douloureux et le moindre contact peut être insupportable. A la suite de l'accès, la peau sèche, pèle et peut prendre une coloration plus foncée ; iii) chaque accès aigu provoque une aggravation du lymphoedème, d'où l'importance fondamentale de la prévention. Il est donc essentiel d'enseigner les bases des soins à domicile au malade ainsi qu'à sa famille et ses amis ; iv) la plupart des malades peuvent aisément traiter un accès aigu à domicile en commençant par rafraîchir la jambe dès le début de l'accès.

Il convient alors d'insister sur le fait que l'accès aigu est une affection très grave. Même si nous ne voyons pas le malade d'un accès aigu, certains signes (peau sèche qui pèle et prend une couleur plus foncée, par exemple) témoignent d'un récent accès aigu.

3-2- Manifestations uro-génitales de la filariose lymphatique

Il en existe plusieurs types : i) inflammations aiguës, comme des funiculites, des orchiépididymites (inflammation du cordon spermatique, de l'épididyme ou du testicule). Il s'agit de loin des manifestations les plus courantes et elles sont à l'origine de nombreuses heures de travail perdues pour les hommes. Ces pathologies sont faciles à prendre en charge au niveau périphérique et nécessitent le repos, des analgésiques et des antibiotiques le cas échéant. L'intervention chirurgicale ne s'impose pas ; ii) hydrocèle (rétention de liquide dans la tunique vaginale) et ses complications comme le chylocèle (rétention de chyle), l'hématocèle (rétention de sang) et le pyocèle (rétention de pus). Les trois derniers se caractérisent par l'opacité du contenu du sac formé par la tunique vaginale à la transillumination.

Les services périphériques peuvent avoir recours à ce test pour différencier les hydrocèles simples des complications. Facile à réaliser, il ne requiert comme matériel qu'une lampe torche et un tube opaque de 15cm de long et de 2,5 cm de diamètre. Il est facile d'enseigner la technique requise aux médecins au niveau II :

i) varices lymphatiques (dilatation et tortuosité des vaisseaux lymphatiques au niveau du cordon spermatique).

ii) dilatation des vaisseaux lymphatiques dans la peau du scrotum, avec possibilité de rupture en surface et suintement de lymphe.

iii) scrotum filarien, pénis filarien ou éléphantiasis des organes génitaux féminins dûs au lymphoedème dans le tissu sous-cutané.

iv) chylurie ou hématochylurie, due à la rupture des vaisseaux lymphatiques rétropéritonéens dans le système de collecte de l'urine dans les reins.

L'hydrocèle est à l'origine de plus de 90% de la morbidité entraînée par les manifestations génitales de la filariose lymphatique décrites ci-dessus, à l'exclusion de la réaction inflammatoire. Du point de vue de la santé publique et compte tenu de cette prévalence, il a donc été décidé de concentrer les interventions chirurgicales sur la prise en charge de l'hydrocèle.

En ce qui concerne Madagascar, le dépistage des cas cliniques réalisé simultanément avec le recensement de la population dans le cadre de la distribution de masse de médicament (DMM) a permis d'apprécier l'ampleur de la maladie. En fait, il s'agit d'une estimation du nombre des malades porteurs de grosses jambes, gros bras, gros seins et/ou de grosses bourses ; car et d'un, les complications débutantes ne sont pas comptabilisées et de deux, l'établissement du diagnostic n'est pas du ressort des distributeurs communautaires avons-nous dit. Le nombre total de grosses jambes et de gros bras recensé est de 9 407, et celui de grosses bourses est de 8 946. Ces chiffres ont été obtenus à partir des données par les distributeurs de médicaments chaque année depuis 2007 et des mises à jour dans la base de données du PEFL.

Globalement, on avait constaté une diminution significative du taux de prévalence microfilarienne au niveau de la plupart des sites sentinelles fixes. En moyenne, la diminution du taux de portage des microfilaires était de l'ordre de 71,18% [53,97-100] et celle de la couverture thérapeutique rapportée reflétant la participation de la population obtenue au cours de la campagne 2009 est de 74,67%. Ce taux global est la résultante des taux des 30 districts qui varient de 49,30% (Antsiranana 2) à 91,94% (Ikongo).

Un échantillon représentatif de dimension spatiale du nombre de malade, accentué sur l'âge, sa situation matrimoniale, la date d'entrée du malade dans le programme, a été récolté agissant sur base de données relatives aux activités FL/Fokontany décembre 2009 de district

Toamasina I au niveau sanitaire. Le tableau ci-après donne une description de ce type de dimension.

Tableau N° 2 **: *Récolte de données relatives aux activités FL/Fokontany Décembre 2009***

FOKONTANY- P/LLE	Date d'entrée dans le programme	AGE	SEXE		SITUATION MAT M/C*
			H	F	
Total district			6	2	
TANAMBAO VERRERIE			1	1	
Parcelle 21/74				1	
RATOMBOSOA Malala Elysa (lympho)	juil-08	14		1	
Parcelle 21/71			1	*0*	
Raharimanana Gide (lympho)	juil-08	22	1		
MANGARIVOTRA NORD			1	0	
Parcelle 11/11			1	0	
LAINDROY Constant (hydro)	mai-09	33	1		M
MANGARIVOTRA			4	0	
Parcelle 21/54			3	0	
RAKOTOARISOA François Régis (hydr)	mai-08	43	1		M
RASOLOFOSON Pery (hydro)	mai-09	56	1		M
RAVONY Joseph (hydro et lympho)	mai-09	73	1		C
Parcelle 21/51			1	0	
BOTOTSARA (hydro)	avr-09	78	1		
HORS ZONE			0	1	
Galaxie (lympho)			0	1	
ELYSE (lympho)	nov-08	80		1	C

Source : Handicap International (2009)

Le plus jeune âge porteur de la maladie lymphoedème est à l'âge de 14 ans ; le plus âgé d'après ce tableau ci-dessus est de 80 ans. Pour l'hydrocèle et d'après le résultat de la prise en charge chirurgicale, le plus jeune opéré est un enfant de 7 ans ; le plus âgé opéré est un homme de 79 ans ; en général, la moyenne d'âge des patients opérés est de 44 ans.

Chapitre 2 : *PROGRAMME-IDENTIFICATION ET PLANIFICATION*

Le souci de pouvoir prévenir les incapacités dues à la FL et à d'autres maladies invalidantes est à l'origine des programmes s'articulant autour de différents axes dont au niveau national en voici les principaux :

i) développer les modalités de soin et de prise en charge des personnes atteintes de la FL en privilégiant le principe du soin et de l'accompagnement à domicile de la personne et de la sensibilisation communautaire.

ii) contribuer à l'amélioration du référencement vers les services et structures spécialisés ainsi que les capacités de réponses de ces derniers.

iii) créer une synergie avec les réseaux du district et communautaires dans le cadre du programme de lutte contre les maladies non transmissibles pour la prévention des déficiences et incapacités.

iv) programmer une étude de recherche par le biais de l'enquête CAP (Connaissance, aptitude, Pratique).

v) engagement d'exonération de taxes et frais de dédouanement des médicaments.

vi) magasin de stockage des médicaments.

Section 1 : *IDENTIFICATION ET OBJECTIFS*

Dans le cadre de la politique générale, le ministère de la santé chargé de la santé publique représenté par la direction régionale de la santé publique Atsinanana met en œuvre le programme de distribution de masse de médicament appelé : DMM 1 en 2008**,** DMM 2 en 2009 et DMM 3 en 2010 en respectant la dose de médicament ainsi que les instructions diverses et celles du programme MID en tenant compte la formation des agents communautaires et du comité de santé.

1-1-Renforcement des partenaires publics-privés

1-1-1- Mobilisation des ressources

Comme les financements du projet Izumi Foundation et du projet Monaco, destinés à des activités bien définies ne sont bénéfiques que pour 13 districts seulement, des missions de plaidoyer ont été réalisées auprès des directions régionales.

Il y eut un effort considérable de mobilisation de ressources pour réaliser la campagne de DMM de la part des directions régionales et des SDSP ainsi que de leurs partenaires tels que Handicap international, Reggio Terzo Mondo, etc. Faute de rapport détaillé, il nous a été difficile de documenter largement cet élan de solidarité pour le bien-être de la population.

L'objectif du programme national est rappelons le, d'éliminer la FL en tant que problème de santé publique d'ici 2020 ; en effet, d'ici une génération, Madagascar aura éliminé la filariose lymphatique et les quelques personnes présentant les signes cliniques de la maladie seront autonomes grâce à la prise en charge de la maladie, à la solidarité et à l'entraide au sein de la communauté.

En ce qui concerne le niveau central : (i) quelques 8000 stylos ont été octroyés par la DULMN ; (ii) le PEPL a utilisé les fonds de l'Etat pour acheminer les médicaments au niveau de quelques districts et réaliser un certain nombre de missions de plaidoyer ; (iii) l'Handicap International chargé d'intervenir sur la prise en charge de malade de FL et d'assister au programme de lutte contre la FL présente un atout pour l'État surtout en matière de dépense sanitaire. Celle-ci relève d'une collaboration étroite entre les partenaires dans les zones ciblées par le programme ainsi que d'une forte implication des communautés.

L'HI, c'est un organisme privé ayant reçu la garantie de l'État, il a l'occasion d'assistance technique et financière de façon à avoir une diminution des dépenses de l'État ; d'où la nécessité de programme **préventive** pour que les dépenses en matière de santé ne soient pas **budgétivores.**

En plus, il s'attache davantage à financer les investissements qui peuvent améliorer le bien-être de la population et joue le rôle d'impulsion dans la réalisation du programme d'élimination et les actions qu'ils réalisent ne sont pas assorties d'aucune condition puisque c'est un organisme à but humanitaire.

1-2 - Renforcement d'activité de gestion du programme par la DMM

1-2-1 - Approches novatrices

Les districts des régions Atsinanana, Vatovavy Fitovinany et Atsimo Atsinanana ont pu

intégrer les activités de la DMM (plaidoyer, formation, sensibilisation de la population et distribution) avec la campagne – MID conduite par le programme paludisme en collaboration avec d'autres partenaires. Egalement, pour l'année 2009, il a été décidé de procéder à un échange d'expériences interdistricts.

Dans cette optique, le médecin inspecteur de Farafangana a été demandé pour réaliser une mission dans le cadre de l'enquête de couverture thérapeutique à Nosy Boraha. De même, le médecin inspecteur de Toamasina 1 a apporté son appui à l'équipe du PEPL à Taolagnaro. L'échange a été bénéfique à la fois pour le médecin inspecteur « hôte » et le médecin inspecteur « visiteur ».

1-2-2 – L'activité de prélèvements nocturnes en une nuit à Ampitakiosy

(district de Mahanoro dans la région Atsinanana)

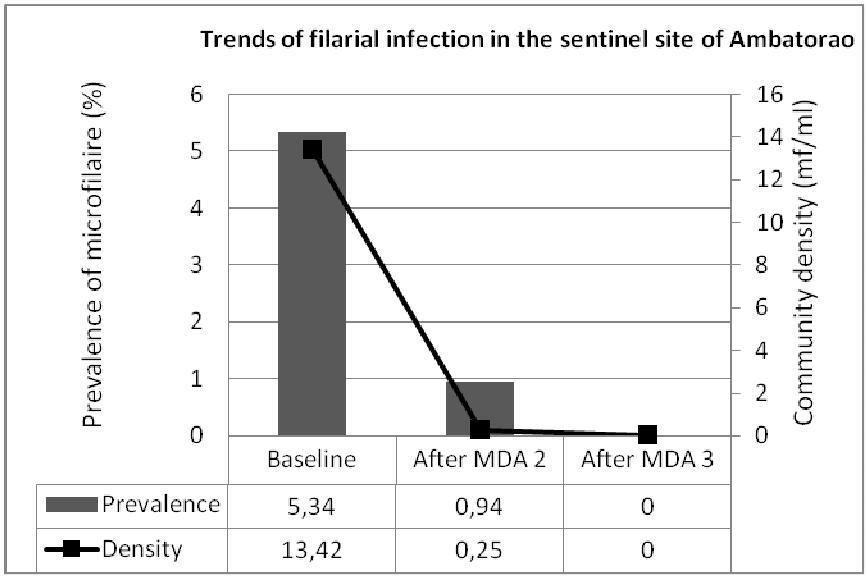
Il s'agit d'un succès inédit ! En effet, si la durée de cette activité était en moyenne de 3 nuits (2 à 4 nuits), au site de contrôle d'Ampitakiosy, 568 personnes ont fait l'objet de prélèvements de sang nocturnes, en une nuit seulement.

Cette affluence était obtenue grâce à (i) une collaboration étroite entre l'équipe du SDSP, les autorités administratives locales et les leaders traditionnels ; (ii) une communication efficace et (iii) la présence effective des autorités – médecin inspecteur, adjoint au maire, chef Fokontany et les leaders traditionnels lors de la séance nocturne. Comme dans certains districts, les soirées ont été animées par les clips vidéo. Le rôle de l'ONG Handicap international a été significatif.

1-2-3 – Réduction significative de l'infection filarienne : Nosy Boraha vers l'élimination ?

Le Success story de Nosy Boraha représenté par le graphe n°02 (région Analanjirofo) a été rapporté à la réunion de l'alliance mondiale pour l'élimination de la Filariose Lymphatique qui s'est déroulée du 1ère au 3 juin 2010 à Séoul. Il est rappelé que la cartographie de l'endémicité réalisée en 2004 a montré une prévalence de 20%.

Graphe n° 2 **: *Evolution de l'infection filarienne au site d'Ambatorao***



Source : DULMN/PEFL (2009)

Sur le graphe ci-dessus, au niveau du site d'Ambatorao, on note comparativement aux données de base recueillies avant la première campagne de DMM en 2006, une diminution drastique des indicateurs de l'infection après deux tours de DMM ; en effet si le taux de la prévalence microfilarienne a diminué de plus de quatre points (de 5,34% à 0,94%), celui de la densité communautaire a suivi la même tendance (de 13,42mf/ml à 0,25 mf/ml). La même tendance s'est poursuivie après trois tours de DMM où la prévalence microfilarienne et la densité communautaire ont enregistré chacune des taux respectivement 0,00% et 0,00 mf/ml. C'est dire de l'efficacité du programme sanitaire due à l'intervention régulatrice de puissance publique.

De plus, tous les indicateurs recueillis au niveau du site de contrôle de Vohilava après 2 tours de DMM (2008) et au site de contrôle d'Ambodiforaha après 3 tours de DMM (2009) ont affiché une valeur égale à **zéro**. Un certain nombre de facteurs semblent avoir contribué aux résultats : (i) le maintien d'une couverture thérapeutique élevée – 87,2% (2006) ; 71,32% (2007) ; 82,62% (2008) ; 82,48% (2009) et (ii) une couverture en moustiquaires des ménages à plus de 90%.

Avant le 5ème tour de DMM, prévu cette année, il est recommandé une vérification par utilisation de tests d'immunochromatographie (ICT) avant de stopper la DMM.

1-2-4 – La réussite d'activité de stratégie urbaine dans le district de Toamasina

L'expérience de Toamasina 1 a été partagée lors de l'atelier sur les « stratégies urbaines DMM, du 2 au 5 mars, 2010, Task Force for Global Health Decatur, Atlanta, Georgia.

Afin de pallier au manque de financement, l'équipe du médecin inspecteur a fait un plaidoyer auprès des associations et ONGs, des grandes boîtes privées et des mass médias en faveur de la conduite de la campagne de DMM. La plaidoyerie a été suivie d'une demande de sponsoring sous différentes formes : (i) appui financier, (ii) aide matérielle, (iii) plateaux télé et radios ou (iv) appui en ressources humaines.

Les ressources obtenues ont fait l'objet d'une gestion rigoureuse et transparente par un comité constitué de personnels du SDSP et ceux du CSB.

Les activités maîtresses de la DMM ont toutes été réalisées avec un accent particulier sur la mobilisation sociale. Dans cette optique, une réunion d'informations et de plaidoyers a été organisée en faveur de la participation à la campagne de DMM auprès des autorités administratives locales – région, district, mairie, arrondissement et fokontany.

De même, une réunion de sensibilisation et de mobilisation sociale, en collaboration avec le chef CISCO et tous les chefs d'établissement scolaires publics et privés a été conduite.

Par ailleurs, la sensibilisation de la population a été réalisée à travers des émissions radiotélévisées avec la participation des autorités sanitaires, des autorités administratives et des mobilisateurs ainsi que des partenaires. Des messages de sensibilisation ont été lus lors des offices religieux. Des banderoles ont été étendues pour annoncer la campagne.

Les mobilisateurs/distributeurs communautaires de médicaments ont utilisé une carte conseil illustrée de photos de personnes présentant des hydrocèles et des lymphoedèmes des membres/seins, lors du recensement couplé avec la sensibilisation au niveau des foyers. Les lieux de distributions des médicaments ont été les foyers, les lieux de travail, les écoles et les CSB publics et privés.

Des séances de rattrapage ont été organisées dans le fokontany qui a enregistré un taux de couverture inférieur à 65%. Les résultats de la campagne ainsi que des lettres de remerciement ont été envoyées à tous les intervenants. A la suite de l'analyse des résultats effectuée au niveau central, le taux de couverture thérapeutique rapporté est de 81,36% en 2008 et 91,44% en 2009.

Le success story de l'équipe du district de Toamasina 1 qui revient également à la région Atsinanana s'explique par l'exercice d'un leadership de performance et d'un leadership adaptatif. Toamasina 1 est aussi un district d'avant-garde qui a initié la collaboration des CSB avec le comité de pilotage SSME.

Tableau N° 3 : ***Distribution des médicaments de masse année 2008***

Région : Atsinanana
District : Toamasina I
Commune urbaine : Toamasina I

CSB: 5 Publics
Nombre d'habitants : 204 466
Date du 11 à 15/12/08

N°	Arrondisse-ment	CSB	Nbr d'hab.	Nbr de pop. ayant reçu des méd.	Nbr de pop. ayant reçu des médicaments						Nombre de méd. livré		Nbr de pop. n'ayant pas reçu de médicaments					Maladie		CT
					2 à 4 ans		5 à 14 ans		Plus de 15ans		ALB	DEC	< 2 ans	Fém. encei-nte	Mal.	Absent	refus	lymp	hydr	
					H	F	H	F	H	F										
1	Tanambao V	Ambohijafy	41504	33750	756	812	3235	3772	10674	14501	33750	73778,5	339	110	53	678	46	2	1	81%
2	Ankirihiry	Ankirihiry	58689	48529	2002	2067	4516	5392	13658	16478	48529	113811	1281	397	135	833	35	7	1	83%
3	Anjoma	Dépôt Analaki-ninina	21163	16492	902	1000	2225	2196	5152	5017	16492	39716	275	91	163	2079	0	0	0	78%
4	Morarano	DU Tanambao	49312	39552	1291	2059	3825	5000	11997	15380	39552	114983	1153	53	5	26	0	14	1	80%
5	Ambodimanga	CSMI Tanambao	34797	32000	1672	2158	5398	7910	8779	10499	32000	62900	405	113	121	1413	57	6	0	92%
TOTAL			**205466**	**170323**	**6623**	**8096**	**19199**	**24270**	**50260**	**61875**	**170323**	**405189**	**3453**	**764**	**477**	**5029**	**138**	**29**	**3**	**83%**

Source : Service de district de santé des affaires sociales Toamasina (2008)

En 2008, ce tableau nous permet de dire qu'à l'échelle de la population de Toamasina, les campagnes de DMM ont fait la preuve de leur efficacité. Mais le soupçon d'effets indésirables des médicaments (DEC et ALB) – même si ceux-ci sont extrêmement rares, non véritablement démontrés, et sans commune mesure avec les gains de santé obtenus dans l'ensemble de la population couverte – peut suffire aux yeux des opposants de principe à la DMM pour réclamer son refus.

Tableau N° 4 : ***Distribution des médicaments de masse année 2009***

Région : Atsinanana CSB: 5 PUBLICS

District : Toamasina I Nombre d'habitants : 211 220

Commune urbaine : Toamasina I Date du 11 à 15/12/09

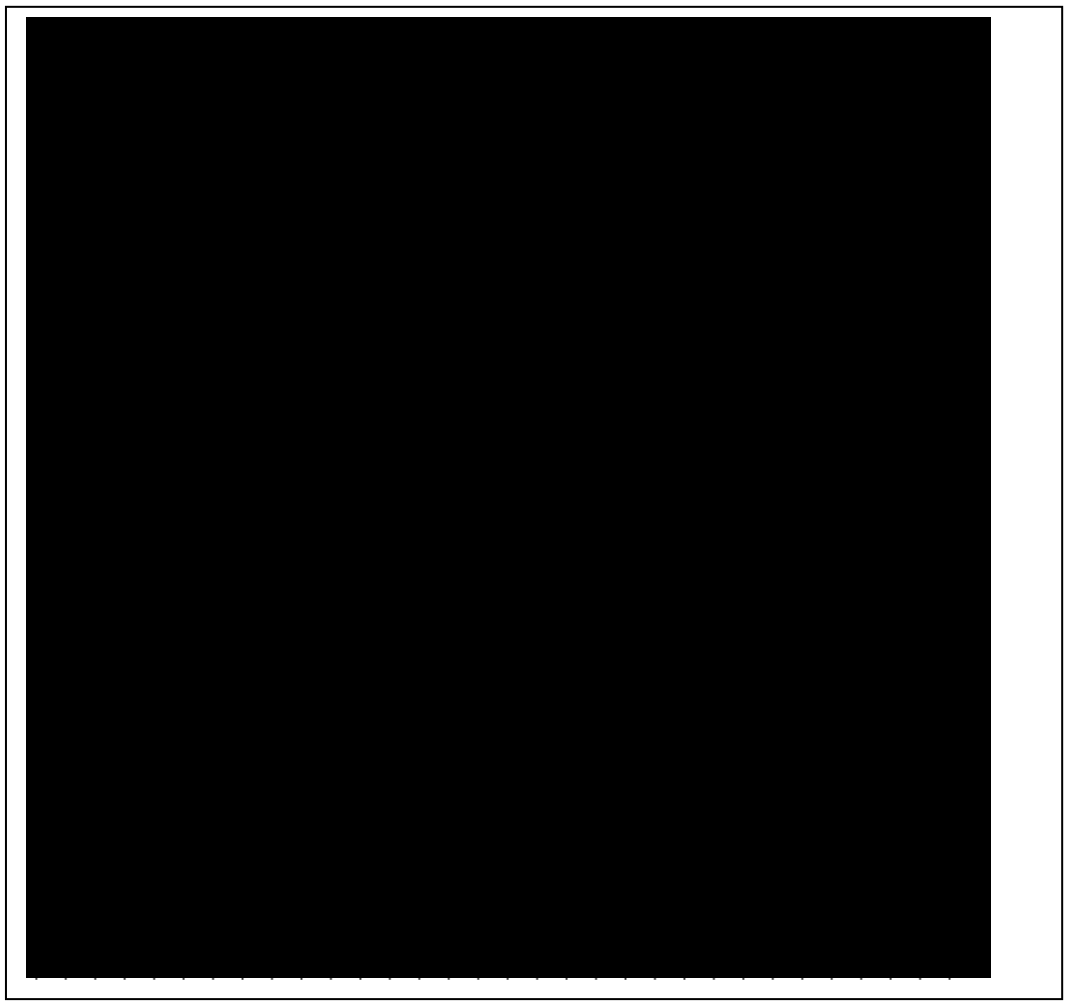
N°	Arr/ ment	CSB	Nbr d'hab.	Nbr de pop. ayant reçu des méd. ou Pop. cible	Nbr de pop. ayant reçu des médicaments						Nombre de méd. livré		Nbr de pop. n'ayant pas reçu de médicaments					Maladie		TC (%)
					2 à 4 ans		5 à 14 ans		Plus de 15ans		ALB	DEC	< 2 ans	Fém. encei-nte	Mal.	Absent	refus	lympho	hydro	
					H	F	H	F	H	F										
1	Ta/ V	A/jafy	42 667	35 834	3818	3909	6159	6013	8301	9181	37381	75637	284	110	860	0	158	1	0	104,32
2	A/hiry	A/hiry	60333	50 378	1602	1906	5525	6172	11691	14904	30728	107072	751	280	74	2	184	4	2	102,87
3	Anjoma	Dépôt Analaki-ninina	21756	18 166	1469	1362	2784	2874	2682	3672	37479	30932	2494	973	12	0	64	2	0	88,54
4	Morarano	DU T/bao	50693	42328	1560	1817	4240	5034	11509	13356	41800	88845	1987	141	10	3	53	17	3	82,97
5	A/ga	CSMI T/bao	35771	29868	1258	1616	3920	4896	8955	10083	14843	72796	477	40	32	0	88	0	0	81,70
TOTAL			**211 220**	**177 425**	**9707**	**10610**	**22 628**	**24989**	**43138**	**51196**	**162231**	**375 282**	**5993**	**1544**	**988**	**1008**	**547**	**24**	**5**	**91,44**

Source : Service de district de santé des affaires sociales Toamasina (2009)

Le nombre de population ciblée de ce programme DMM a passé de 204 466 à 211 220 respectivement de 2008 à 2009 comme l'indique ces deux tableaux; et toutes choses étant égales par ailleurs, cette augmentation se répercute sur les indicateurs sanitaires représentés par les couvertures thérapeutiques qui ont augmenté de 83% à 91,44%.

L'exploitation des données chiffrées des tableaux 3 et 4 ci-dessus nous a permis d'établir le graphe n°03 ci-après.

Graphe n° 3 : ***Evolution de la couverture thérapeutique***



Source : *Nos propres calculs sur Excel*

1-3- Interprétation

Le taux de couverture thérapeutique est défini par le rapport entre le nombre de population ayant reçu des médicaments et le nombre total d'habitants par village ou par arrondissement ou par région .Et on constate que ce taux augmente d'une année à une autre. Cela signifie que la sensibilisation a affecté plus de nombre de village et l'agent communautaire ou le personnel de santé a réussi à convaincre la majorité de la population à la prise de médicaments.

1-4- Facilitation de l'accès aux populations à l'opération chirurgicale

1-4-1- Facilitation financière

Le projet a sûrement facilité l'accès de la population cible à la prise en charge chirurgicale de

l'hydrocèle à travers de différentes actions (cf. tableau n°5 ci-après).

Tableau N° 5 **: *Dispositif pour une facilitation financière de l'accès de la population cible***

	Action	Résultats
1	Mise en place d'un dispositif d'identification des cas suspects à travers la mobilisation des acteurs communautaires et des AC	1750 cas suspects identifiés par les communautés. 45 cas opérés par année avant le début du projet, 221 en 2009 auprès du seul CHD de Vatomandry avec l'appui du projet.
2	Le renforcement de compétences des CSB en matière de diagnostic	Les chefs CSB ne déclarent pas avoir de problèmes pour diagnostiquer les hydrocèles.
3	Le renforcement de compétences des équipes chirurgicales en matière de prise en charge	Introduction de la technique de la résection de la vaginale qui prévient les récidives. Introduction à la prise en charge sous anesthésie locale qui simplifie l'opération et contribue à réduire le coût des opérations.
4	La mise en place d'un dispositif d'accompagnement et de suivi des malades opérés	Bien que des chiffres fiables ne soient pas disponibles, le nombre de complications post opératoires semble réduit. Le suivi post opératoire semble bien maîtrisé au niveau des CSB de référence. Le réseau d'AC assure l'éducation sanitaire des patients avant et après l'opération afin de prévenir les infections.

Source : Chefs CSB

A propos des résultats, les 221 recensés en 2009 auprès du CHD de Vatomandry témoignent de l'avantage des actions menées. En effet, grâce à l'appui du programme du ministère de la santé et du projet HI, les malades doivent payer seulement 5 euros au lieu de

35 – 40 ; 25 -30 euros du coût moyen total de l'opération. Ces montants ne concernent que le coût direct de l'opération. Le coût réel est bien supérieur comme : le transport, logement, nourriture du malade et accompagnant sans compter les éventuelles pertes financières liées à une baisse de l'activité productive bien que nous constations que la majorité des malades essayent de se faire opérer pendant des périodes de moindre activité agricole. Il serait d'ailleurs intéressant de proposer un calendrier pour identifier les pics d'opération sur les 12 mois de l'année.

Section 2 **: *PLANIFICATION ET MISE EN ŒUVRE***

L'existence et la mise en place d'une contribution forfaitaire pour chaque bénéficiaire des soins est tenue pour procurer de nouvelles recettes et consiste à responsabiliser les patients.

2-1- Minimisation des coûts

Dans les approches dites de minimisation des coûts, l'objectif est de déterminer la façon de produire au moindre coût des biens et services dont l'efficacité sanitaire a été démontrée. Lorsqu'un traitement est au moins aussi efficace et moins coûteux qu'un autre dans une indication donnée, son adoption est bien sûr justifiée. Ainsi, pour de nombreux actes courants, le FANOME et/ou le Fonds d'équité présente des performances analogues à celles de disponibilité à payer ou de la participation financière des usagers pour des coûts significativement moindres (voire gratuits : FANOME). Il en est de même pour la chirurgie ambulatoire qui présente la caractéristique qui maintient des performances analogues à celles de la chirurgie par hospitalisation du patient pour des coûts significativement abordables. Des obstacles tarifaires et organisationnels expliquent cependant que le taux de recours à ce type de prise en charge demeure pour l'instant limité dans certains pays.

La chirurgie de l'hydrocèle correspond à un coût où une dépense individuelle moyenne pour le cas unilatérale est évalué à Ar 12 000 et de Ar 14 000 pour le bilatérale ; le coût retenu est quinze mille ariary (Ar 15 000). Mais l'analyse coût économique du programme de la prise en charge chirurgicale à la deuxième partie a apprécié de plus en plus ce type de coûts.
Lors des rencontres avec la communauté de Salehy, on a pu constater que :

- la FL est considérée comme une maladie mais non pas comme une malédiction

- les hydrocèles sont opérables mais d'après les villageois de Salehy le coût de l'opération est assez élevé (on parle de 1 million de MGA au lieu de 15.000 MGA[1])
- on peut prendre en charge le lymphoedème avec de l'eau. Les personnes rencontrées ont parlé toutefois d'eau spéciale ou d'eau médicamenteuse.

Et pour faciliter l'accès du patient au service sanitaire, plusieurs programmes ont été conçus pour permettre soit d'améliorer l'accès financier des pauvres aux services de santé en général, soit d'orienter les services vers des groupes particulièrement vulnérables, comme les femmes enceintes, les habitants des zones touchées par la maladie FL.

Les services mentionnés dans le secteur de la santé sont les suivants : i) exemptions de recouvrements des coûts : « FANOME » : financement pour l'approvisionnement non stop en médicament qui est le nom de la nouvelle version de la participation communautaire dans le mécanisme du financement de la santé. Toute consultation et acte de soins sont tous gratuits pour le cas de FL. Le médicament que l'on peut s'en procurer est le médicament essentiel. ii) au niveau du centre de santé de base (CSBI-II), un fond d'équité était déjà mis en place et était calculé en fonction de la recette mensuelle du CSB et on peut le définir comme suit :

$$\textbf{Fond d'équité} = \frac{\text{Recette mensuelle du CSB}}{135}$$

2-2- Fonds d'équité

2-2-1- Coûts de valeur

Une étude a estimé qu'en 2004, le FANOME a collecté 2,6 $EU millions et 160 000$ était alloué au fond d'équité, dont peu a été dépensé[2]. Les autres interventions par le biais du ministère de santé ne sont peut-être pas identifiés spécifiquement dans le budget, mais font partie du même pâquet de service de santé financé par le gouvernement. Le soutien de l'UNICEF pour la santé maternelle et pédiatrique, ciblé sur certaines provinces, s'élevait à 2,1$EU millions en 2003.

[1] *15.000 MGA c'est la contribution du malade au coût de l'opération grâce à l'appui donné par le programme santé publique et le projet HI. Le coût réel (sans appui du programme sanitaire et du projet) est de 78 000 MGA mais il faut préciser que ce frais ne concerne pas les frais annexe comme le transport et la restauration et autre. Ce n'est que le cout de l'opération et la prophylaxie.*

[2] *Madagascar, Poverty and social impact analysis of health care and the poor. 2006, Banque mondial.*

2-2-2 - Groupe cible et couverture

La couverture du fonds d'équité semble être limitée. Le FANOME est actuellement opérationnel seulement dans un nombre limité de communes sondées (entre 32% et 42%). Malgré le prix subventionné, l'enquête démographique et sanitaire (EDS 2003-2004) montre que quarante pour cent des ménages (40%) ne possèdent pas de moustiquaires.

En ce qui concerne les démunis, un contrat entre l'HI, CSB et Fokontany a été établi. Ce dernier s'est engagé, avec les riverains de tout le quartier qui cherche à se faire une idée précise sur l'information prouvant que tel individu est effectivement parmi les démunis afin qu'il puisse bénéficier de ce fonds d'équité qui est spécialement pour eux. Après avoir prouvé, les listes concernant les démunis doivent être déposés au CSB et à l'HI afin de faciliter le contrôle de la liste lors de la prise en charge de ces démunis malade de la FL .Cette approche participative fait également partie des recommandations de l'HI et du ministère de la santé. Aussi, la sensibilisation ne saurait être une simple vue de l'esprit.

Une nouvelle alliance est menée conjointement par le CSB et les banques pour la gestion de ces fonds déposés mensuellement et on doit inciter les démunis d'utiliser ces fonds face au risque de la maladie FL. Il faut que les jeunes, les adultes marginalisés puissent en bénéficier, de l'unité humaine ce qui pourrait être tenu pour indicateur d'intégration sociale de la personne marginalisée autrement dit une insertion sociale de l'individu afin qu'il soit intégré dans la société.

Section 3 **: *FINANCEMENT DU PROGRAMME***

Le ministère de la santé chargé de la santé publique préconise la réalisation et le financement du programme qui ont été déjà prévus et mentionnés dans la politique économique de l'État en matière de santé dont la lutte contre la maladie invalidante fait partie de cette politique et notre contribution est axée sur la lutte contre la FL. Étant donnée que la santé est un bien particulier, l'être humain n'ayant pas par nature de prix ; le financement de la santé s'avère prioritaire par rapport aux autres secteurs, et cela d'autant vrai compte tenu des souffrances, des graves préjudices esthétiques, des répercussions socio-économiques de la maladie FL d'une part ; et d'autre part du fait que le financement d'une manière impérative,

par le biais d'assistance et aide sociale permette de prévenir, de lutter et de traiter les accès aigus répétés de la FL.

3-1 – Objectif poursuivi par la ligne de financement

C'est la réduction de la pauvreté par l'octroi, aux populations défavorisées des pays en développement, d'un soutien qui vise à :

- répondre leurs besoins fondamentaux,
- améliorer leurs conditions de vie,
- renforcer leur capacité de développement endogène.

En santé, le système de couverture de soins de santé de base pour les plus défavorisés n'est pas encore vraiment opérationnel. Trois niveaux d'intervention devraient être envisagés :

i) le développement à moyen terme du programme permettant de stabiliser le niveau de consommation des populations à revenu limité, reposant sur l'épargne (prépaiement) et le crédit, telles les mutuelles (assurances à base communautaire, certaines expériences pilotes ont été déjà menées dans le pays et devraient être évaluées).

ii) Les programmes à l'intention des indigents qui reposeraient essentiellement sur des subventions, à la demande de l'Etat, pour leur permettre d'avoir accès aux services de santé de base. Ces financements permettraient soit de subventionner les services pour les rendre accessibles aux plus pauvres (financement indirect de la demande), soit d'effectuer des transferts monétaires aux individus, ce qui leur permettraient l'accès aux services (financement direct de la demande).

iii) Parmi les mécanismes de financement indirect de la demande, la politique de lutte contre la FL devra soutenir le développement et l'amélioration du fond d'équité, FANOME illustré par le tableau n°06 auquel les dispositions financières de chaque formation sanitaire à la caisse ou par rapport aux institutions financières se sont présentées (et un éventuel complément de financement par l'Etat), ou le financement par l'Etat d'un pâquet minimum de service.

Tableau N° 6 : ***FANOME***

Direction	Service	FS à préciser	Valeur médicament et consommables médicaux en stocks	Montant en banque ou en épargne (ariary)	Montant en caisse (ariary)
DRSP Ats/na	SDSP T/na I	CSB II Ankirihiry	5 204 024,39	13 054 962	00
		CSB II Ambohijafy	1 305 477,24	7 100 961,23	00
		CSM I	9 114 446,95	11 987 642,35	268 615,7
		CSB II du Tanambao	2 470 691,75	32 816 726,73	00
		CSB II du Dépôt Analakininina	1 052 518	4 099 350	00
TOTAL			18 147 158,33	69 059 642,31	268 651,7

Source : SDSP Toamasina (2009)

En ce qui concerne le fond d'équité, le tableau ci-après en présente une description financière détaillée en termes de collaboration avec les institutions financières existantes. Les transferts d'espèces conditionnels (TEC) pourraient être développés comme un système de financement direct de la demande. Alors que des assurances à base plus large couvrent les risques à conséquences catastrophiques financées ou subventionnées par des fonds publics. L'évaluation et l'éventuelle reproduction des expériences pilotes prometteuses de fond d'équité pour les hôpitaux au niveau des districts doivent être envisagées, en particulier dans la mesure où les dépenses en cas d'hospitalisation peuvent avoir un effet dévastateur sur les pauvres.

Tableau N° 7***: Fonds d'équité***

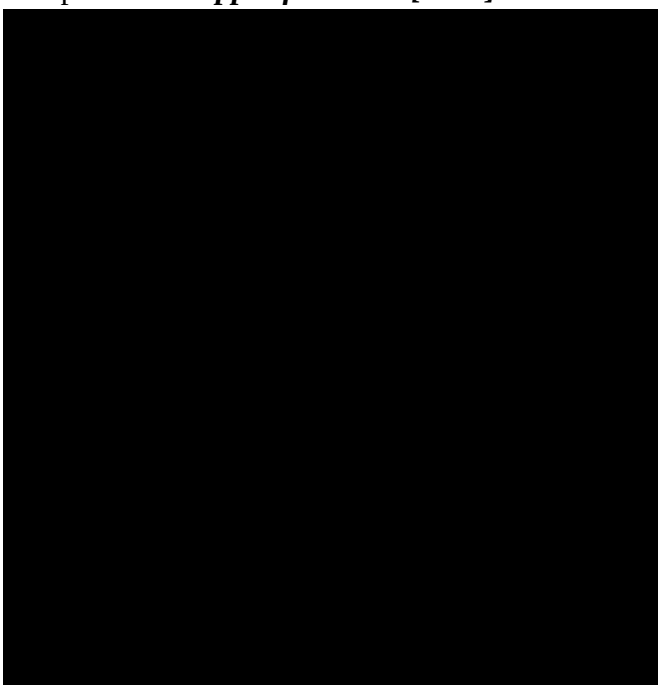
Direction	Service	FS à préciser	Montant en banque ou en épargne (Ar)
DRSP Atsinanana	SDSP Toamasina I	CSB II Ankirihiry	1 448 674
		CSB II Ambohijafy	844 980,66
		CSM I	2 101 365,85
		CSB II du Tanambao	2 187 745,20
		CSB II du Dépôt Analakininina	338 949,02
TOTAL			4 840 407,82

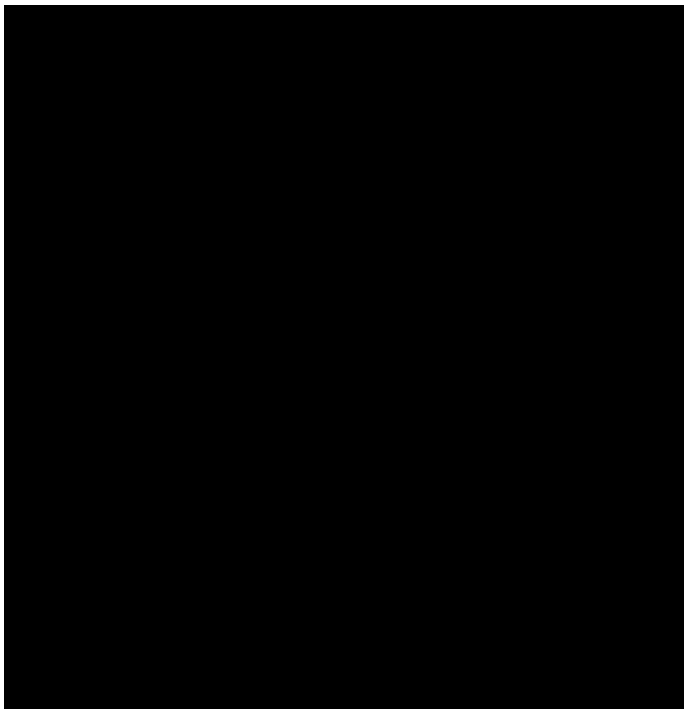
Source : SDSP Toamasina (2009)

Les organismes publics et privés (ONG) nationaux et internationaux chargés d'intervenir sur le financement ont mis en place des organisations à but humanitaire, les médecins sans frontières, indépendantes du gouvernement mais qui jouent un rôle non négligeable dans l'aide internationale comme l'indique le graphe n°04 ci-après.

Des mutuelles poursuivent aussi des objectifs de solidarité mais dans des conditions dont les mécanismes en matière d'assurance peuvent entraîner des effets pervers analysés par la théorie économique. Les organismes de sécurité sociale auxquels l'affiliation est obligatoire obéissent aussi à une logique de solidarité (assurance sociale couvrant les risques de maladie).

Graphe n° 4 ***: Appui financier [USD]***





Source : DULM/PEPL (2009)

3-2 – Ressources financieres

3-2-1– Etat

3-2-1-1- Fonctionnement

Pour déterminer si l'investissement dans telle ou telle activité est ou non économiquement justifié, il est inévitable de recourir explicitement à l'analyse « coût-bénéfice », qui compare les ressources consommées aux résultats obtenus sur une échelle commune et qui, pour ce faire, procède à une valorisation monétaire des résultats sanitaires.

L'analyse coût-bénéfice établit que les biens et services sanitaires doivent être produits en quantité telle que leur coût marginal (le coût d'une unité supplémentaire) soit équivalent à

leur bénéfice marginal pour la collectivité (le gain de bien-être que procure cette unité supplémentaire).

Au-delà de ce seuil, on peut en effet être certain que les ressources disponibles produiraient plus de bien-être pour les membres de la collectivité dans d'autres usages (sanitaires ou non).

Contrairement à certaines idées reçues, la valorisation monétaire du résultat ne découle pas d'une « inconscience » éthique de la part des économistes mais d'un souci de rendre plus transparent les multiples choix qu'effectuent les politiques publiques de santé ou les professionnels de santé dans leurs décisions quotidiennes.

3-2-1-2- L'économie de la santé au service de la maîtrise des dépenses de santé[1]**.**

Le développement de l'économie de la santé est étroitement lié à deux phénomènes majeurs qui ont caractérisé l'évolution de la protection sociale et des systèmes de santé dans les pays développés, mais aussi dans les pays en voie de développement depuis la seconde guerre mondiale.

En général, la dépense courante de santé a, jusqu'à la fin des années 1980, connu un rythme de croissance supérieur à celui de l'ensemble de la richesse nationale, et a donc mécaniquement tendu à représenter une part toujours plus importante du produit intérieur brut (9,2 % en moyenne pour les pays de l'O.C.D.E. en 1990).

Cette demande de biens et services médicaux, en expansion continue, a pour l'essentiel été financée au travers de mécanismes collectifs de prélèvements obligatoires, fondés selon les pays sur l'impôt ou sur des cotisations sociales pour les différentes catégories socioprofessionnelles. Aujourd'hui, à l'exception des États-Unis où les assurances publiques Medicare[2] (pour les personnes âgées de 65 ans et plus) et Medicaid (pour les personnes démunies) représentent un peu moins de la moitié des dépenses ; la part des financements

[1] *M. F. Drummond, B. J. O'brien, G. L. Stoddart & G. W. Torrance, Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé, Economica, Paris, 1997*

[2] *K. H. Arrow, « Uncertainty and the welfare economics of medical care », in American Economic Review, vol. 53, 1963*

« publics » dans le total des dépenses de santé dépasse les 50 % dans tous les autres pays de l'O.C.D.E., et même 70 % dans l'union européenne (sauf au Danemark et au Portugal).

Dans un contexte international marqué par des préoccupations croissantes devant la hausse régulière des prélèvements obligatoires et du déficit des finances publiques, la combinaison des deux phénomènes précédents a conduit, depuis le milieu des années 1970, tous les gouvernements des pays développés et moins développés à faire de la « maîtrise des dépenses de santé » un objectif prioritaire. Ces politiques de maîtrise ont commencé à porter leurs fruits à partir du milieu des années 1990, qui ont vu une stabilisation relative de la croissance des dépenses de santé dans la plupart des pays de l'O.C.D.E.

En s'appuyant techniquement sur la mise en place de comptes satellites dans les systèmes de comptabilités nationales (comptes nationaux de la santé) qui synthétisent l'ensemble des données statistiques relatives à la consommation de soins et à son financement, une première contribution empirique de l'économie de la santé a été d'identifier les principaux facteurs responsables de la croissance de ces dépenses.

3-2-1-3- Les facteurs responsables de la croissance des dépenses de santé.

Contrairement à une idée reçue, le vieillissement démographique de la population n'a eu jusqu'à présent qu'un impact limité. Ce sont plutôt, d'une part, la hausse générale du **niveau** de **vie** et des **revenus** et, d'autre part, le **progrès technique** médical qui constituent les déterminants essentiels.

Bien que les estimations varient sensiblement selon les études, l'élasticité-revenu, c'est-à-dire la variation en pourcentage de la dépense de santé consécutive à une hausse de 1 % du revenu réel, est toujours supérieure à l'unité, ce qui est caractéristique des biens dits « de luxe » : une hausse de 1 % du revenu se traduira par une hausse de plus de 1 % des dépenses de santé, lesquelles augmentent donc proportionnellement plus que le revenu.

Quant au progrès biomédical, les études lui attribuent une part qui va du tiers à la moitié de la hausse des dépenses. En effet, peu d'innovations ont le même effet que le développement de l'antibiothérapie dans les années 1950, qui a à la fois révolutionné la prise en charge des maladies infectieuses, introduite, dans un bref laps de temps, une rupture radicale dans l'histoire de la médecine, et permis une diminution des coûts.

Il en va différemment pour la grande majorité des actuels progrès diagnostiques et thérapeutiques, qui obéissent plutôt à une loi des rendements décroissants[1]. Cette loi caractérise les situations où une augmentation de l'utilisation de l'un des facteurs de production, l'autre restant constant dans une proportion donnée, se traduit par un accroissement du produit dans une proportion moindre.

Ces rendements décroissants ont pour conséquence inévitable l'augmentation à long terme du coût moyen. C'est le cas lorsqu'on applique un même test de dépistage, si performant soit-il, à des populations chez lesquelles la pathologie à diagnostiquer est rare, et où il faut dépenser des ressources croissantes pour trouver un cas supplémentaire.

En rattachant sur cette augmentation des ressources, le tableau n°08 indiqué ci-dessous présente les ressources monétaires de fonctionnement pour la direction régionale de service de santé Atsinanana.

Tableau N° 8 : ***Fonctionnement en 2009***

Direction	Service	FS à Préciser	Crédit Ouvert	Crédit Modifié	Crédit Engagé	Taux d'engage-ment
DRSAS A/tsina	SDSAS T/na I	BSD	46 618 000,00	43 568 000,00 Après blocage de 30% 32 632 600,00	32 626 849,20	99,98%
DRSAS A/tsina	SDSAS T/na I	CSB	71 500 000,00	65 535 000,00	47 312 587,40	94,53%

Source : DRSAS Atsinanana (2009)

Les crédits budgétaires sont des ressources dont sont dotées les directions pour couvrir les dépenses prévues par leur budget. Parfois, les crédits ouverts font l'objet d'une modification en cas de circonstances éventuelles appelées : crédit modifié en cas de lancement ou de freinage de l'activité quotidienne exigeant plus ou moins de ressources financières pour avoir ou non d'une unité supplémentaire.

Autre remarque, l'allocation des ressources financières au service d'activité ou du programme justifie presque la totalité du crédit ouvert ; ce qui montre l'atteinte de certains défis de la politique économique en matière de santé en prenant l'exemple du district de Toamasina I : la réussite urbaine et de Nosy boraha vers l'élimination de la maladie.

[1] *appelée également loi des rendements factoriels décroissants.*

Donc, il faut éviter le gaspillage en matière de budget de santé, la corruption, le contrôle budgétaire systématique doit être mis en œuvre.

Côté partenariat, dans le domaine financier, un service à la recherche de moyen de financement extérieur tente de convaincre les bailleurs étrangers de sa bonne réputation, et par l'allocation effective des ressources comme l'indique le tableau ci-après.

Tableau N° 9 **: *Partenaires financiers***

Source de financement	Montant alloué (ar)	Montant décaissé (ar)	Taux de décaissement	Observation
Association BORA Toamasina	110 400	110 400	100%	Financement du programme FL
GLOBAL Fund 7ème Round	3 472 600	3472 600	100%	Programme Paludisme (supervision)
Handicap International	1 670 000	1 670 000	100%	Appui du financement de la DMM contre la FL
RCC4	21 122 000	20 975 500	99,30%	Campagne de Distribution de MID
OMS	1 036 460	1 036 460	100%	Surveillance de PFA dont l'utilisation dépend les cas détectés
PDSSP	10 857 618,10	10 857 618,10	100%	Appui au fonctionnement des CSB et BSD et financement de la SSME octobre 2008
PROGRAMME Tuberculose	160 800	160 800	100%	Programme tuberculose
UNFPA	1 036 460	1 036 460	100%	Financement de la SSME Avril
UNICEF	14 295 190	14 295 190	100%	Financement de la SSME

Source : DRSP Atsinanana 2009

Le montant alloué a été tout décaissé avec un taux de décaissement 100% en général dont le seul objectif ne vise que la bonne conduite et la réussite du programme.

Chapitre 3 : *ANALYSE DES STRUCTURES D'INFORMATION ET DE FORMATION*

Le patient d'aujourd'hui est plus informé, non seulement parce que son niveau d'instruction moyen s'est élevé, mais aussi parce que la formation médicale s'est largement diffusée dans les médias à destination du grand public. Chaque patient revendique alors le droit aux soins les plus performants et, en même temps, il accepte de moins en moins les échecs. De patient, il est devenu client consommateur ou simple « usager » selon certains.

Section 1 : *INFORMATIONS A CARACTERE STRATEGIQUE*

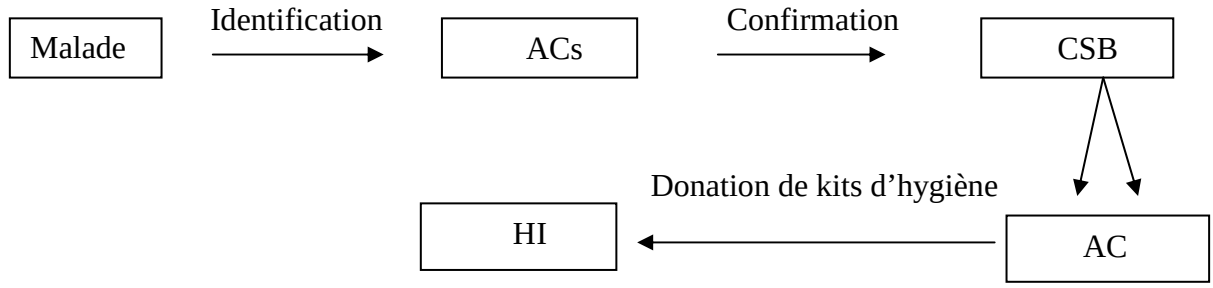
Une brochure d'informations reprenant les suggestions ci-dessous diminue les risques de mécontentement après l'intervention. Il faut obtenir du patient un consentement éclairé après l'avoir informé des avantages, des résultats escomptés et des effets secondaires éventuels de l'intervention.

1-1 – Politique d'information des personnes atteintes ou susceptibles d'être atteintes

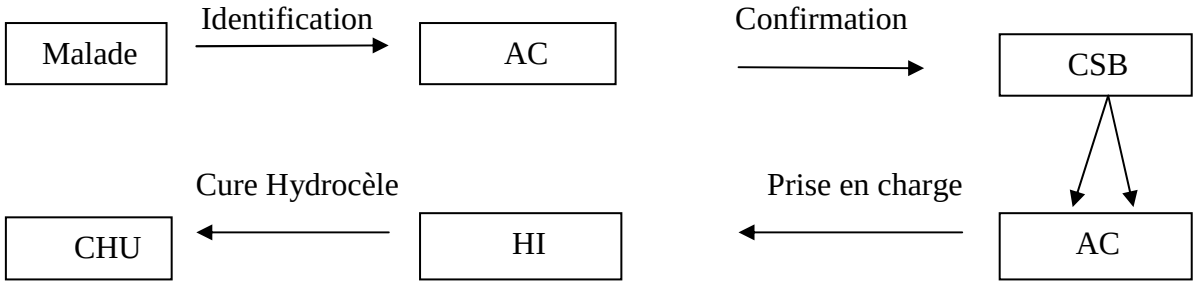
Le patient doit savoir que :

- Il souffre d'une pathologie que l'on peut soigner au moyen d'un exercice pratique, mesure de préférence pour le cas du lymphoedème ou d'une intervention simple qui présente très peu d'effets secondaires et ceux-ci sont mineurs (cas d'hydrocèle). Il faudra néanmoins qu'il se repose pendant 10 à 14 jours avant de reprendre le travail.
- Il doit informer le médecin ou le chirurgien de son état de santé (fréquence de l'accès aigu) et des maladies dont il souffre éventuellement : diabète, hypertension, troubles hémorragiques, drépanocytose, traitements actuels, séropositivité pour le VIH si elle est connue. Si le patient présente l'un quelconque de ces états, il doit être adressé ou référé à un hôpital de référence.
- Il est possible qu'un œdème se forme après l'intervention ; il pourra persister pendant quelques semaines avant que le scrotum ne retrouve une taille normale.
- la prise de médicament ne présente que peu d'effets secondaires.

Pour le cas de **lymphoedème**, le circuit de référencement se présente comme ci-après :



Pour l'hydrocèle



Tous les patients doivent suivre ce circuit sinon, il ne sera pas pris en charge par l'handicap international ; auquel cas ils seront obligés de se soigner par leurs propres moyens. Comme le lymphoedème ne peut être opéré comme l'hydrocèle, des éducations sanitaires à titre d'information pour les malades ont été établies ; c'est ce qu'on appelle le « lymphoedème management ».

En économie de santé, les préférences sont mesurées sur la succession des états de santé par panier des individus pris dans leur ensemble. Dans ce cas là, on parle de choix informé : la disposition du rôle de l'information est plus importante. Cette technique « lymphoedème management » est basée sur l'hygiène surtout le lavage du pied, port de chaussures comme il faut, l'exercice du point du pied, la surévaluation qui permet au malade à se livrer plus aisément aux activités quotidiennes génératrices de revenu.

1-2- Politique de communication

1-2-1- L'objectif de communication

1-2-1-1 - Amener les cibles potentielles (cibles primaires) à **:**

- Avoir accès à l'information,
- Reconnaître les avantages de la lutte contre la maladie FL.

- Adopter les recommandations sanitaires par des mesures simples et un comportement responsable vis-à-vis de leur santé.
- Promotion de la lutte contre la FL.

1-2-1-2- Amener les personnes influentes (cibles secondaires) à :

- Avoir accès à l'information.
- Reconnaître les avantages et l'importance de la lutte pour les cibles potentielles et la communauté.
- Accepter les pratiques ou les recommandations sanitaires par les cibles potentielles pour le bien être de la famille.
- Instaurer un cadre favorable à la promotion de la lutte au niveau de la communauté.
- Participer aux activités de promotion de l'éradication de la maladie FL.

1-2-2- Groupes cibles

Les cibles potentielles sont les adolescents et jeunes à l'adoption de lymphoedème management, les groupes vulnérables plus particulièrement les démunis des zones rurales et enclavées.

Pour les cibles secondaires : ce sont les personnels de santé du secteur public et privé influençant les cibles potentielles à l'adoption de lymphoedème management et de la chirurgie, leaders religieux, leaders d'opinion traditionnels, notables, éducateurs/animateurs pairs, matrones/tradipraticiens, ONG, associations, autres secteurs, enseignants, journalistes et animateurs radio, utilisateurs réguliers.

Les décideurs peuvent être des élus, opérateurs économiques, directeurs d'entreprises, partenaires financiers et personnes influentes qui contribuent à la réussite du programme.

En ce qui concerne la sensibilisation, on a effectué des séances de sensibilisation qui peuvent revêtir plusieurs formes telle que :

- sensibilisation de masse (communautaire)
- sensibilisation à domicile
- sensibilisation focus groupe

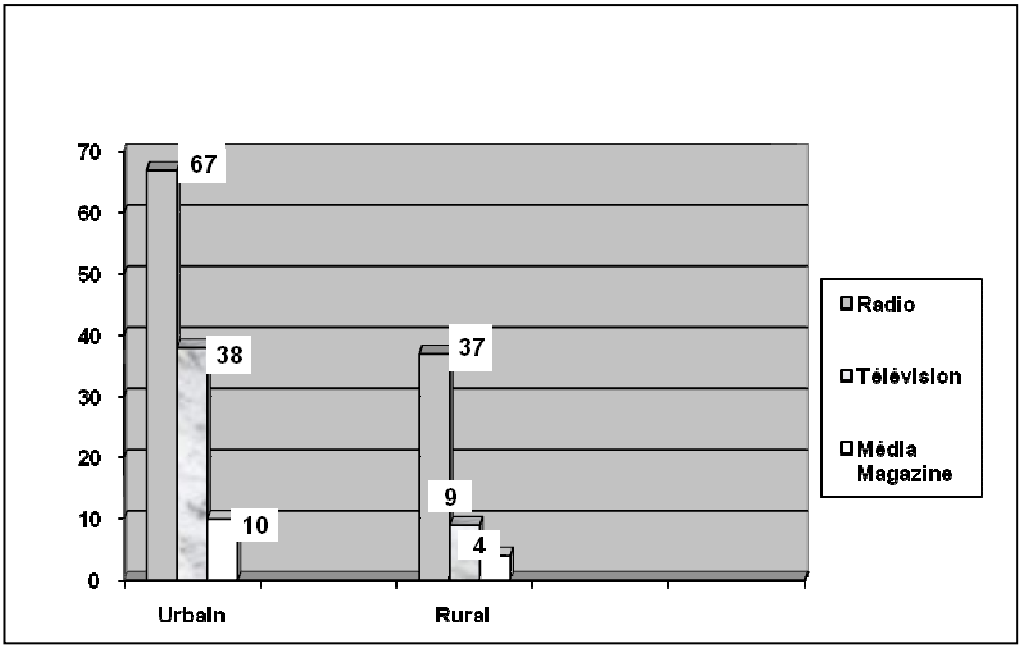
1-3- La limite d'accès des cibles au media et aux informations sur la FL

Les connaissances et les convictions de la population sur la FL ne leur permettent pas parfois de surmonter les rumeurs et les fausses croyances.

En effet :

- l'accès aux informations est conditionné par le lieu de résidence et les ressources financières. Suivant l'EDS 2003, quel que soit le type de média, le niveau d'accès est supérieur pour la population urbaine par rapport à celui de la population rurale.
- les activités de sensibilisation ciblant les groupes spécifiques sont insuffisantes.
- l'inadéquation des messages, des supports et des canaux de communication est une des sources des idées erronées et des rumeurs concernant la maladie FL.

Graphe n° 5 *: **Exposition aux habitants aux messages de FL suivant le type de média et le lieu de résidence.***



Source : enquête démographique et de santé (2008)

La santé est un facteur exogène puisque l'information par poster, à la radio présente une influence de plus en plus importante permettant aux individus malades ou non malades de consulter un centre de santé de soins primaires. Il en est de même pour les cultures, modes de vie en ce sens que ceux-ci influencent la vie en société.

La question de l'information médicale a pris une importance considérable. Son étude a longtemps été confinée à celle du secret médical. Désormais, celui-ci n'est que l'un des

éléments certes importants de son statut. L'accent est d'abord mis, par le juge et par la loi, sur l'information due au patient (malade de FL). En outre, l'utilisation de l'information médicale à des fins diverses fait l'objet d'une législation foisonnante.

Section 2 **: *INFORMATIONS MEDICALES ACTIVES-TRANSPARENTES***

Il faut que l'information médicale dont dispose le médecin, dotant de pouvoir discrétionnaire, soit active et transparent. La détection des informations par le médecin vise à garantir la coïncidence de l'intérêt collectif et l'intérêt individuel. On doit informer les différents membres de la communauté bénéficiaire du programme qui assure la distribution sur une grande échelle de deux médicaments permettant de prévenir la transmission de la FL. Il est probable que la majeure partie de la communauté aura été déjà touchée par cette distribution de médicament.

Les visites à domicile vont concerner les problèmes des malades de la FL qui sont déjà touchés par les conséquences de la maladie (gonflement des membres et des seins et hydrocèle) que les médicaments ne peuvent pas guérir.

2-1- Les incidences contractuelles des asymétries d'information

Une des raisons, la plus importante pour les économistes de la santé, d'échec du marché tient aux imperfections de l'information dont le consommateur dispose sur sa santé ; celles-ci le conduisent à « déléguer sa souveraineté » à un expert, en l'occurrence un médecin ou un autre professionnel de santé. La théorie de l'agence est classiquement appliquée en économie et définie comme une analyse des relations dans lesquelles un individu (qualifié de « principal ») délègue son pouvoir de choix à un second (qui devient son « agent »). Le service acheté par le principal peut être soit une information sur le choix à effectuer (services juridiques par exemple), soit une consommation intermédiaire visant un résultat qui nécessitera que l'agent lui consacre une partie de son temps de travail (gestion de portefeuille par exemple).

Dans diverses situations de ce type, la théorie de l'agence a contribué à définir les « contrats optimaux » de marché qui peuvent garantir simultanément une juste rémunération de l'agent et la poursuite des intérêts du principal qu'il est censé représenter. Dans certains cas, la solution optimale peut relever de mécanismes fondés sur la concurrence par réputation : le fait de courir le risque de perdre leur clientèle en cas de détérioration de leur réputation incite

les entreprises à maintenir des services de qualité. L'importance accordée au respect universel de l'éthique hippocratique et à des règles strictes de déontologie professionnelle dans la pratique médicale revient à donner des garanties au patient sur le comportement du professionnel de santé et contribue à assurer la réputation de l'ensemble de la profession.

Ces garanties paraissent néanmoins insuffisantes pour éviter tout risque que le praticien puisse, même inconsciemment, mettre à profit le surcroît d'information dont il dispose pour prescrire des soins, non dans l'intérêt du patient, mais dans le but de maximiser son propre revenu (ou celui de son groupe professionnel).

Depuis le milieu des années 1970, certains économistes[1] de la santé ont insisté sur la nécessité de se prémunir contre un tel « effet d'induction de la demande par l'offre » ; ils ont dès lors inspiré des politiques de maîtrise des dépenses de santé fondées avant tout sur le contrôle de l'offre sanitaire (numerus clausus des études médicales, indices de besoins pour la planification des équipements médicaux coûteux, contrôle et négociations des prix en fonction des volumes avec les firmes pharmaceutiques, etc.).

Un effet d'induction de la demande de soins par les professionnels a effectivement été mis en lumière dans plusieurs cas concrets. Il a, par exemple, été montré, aux États-Unis[2], comment les gynécologues obstétriciens ont pu compenser leurs pertes potentielles de revenu, du fait du déclin du taux de natalité, par une augmentation du nombre d'accouchements avec césarienne, dont le tarif de remboursement est logiquement plus élevé que celui d'un accouchement normal : les variations interrégionales du taux de césarienne s'avèrent inversement corrélées, sur le plan statistique, avec celles du taux de natalité. L'évidence empirique à l'appui de l'induction de la demande par l'offre demeure cependant plus limitée que ce à quoi on pouvait s'attendre si cette hypothèse correspondait à un comportement véritablement généralisé.

2-2- Stockage et utilisation de l'information médicale

L'information médicale est conservée et utilisée à des fins diverses, ce qui font d'elle, non seulement un facteur indispensable de suivi du malade FL, mais aussi la véritable

[1] *M. F. Drummond, B. J. O'brien, G. L. Stoddart & G. W. Torrance, Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé, Economica, Paris, 1997*

[2] *idem*

« matière première » de la politique de santé, de la politique sociale, de la recherche scientifique……

Parfois orientés dans l'intérêt du malade, ces usages peuvent tendre à son contrôle ou viser l'intérêt général de la santé publique. Il revient donc au législateur de concilier ces tendances contradictoires et de les entourer des garanties nécessaires.

2-2-1- Le « stockage » de l'information médicale

Tous les établissements de santé doivent constituer pour chaque patient un dossier médical, dont le contenu est précisé par les articles R.1112-2 et S. du code de la santé publique. Les médecins de la ville doivent tenir pour chaque patient une fiche d'observation.

Le système d'organisation de santé publique procède au classement des données de santé à caractère personnel. Le patient et avec son accord les professionnels et établissements de santé peuvent les déposer auprès de personnes physique ou morale agrées et contrôlées par l'administration et soumises au secret professionnel.

Le traitement des données doit respecter les dispositions de la loi dite « informatique et liberté ». Seuls peuvent accéder à ces données le patient et les professionnels et établissements de santé qui le prennent en charge et qui le désignent. Les données à caractère professionnel ne peuvent être utilisées à d'autres fins ; elles ne peuvent aussi être transmises à d'autres personnes désignées par le contrat d'hébergement.

Tout bénéficiaire de l'assurance maladie par le biais de l'assurance mutuelle de plus de 16 ans surtout dans la communauté reçoit gratuitement un **carnet de santé.** Il est tenu de le présenter au médecin, lequel doit y porter ses constatations pertinentes pour les suivis médicaux du patient (sauf opposition de ce dernier).

Les informations médicales nécessaires aux interventions urgentes lors de la crise de l'accès aigu et les éléments permettant la continuité et la coordination des soins devraient être portées sur le volet de santé.

2-2-2- L'utilisation de l'information médicale pour les politiques sanitaire et sociale.

Les médecins et les responsables des services publics et privés sont tenus de transmettre à l'autorité sanitaire des données individuelles (mais en protégeant l'anonymat) concernant les maladies qui nécessitent une intervention urgente ou dont la surveillance est nécessaire à la politique de santé publique.

Le secret médical n'est pas opposable au service du contrôle médical des caisses de sécurité sociale (c'est même pour les besoins qu'a été inventée la théorie précitée du secret partagé). Les médecins membres de l'IGAS, les médecins inspecteurs de la santé et les médecins conseillers de la sécurité sociale ont accès aux informations médicales détenues par les établissements de santé.

Depuis la loi du 4 Janvier 1993, l'article L.102-29, CSS impose aux praticiens de transmettre aux caisses « le numéro de code des actes effectués, des prestations servies aux assurés sociaux et des pathologies diagnostiquées ». Malgré les précautions que prend le texte pour assurer la confidentialité des données nominatives concernées (car il s'agit pour l'heure de contrôler les médecins, non les malades), cette innovation en précède peut-être d'autres, qui seraient inquiétantes.

Section 3 **: *ROLE DE FORMATION (IDENTIFICATION, SELECTION ET FORMATION DES ACTEURS SANITAIRES)***

Au niveau de la formation, les coordonnateurs gouvernementaux ou nationaux devront identifier ou recruter des formateurs ou des instructeurs pour former les agents communautaires (AC) de niveau II et de donner le maximum de formation pour les chirurgiens pour l'opération de l'hydrocèle. Leur profil a été finalisé : il doit être lettré, scientifique et bon comportement pour le cas de lymphoedème et des chirurgiens qualifiés ayant l'expérience des chirurgies de l'hydrocèle dans les régions d'endémie ; il peut également s'agir de chirurgiens chargés de cours dans des instituts de formation mais qui continuent à pratiquer ce type de chirurgie. Des ateliers seront organisés pour entraîner les instructeurs retenus. Ces ateliers couvriront les thèmes suivants : i) protocole chirurgical pour des médecins travaillant dans des établissements de niveau II ; ii) compétences des AC et des chirurgiens de niveau III (aptitude à prendre en charge des œdèmes du scrotum adressés par le

niveau II) ; iii) prise en charge des complications pouvant survenir après les interventions pratiquées dans des établissements de niveau II ; iv) contrôle et évaluation du travail des médecins au niveau II**.**

Ces instructeurs s'occupent ensuite des médecins ou des chirurgiens des établissements de niveau II désignés par les systèmes de santé nationaux ou locaux. La formation qui leur est donnée doit porter sur le diagnostic, le bilan préopératoire, tous les aspects du protocole chirurgical, les soins postopératoires et le suivi.

Le programme sanitaire et le projet HI ont facilité la prise en charge de traitement de 653 cas d'hydrocèle soit 68,5% des 953 diagnostiques réalisés par les chefs CSB. D'après les médecins chefs des hôpitaux et les médecins inspecteurs des districts de Tamatave I, II et de Mahanoro, le programme sanitaire a facilité l'accès aux soins de la population de la zone d'intervention. À titre d'exemple, avant le début du projet, l'hôpital de Vatomandry effectuait en moyenne 40 à 45 hydrocèlectomies par année contre 221 réalisées en 2009 grâce au support du programme et du projet HI.

Les équipes chirurgicales de Vatomandry et de Tamatave suivent le même protocole chirurgical (résection de la vaginale), protocole préconisé par l'OMS, mais appliquent de manières différentes le protocole d'anesthésie locale.

Bien que les deux équipes, après la première formation en 2008, aient été formées pour effectuer l'anesthésie locale par infiltration du scrotum[1], en 2009 un nouveau professeur est arrivé au CHU de Tamatave et a commencé à introduire la technique par blocage du cordon spermatique.

Les deux chefs chirurgiens se rejoignent quant à l'efficacité de la technique de la résection de la vaginale mais pas sur l'efficacité du protocole anesthétique comme l'atteste le tableau n°10 ci-après.

[1] *L'avantage de cette technique c'est le faible coût, par contre le désavantage c'est qu'il nécessite une prise en considération pour la réalisation de l'opération sinon le patient sent de la douleur*

Tableau N° 10 **: *Avis sur le protocole anesthétique en locale***

Les avis sur le protocole anesthétique en locale	
L'équipe du CHU Toamasina par blocage du cordon spermatique.	L'équipe du CHD de Vatomandry par infiltration du scrotum
• Pas de douleur pour le patient • Possibilité d'enlever complètement la vaginale • Simple à pratiquer • Possibilité de réduire le scrotum (résection du scrotum) car le scrotum c'est la peau.	• Les malades se plaignent de douleur pendant et après l'opération • Parfois il n'est pas possible d'enlever totalement la vaginale à cause de la douleur ressentie par le patient pendant l'opération avec le risque conséquente de rechute.

Source : Équipes chirurgicales de Vatomandry et Toamasina, décembre 2009

Le médecin chef de Vatomandry propose de revenir à un protocole anesthétique sous rachis afin de : réduire la douleur des patients, effectuer la résection complète de la vaginale, et si nécessaire procéder à la résection du scrotum. Mais les avis des deux équipes sont aussi différents par rapport au fait que lors des rencontres dans les villages des malades qui se plaignent, après opération, le scrotum reste encore volumineux. (cf.tableau n°11 ci-après).

Tableau N° 11 **: *Insatisfaction des malades opérés***

Les avis sur l'insatisfaction des malades opérés	
L'équipe du CHU Toamasina	L'équipe du CHD de Vatomandry
• pour la majorité des patients l'insatisfaction est présente dans les premiers trois mois suivants l'opération quand la peau du scrotum est encore rigide. À partir du 4eme mois la peau s'assouplit et à partir du 5 /6eme mois le scrotum commence à se dégonfler • cette situation est différente pour les malades présentant une pachyvaginalite. Dans ce cas le scrotum va rester grand et la seule solution est la réduction du scrotum (résection du scrotum) même remarque que précédemment	• La solution à cette situation est la résection du scrotum qui n'est pas possible sous anesthésie locale.

Source : Équipes chirurgicales de Vatomandry et Toamasina, décembre 2009

Les messages d'information, éducation et communication (IEC) sont destinés aux

communautés et aux patients. Il faut mettre au point des messages adaptés, en collaboration avec des spécialistes de la communication.

Toutefois il existe un consensus général sur le rôle principal de chaque acteur, visible à l'examen du tableau n°12 ci-après.

Tableau N° 12 : ***Rôle principal de chaque acteur***

Acteur	Description du rôle
HI (chef de projet) – SSD -DRS	• Coordination du programme et du projet
Animateurs HI	• Encadrement et accompagnement des AC • Collecte de données • Interface entre AC – Commune - CSB • Formation des AC
Commune	• Convocation des AC lors des réunions mensuelles • Résolution des problèmes au niveau des villages • Sensibilisation de la population à la prévention (DMM) et prise en charge des séquelles
CSB	• Confirmation des cas identifiés par les AC • Formation des AC • Suivi technique des AC • Stockage et distribution des kits washing destinés aux malades FL • Suivi post opératoire des malades opérés • Référencement des malades • Collecte des données des AC
AC	• Recensement des cas suspects • Sensibilisation • Accompagnement des malades à la PEC du lymphoedème • Accompagnement des malades à la préparation aux opérations (éducation sanitaire, counselling) • Référencement des malades vers les CSB • Collecte de données
Notables	• Épauler les AC lors des séances de sensibilisation • Appuyer les AC dans l'accompagnement des malades
Malades	• Se prendre en charge • Témoigner pour sensibiliser aux opérations hydrocèle
Famille des malades	• Soutenir les malades lors des épisodes aigues

Source : Handicap international décembre 2009

La présentation du programme d'élimination de la FL nous a permis de constater que cette maladie est une ménace pour l'être humain non seulement du point de vue sanitaire mais aussi économique et social ; alors l'intervention de l'Etat à mettre en œuvre le programme de

la DMM comme un moyen de prévention est prise pour apprécier la participation de la population à la prise de médicaments tandisque la MID est déjà largement utilisée.

Au niveau du domaine de l'information, les statistiques et la formation constituent un instrument puissant pour forger une culture de responsabilité et savoir les droits de l'homme. Après avoir présenté le programme d'élimination de la FL, nous allons entamer l'analyse économique du programme.

DEUXIEME PARTIE :

ANALYSE ECONOMIQUE DU PROGRAMME

Chapitre 1 : *ANALYSE COUT-SANTE DU PROGRAMME*

L'analyse coût du programme sanitaire s'avère nécessaire pour qu'une maîtrise médicalisée de dépenses soit réalisée. En effet, si le mécanisme de maîtrise de dépenses existe, le résultat trouvé d'un investissement en rapportant des ressources en termes de coût est économiquement justifié**.**

Section 1 : *STRUCTURES DE SANTE EXISTANTES*

1-1- Classification des établissements de soins

Pour la prise en charge de lymphoedème et surtout de l'hydrocèle, les établissements de soins sont classés en trois niveaux.

Le **niveau I** correspond au niveau local, dans les communautés (ce sont les CSB 1 et 2), où les patients présentant des lymphoedèmes et des œdèmes du scrotum sont dépistés. C'est l'agent de santé ou le patient lui-même qui décèle ces deux maladies. Une fois le cas identifié, il est transféré ou signalé à un établissement de niveau II. Pour le district de Toamasina, il existe cinq CSB publics : CSB II Ankirihiry, CSB II Ambohijafy, CSMI Tanambao, CSB II DU Tanambao, CSB II Dépôt Analakininina.

Le **niveau II** correspond à celui où sont pratiquées les interventions chirurgicales sur les cas simples d'hydrocèles. Il correspond également au CHD II représenté par le district de Vatomandy. En fonction du pays, il peut s'agir d'un centre de santé ou d'une clinique rurale ou de quartier. L'établissement doit disposer d'une salle dans laquelle peuvent être pratiquées des interventions mineures sous anesthésie locale. Il doit être équipé avec le matériel de base pour la réanimation et avoir une structure permettant de garder les malades de 24 à 48 heures ; le cas échéant, un médecin généraliste, entraîné à réaliser des interventions sur des cas simples d'hydrocèle, doit être disponible.

Le **niveau III** équivaut à l'hôpital de district (Centre Hospitalier Universitaire : CHU). On y transfère les patients présentant des problèmes plus graves ou des cas compliqués d'hydrocèle. Le district de Toamasina n'en dispose qu'un centre d'établissement de référence.

Suivant le rapport d'activités trimestriel, juillet-août-septembre 2010, l'effectif du personnel qui contribue au bon fonctionnement du système sanitaire évalué en terme d'**offre** de **soins** ayant la qualité sanitaire est représenté par le tableau ci-dessous qui décrit les éléments caractéristiques du personnel de santé.

Tableau N° 13 **:** ***Les différents intervenants et responsables sanitaires***

Corps	Catégories	Nombre
Médecin D.E	IX	01
Médecin D.E	VIII	15
Chirurgien dentiste	IX	01
Chirurgien dentiste	VIII	01
Chirurgien dentiste	VII	03
Réalisateur Adjoint (sage femme D.E)	V	17
Réalisateur Adjoint (Infirmière D.E)	V	03
Sage femme D.E	III	14
Infirmier (ères) D.E	III	06
Infirmier (ères) A.M	I	01
Aide sanitaire	I	02
Econome des hôpitaux	III	01
Réalisateur Adjoint contractuelle	V	01
Technicien supérieur contractuelle	IV	01
Assistance d'administration	I	01
Employées d'administration	I	02
Employé (es) de service	I	14
Employée de longue Durée (ELD 4)	I	04
TOTAL		88

Source: SDSP Toamasina (2009)

Ces personnels dynamiques, très investis présentant tous les niveaux hiérarchiques des secteurs d'activité et des institutions font la grandeur du système sanitaire.

Concernant les structures de formation sanitaire, le district de Toamasina dispose cinq CSB publics à savoir : CSB II Ankirihiry, CSB II Ambohijafy, CSMI Tanambao, CSB II DU Tanambao, CSB II Dépôt Analakininina et un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ou

hospitalier de référence (CHR). Ces structures sanitaires font l'objet de recours pour le traitement de toutes sortes de problèmes d'ordre pathologique causés par certaines maladies et font appel aussi aux malades en cas d'urgence (cf. tableau n°14 ci-après). Chaque type de formation se différencie les uns des autres par le nombre et la spécificité des personnels qui y contribuent.

Tableau N° 14 **: *Les différentes sortes de formation sanitaires de Toamasina I***

	Type de formation sanitaire	Médecin	Dentiste	Para	Aide sanitaires	Pers. Admis.	Pers. Appui
SDSP Toamasina I	B.S.D	05	00	06	00	06	06
	CSBII D.U Tanambao	06	03	05	02	00	05
	C.S.M.I Tanambao	02	00	08	00	00	02
	CSBII Dépôt	01	00	05	00	00	01
	CSBII Ambohijafy	01	00	06	00	00	01
	CSBII Ankirihiry	02	02	11	00	00	03

Source: SDSP Toamasina (2009)

1-2- Approche théorique de la limite du contrôle malthusien de l'offre de soins de sante[1].

Depuis les années 1980, les travaux[2] d'économie de la santé inspirés de la théorie de l'agence ont, au contraire, révélé les limites des politiques de maîtrise des dépenses prioritairement fondées, comme en France, sur l'hypothèse d'induction de la demande et sur le contrôle malthusien de l'offre qu'elle implique. Ces travaux attirent plutôt l'attention sur trois spécificités de la relation entre médecin et patient, qui tendent à rendre inopérantes les solutions classiquement proposées aux problèmes d'asymétrie d'information dans le cadre des marchés.

[1] *Encyclopaedia Universalis, 2010*

[2] *L.Rochaix, les apports de la théorie des contrats, in Economie & prévision, vol.129-130, 1997*

Tout d'abord, le fait que le médecin offre simultanément une information diagnostiquée et un traitement crée une double incertitude pour le patient (à la fois sur la qualité du traitement et sur sa nécessité même pour répondre à un besoin réel).

Ensuite, à la différence de la plupart des situations où le principal peut aisément inférer un jugement sur la qualité de l'action de son agent à partir de l'observation à posteriori du résultat obtenu, le patient aura du mal à établir une relation de causalité incontestable entre tel traitement et son résultat (succès ou échec), puisque pratiquement aucune intervention médicale ne garantit avec certitude la guérison ou la restauration de l'état de santé. C'est d'ailleurs pour cette raison que les médecins ne sont juridiquement jamais soumis à une obligation de résultats, mais seulement d'adéquation de moyens.

Enfin, l'existence d'un tiers-payant (l'organisme d'assurance) interfère dans la relation: c'est ce tiers qui définit les termes du «contrat» fixant la rémunération du médecin et qui, dans le contexte d'un système public d'assurance, sera censé représenter l'intérêt collectif. Le prescripteur se trouve ainsi conduit à pratiquer des arbitrages entre les objectifs et les contraintes de plusieurs relations d'agence (entre lui et son patient, entre lui et la tutelle, entre la tutelle et l'assuré).

Les résultats de ces arbitrages sont loin de pouvoir spontanément garantir l'efficience dans l'allocation des ressources, et la théorie de l'agence souligne que les professionnels de santé peuvent réagir aux incitations économiques et tarifaires auxquelles ils sont soumis par une gamme diversifiée de comportements (qui va bien au-delà de la seule attitude d'induction de la demande). Depuis quarante ans, la littérature d'économie de la santé a d'ailleurs attiré l'attention sur la spectaculaire hétérogénéité des pratiques médicales.

La fréquence par millier d'habitants des procédures chirurgicales les plus courantes ou des examens radiologiques dans les sept pays les plus développés varie du simple au triple, sans que de tels écarts puissent s'expliquer par les différences de démographie et de morbidité de leur population.

Une partie de ces variations de pratique s'explique effectivement, comme le suggère la théorie de l'agence, par des différences dans l'environnement économique, tarifaire et institutionnel des professionnels de santé.

À cela vient s'ajouter l'incertitude inhérente à de nombreuses interventions médicales: la variabilité sera d'autant plus grande qu'il n'existe pas de consensus scientifique ou clinique sur

les stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus appropriées dans une pathologie et que cette incertitude professionnelle renforce les différences de tradition, de mode ou d'école entre les opinions subjectives des praticiens.

S'il existe désormais un consensus entre les économistes de la santé pour souligner les limites des politiques de maîtrise des dépenses reposant exclusivement sur le contrôle quantitatif de l'offre de soins, de multiples discussions persistent encore quant aux politiques alternatives ou complémentaires à mettre en œuvre.

Section 2 **: *ELASTICITE DEMANDE-SANTE***

En terme économique, bien que les estimations varient sensiblement selon les études, l'élasticité-demande santé (élasticité-revenu), c'est-à-dire la variation en pourcentage de la dépense de santé consécutive à une hausse de 1 % du revenu réel, est toujours supérieure à l'**unité**, ce qui est caractéristique des biens dits « de luxe » : une hausse de 1 % du revenu se traduira par une hausse de plus de 1 % des dépenses de santé, lesquelles augmentent donc proportionnellement plus que le revenu.

En terme médical, l'élasticité peut être déterminée d'un cas à un autre. Un patient qui a entendu parler d'une guérison possible et qui demande une intervention chirurgicale admettra plus facilement les résultats de celle-ci **(demande-santé plus élastique)** qu'un autre qui a été dépisté et que l'on a persuadé ensuite d'accepter l'opération **(demande-santé moins élastique)** pour le cas de l'hydrocèle. Donc, plus la guérison est plus élevée, plus la demande est élastique.

Les attentes sont bien plus élevées dans le second cas que dans le premier. Il en est de même pour le cas de lymphoedème où un malade qui a entendu dire d'une atténuation de la crise d'un accès aigu et qui commence à adopter les comportements recommandés par les programmes sanitaires et accepte de suivre les exercices pratiques, les conseils et toutes prescriptions médicales admettra plus facilement les résultats de celle-ci et l'évolution de l'état de santé en recevant la qualité de vie, la meilleur.

On ne doit donc envisager d'opérer le cas se présentant spontanément pour un diagnostic et un traitement dans un établissement de niveau II tant que l'opération de l'hydrocèle n'est pas encore populaire et généralement acceptée dans les collectivités.

D'autres facteurs déterminent l'élasticité de demande-santé à savoir : la question de l'accès des patients aux services de santé de chirurgie, notamment pour l'hydrocèle, a été étudiée. Les participants ont estimé qu'il était actuellement insuffisant dans la plupart des pays et que l'exérèse des hydrocèles ou du traitement de lymphoedème devait pouvoir être proposée dans les services les plus périphériques des systèmes de santé, qui sont les plus facilement accessibles et plus abordables dans les populations où l'affection est endémique.

Il faudra également prendre des mesures pour que cette chirurgie soit intégrée dans le système de soins ordinaire. Il faudra également développer le nombre de médecins pouvant la pratiquer et leur donner les ressources suffisantes (y compris la formation).

Voici quelques raisons, pour lesquelles les patients ont un accès difficile à cette forme de traitement, qui se répercutent à la demande-santé du patient :

- les malades FL ignorent que la guérison est possible
- Ils ont peur de la chirurgie et de ses conséquences.
- Il n'y a pas d'établissement où celui-ci est trop éloigné du domicile du patient.
- les coûts de l'intervention, de l'hospitalisation, du transport, et la perte de revenus pendant l'intervention et la convalescence.

Section 3 **: *ANALYSE COMPARATIVE DEPENSES ENGAGÉES-RESULTATS***

En économie de la santé, la comparaison du coût et résultat du programme de la santé s'avère nécessaire et doit être prise en considération pour atteindre l'objectif visé.

3-1- Coûts : les analyses coût/efficacité et coût/bénéfice des stratégies médicales et sanitaires[1]**.**

Dans les secteurs d'activité dont la régulation échappe pour partie au marché, le calcul économique formalisé, dont l'outil de référence est l'analyse coût-bénéfice, permet de comparer des usages alternatifs des ressources et d'identifier les stratégies qui maximisent le « surplus social net », c'est-à-dire la différence entre les coûts et les avantages totaux pour la collectivité. Les revues scientifiques d'économie de la santé, mais également les grandes revues biomédicales (Lancet, New England Journal of Médecine, etc.) publient un nombre sans cesse croissant d'évaluations qui utilisent différentes méthodes inspirées de l'analyse

[1] *Encyclopaedia Universalis, 2010*

cout-bénéfice pour comparer des stratégies préventives, diagnostiques ou thérapeutiques (prise en charge chirurgicale de l'hydrocèle et de lymphoedème), en mettant en relation les résultats sanitaires obtenus avec les ressources (monétaire ou non) consommées pour y parvenir.

Selon les cas, ces applications de calcul économique pourront pointer la persistance, voire la diffusion, dans le système de santé, des pratiques à l'efficacité discutable, promouvoir à l'inverse des innovations médicales favorisant des gains d'efficience, ou bien faire ressortir en quoi des mécanismes de gestion, dont certains de ceux mis en place au nom d'un objectif de maîtrise des dépenses, peuvent conforter des choix discutables sur les seuils d'investissement collectif en santé.

L'évidence empirique pour le district de Toamasina montre la différence des **coûts** et le **surplus social net** en terme de guérison pour la réalisation du programme DMM, MID et aussi au niveau du problème pathologie que les malades peuvent avoir et doivent supporter les coûts économiques de la maladie grâce à l'intervention chirurgicale. Pour le DMM 2009, le tableau ci-après donne une description du coût du programme

Tableau N° 15 **: *Coût du programme DMM et MID***

Bailleur principal	Montant alloué en Ariary	Montant décaissé en (ar)	Taux de décaissement	Observation
Handicap International	1 670 000	1 670 000	100%	Appui du financement de la DMM contre la FL pour Toamasina I
Handicap International	1 526 000	1 526 000	100%	Coûts pour la réalisation de la DMM contre la FL pour Toamasina II
Handicap International	1 824 000	1 824 000	100%	Dépenses engagés du DMM pour Vatomandry
RCC4	21 122 000	20 975 500	99,30%	Dépenses de la Campagne de distribution de MID

Source : SDSP Toamasina (2009)

L'égalité entre le taux du montant alloué et le taux du montant décaissé pour la réalisation du programme montre que le comportement du professionnel ou établissement de santé vise à donner des garanties au patient et contribue à assurer une bonne réputation de l'ensemble de la profession. En effet, l'établissement public sanitaire tient à maintenir des services de qualité pour ne pas perdre leur patient en cas de détérioration de leur réputation.

Dans le district de vatomandry et dans le cadre de l'amélioration de compétence au niveau de prise en charge, une formation de chefs CSB sur le PEC de séquelles de la FL avait été organisée moyennant des dépenses engagées visibles à la lecture du tableau n°16 ci-après.

Tableau N° 16 **: *Coût d'une formation***

District	Rubrique de charge	Montant
Vatomandry	Formation de chefs CSB	950 000 Ar

Source : SDSP Atsinanana, 2010

Les dépenses qui sont engagées à la suite d'une formation contribuent à assurer et maintenir les compétences requises qui devraient être présentes pour traiter chirurgicalement les manifestations de la FL.

Tableau N° 17 **: *Coûts économiques supportés directement par les malades et ses familles***

Rubriques de charges (Kit d'hygiène)	Coûts(Ar)
01Cuvette	10 000
01Seau	5 000
01gobelet	500
01barre de Savon Nosy	3 000
25 cm de tissu	500
Coût de l'opération de l'hydrocèle	15 000
Total	34 000

Source : Nos propres enquêtes auprès de malade (2009)

En réalité, ces coûts ne sont pas supportés par les malades à cause de leur revenu bien trop insuffisant d'où l'intervention de l'HI pour s'occuper de la distribution de Kit et facilitation des charges financières. D'autant plus que, tout malade recensé est supposé avoir passé une éducation sanitaire et avoir été doté d'un kit d'hygiène pour la prise en charge sinon, il ne sera pris en charge par l'HI.

Une facture proforma des établissements hospitaliers habilités à réaliser la cure d'hydrocèle a été établie pour faire une analyse du bilan auquel une comparaison coût-bénéfice absolu en terme de survie sans rechute de l'hydrocèle comme l'indique le tableau ci-après.

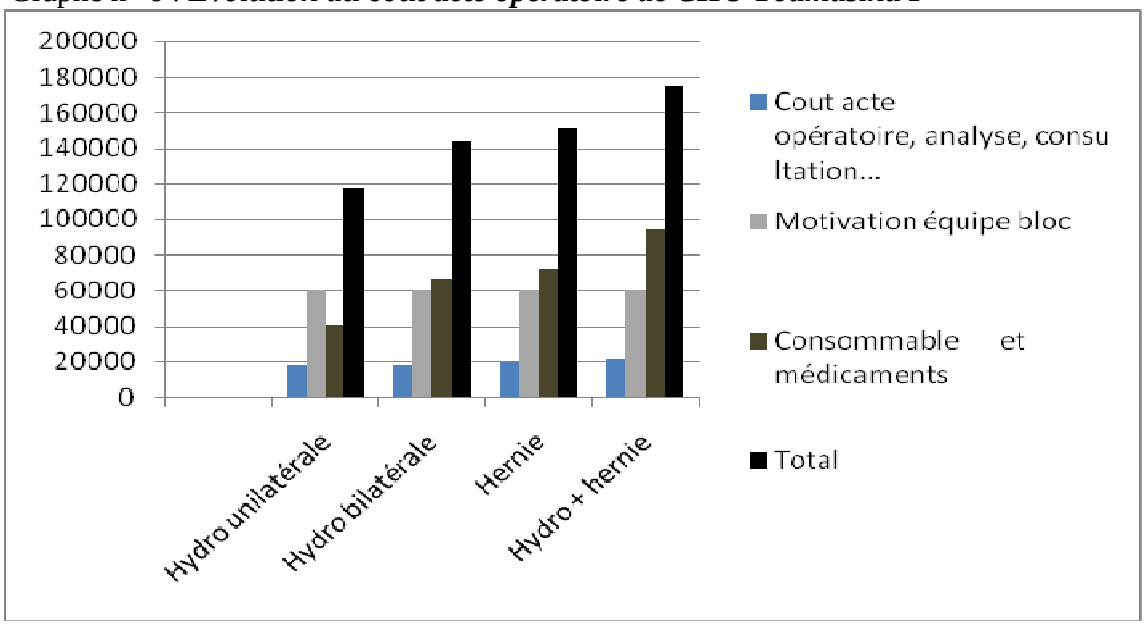
Tableau N° 18 **: *Tarif CHU Tamatave I***

Type d'intervention	Cout acte opératoire, analyse, consultation…	Motivation équipe bloc	Consommable et médicaments	Total (en ariary)
Hydro unilatérale	17 400	60 000	40506	117 906
Hydro bilatérale	17 400	60 000	66 135	143 535
Hernie	19 200	60 000	71 965	151 165
Hydro + hernie	21 000	60 000	94 000	175 000

Source : Equipe chirurgicale Toamasina (2009)

Les coûts de ces différentes manifestations urogénitales se différencient les uns des autres et correspondent effectivement aux coûts de traitement suivant les complications de diagnostiques de ces problèmes pathologies comme l'indique le graphe ci-dessous.

Graphe n° 6 : ***Evolution du cout acte opératoire de CHU Toamasina I***



Source : Nos propres calculs sur Excel

Le coût opératoire du type hydro+hernie est largement supérieur par rapport aux autres types d'interventions suite aux complications retrouvées. Pour le cas de CHD II Vatomandry, le tableau suivant montre les dépenses engagées.

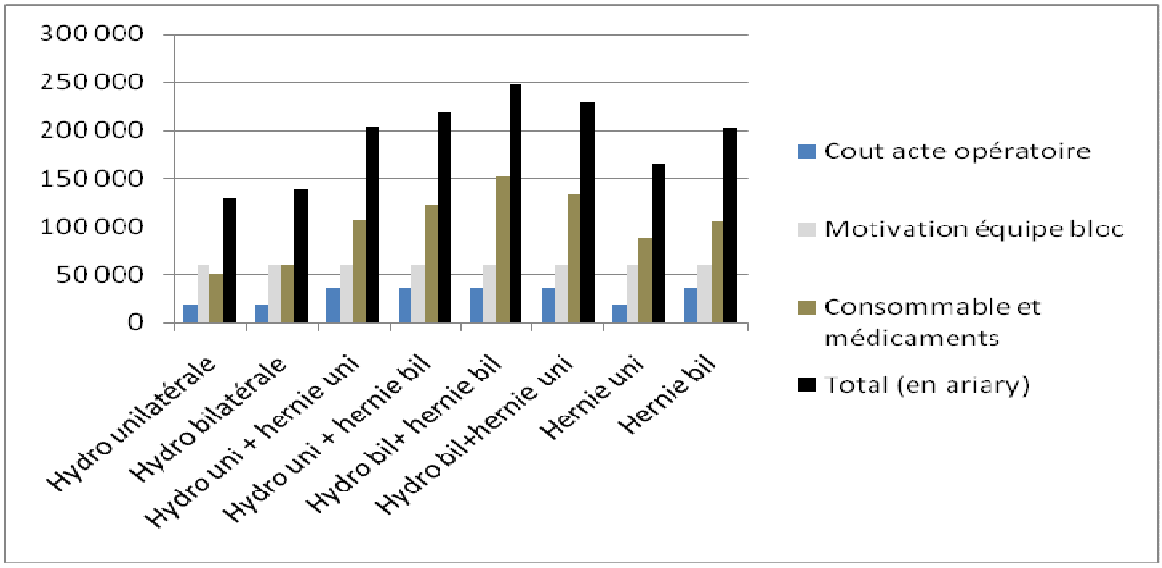
Tableau N° 19 **: *Tarif CHD II vatomandry***

Type d'intervention	Cout acte opératoire	Motivation équipe bloc	Consommable et médicaments	Total (en ariary)
Hydro unilatérale	18 000	60 000	50 394	128 394
Hydro bilatérale	18 000	60 000	60 828	138 828
Hydro uni + hernie uni	36 000	60 000	107 131	203 131
Hydro uni + hernie bil	36 000	60 000	121 981	217 981
Hydro bil+ hernie bil	36 000	60 000	151 293	247 293
Hydro bil+hernie uni	36 000	60 000	132 608	228 608
Hernie uni	18 000	60 000	87 004	165 004
Hernie bil	36 000	60 000	106 033	202 033

Source : Equipe chirurgicale Toamasina (2009)

Il en est de même pour le cas de CHD II Vatomandry ; le tableau ci-dessus donne une description de la variation des dépenses pour chaque différente pathologie diagnostiquée. Certaines propositions ou autres manifestations sont différentes d'un district à un autre comme : hydro uni+hernie bil ; hydro bil +hernie bil ; hydro bil + hernie uni ; hernie bil qui sont des cas inexistants à Tamatave illustré par le graphique suivant :

Graphe n° 7 : ***Evolution du cout acte opératoire de CHD II Vatomandry***



Source : Nos propres calculs sur Excel

Il faut souligner que les malades ayant une hernie ne sont pas refusés par les chirurgiens mais ils doivent payer le **coût intégral** de la prestation, qui n'est pas supporté par le projet HI.

Les malades, étant en général des personnes pauvres, n'ont donc pas d'autre choix que de rentrer au village avec leur incapacité[1].

Il est évident que ces personnes ayant quitté leurs villages, leurs biens et leurs familles rentrent aux villages pleins de mécontentement envers le projet et envers le service de santé.

2-2- Résultats du programme filariose 2009 Toamasina I

Ce présent paragraphe donne une récapitulation des résultats à travers un aperçu des données chiffrées illustrant le nombre de malades des lymphoedèmes et de l'hydrocèle étudié par cas suspect, cas confirmés et cas opérés présentés dans le tableau ci-après. Par ailleurs, les résultats de la prise en charge de lymphoedème et le traitement chirurgical de l'hydrocèle et le suivi à la fois sanitaire et budgétaire sont présentés dans ce type de résultat.

Tableau N° 20 ***: Données lymphoedeme Toamasina I***

	2008		**2009**	
COMMUNE	Cas Suspect	Cas Confirmés	Cas Suspect	Cas Confirmés
Morarano	20	13	22	19
Ankirihiry	15	12	12	11
Ambohijafy	2	0	7	6
Hors zone	3	2	2	2
Total	40	27	43	38

Source : Handicap International (2009)

Si le cas suspect n'a augmenté que de trois (03) points l'année 2008 à 2009, le cas confirmé s'est aggravé où les chiffres sont passés de 27 à 38 la même période (tableau n°20 ci-dessus). Pour ce qui concerne l'hydrocèle, tous les cas suspectés ne sont tous toujours pas confirmés ; en revanche tous les malades confirmés ont tous été opérés sauf pour le quartier de Morarano en 2008 (tableau n°21 ci-après).

[1] *A souligner, comme l'étude d'impact réalisée par l'équipe d'HI le montre, que l'hernie est aussi invalidante qu'une hydrocèle.*

Tableau N° 21 **: *Données Hydrocèle Toamasina I***

	2008			2009		
ZONE	Cas Suspect	Cas Confirmés	Cas opérés	Cas Suspect	Cas Confirmés	Cas opérés
Morarano	3	2	1	6	5	5
Ankirihiry	1	1	1	6	8	8
Ambohijafy	7	1	1	8	4	4
Hors zone	2	2	2	4	4	4
Maison centrale				1	1	1
TOTAL	13	6	5	28	22	22

Source : Handicap International (2009)

2-2-1-Suivi de ces malades effectué par les AC **:**

Les AC effectuent des suivis à domicile des patients atteints de la FL. Ils donnent des conseils aux patients et réfèrent les malades en cas de crises ou en cas de nécessité de cure d'hydrocèle.

Tableau N° 22 **: *Suivi des malades atteints de lymphoedème Toamasina I***

DISTRICT	ZONE	MOIS											
		JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC
TOAMASINA I	Morarano	0	0	0	0	17	16	20	17	18	15	17	0
	Ankirihiry	0	0	0	0	13	12	13	6	6	9	9	0
	Ambohijafy	0	0	0	0	0	2	7	6	2	2	3	0
	Total	0	0	0	0	30	30	40	29	26	26	29	0

Source : Handicap International (2009)

Du mois de janvier jusqu'au mois d'avril, le suivi n'a pas encore été en phase d'exécution ; mais en décembre, aucun suivi n'a été réalisé alors c'est la raison pour laquelle aucune donnée disponible n'a été livrée pour cette phase de période indiquée ci-dessus.

Tableau N° 23 **: *Suivi des malades atteints d'hydrocèle Toamasina I***

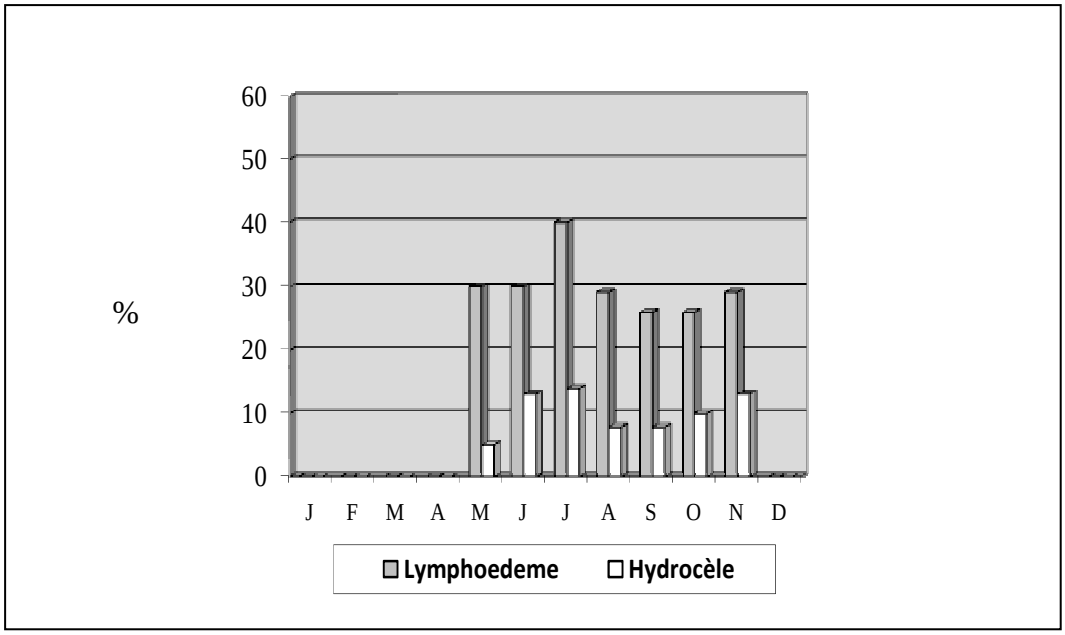
DISTRICT	ZONE	MOIS											
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
TOAMASINA I	Morarano	0	0	0	0	2	2	3	1	1	5	3	0
	Ankirihiry	0	0	0	0	3	6	4	2	2	3	3	0
	Ambohijafy	0	0	0	0	0	5	7	5	5	2	7	0
	Total	0	0	0	0	5	13	14	8	8	10	13	0

Source : Handicap International (2009)

Le suivi n'a été tenu qu'à partir du mois de mai; mais en décembre, à l'approche de la fête de Saint Sylvestre et pendant la période de convalescence du malade, aucun suivi n'a été réalisé.

L'exploitation des données chiffrées des tableaux n°22 et n°23 nous a permis d'établir le graphe n° 08 ci-après.

Graphe n° 8 ***: Nombre de suivi des malades de Filariose pour Toamasina I***



Source : Nos propres calculs sur Excel

Compte tenu du suivi qui n'a débuté qu'au mois de mai, le graphe de l'histogramme pointe la valeur zéro à la ligne des abscisses du Janvier jusqu'au mois d'avril et il en est de même le profil de l'histogramme pour le mois de décembre. Le graphe, en général, enregistre une évolution ascendante du suivi, (du mois de mai à juillet) puis il décrit une phase descendante et la reprise du suivi à la croissante (novembre).

De plus, il montre aussi que le nombre de suivi à domicile de lymphoedème est plus élevé que de l'hydrocèle.

Pour Toamasina II, le tableau n°24 indiqué ci-après relève les données de deux maladies.

Tableau N° 24 **: *Données de lymphoedème à Toamasina II***

	2008		**2009**	
COMMUNE	Cas Suspect	Cas Confirmés	Cas Suspect	Cas Confirmés
Fanandrana	60	56	94	93
Andranobolaha	50	35	62	62
Sub urbaine	52	52	70	70
Antetezambaro	33	22	42	42
Sahambala	54	35	58	58
Andodabe	54	4	110	110
Ampasimbe onibe	64	59	64	62
Total	**367**	**263**	**500**	**500**

Source : Handicap International (2009)

Si le cas suspect présente un écart significatif au cas confirmé en 2008, au contraire en 2009,

ceux qui sont des cas suspects ont été tous confirmés. L'AC arrive à se faire une idée de précision au niveau du diagnostic différentiel, même si en général, la confirmation de la maladie a été faite au niveau du CSB.

Tableau N° 25 **: *Données d'hydrocèle à Toamasina II***

	2008			2009		
ZONE	Cas Suspect	Cas Confirmés	Cas opérés	Cas Suspect	Cas Confirmés	Cas opérés
Andranobolaha	78	15	7	98	36	21
Fanandrana	102	68	30	147	104	68
Sub urbaine	41	12	5	107	57	39
Antetezambaro	61	8	3	69	33	16
Sahambala	97	61	15	113	77	29
Andodabe	66	6	1	88	35	29
Ampasimbe onibe	48	35	3	67	53	29
Total	**493**	**205**	**64**	**689**	**395**	**231**

Source : Handicap International (2009)

En ce mois de Décembre, on est à 58,48% d'opération pour les cas déjà confirmés au niveau des CSB ce qui a été à 31,21% décembre de l'année dernière.

En matière de suivi, les AC poursuivant les suivis à domicile des patients atteints de la FL donnent des conseils aux patients et réfèrent les malades en cas de crises ou en cas de nécessité de cure d'hydrocèle. Le tableau ci-dessous présente le nombre de suivi par mois et par commune réalisé par les AC.

Tableau N° 26 **: *Suivi des malades atteints de lymphoedème***

DISTRICT	**ZONE**	**MOIS**											
		J	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
T /NA II	Fanandrana	107	74	87	79	79	74	73	69	66	73	57	0
	Andodabe	68	69	94	71	71	65	62	49	62	29	60	0
	Andranobolaha	71	62	63	59	52	52	48	55	54	47	43	0
	Sahambala	66	65	48	51	32	31	28	43	43	36	28	0
	Ampasimbe onibe	55	43	43	46	43	50	44	46	43	51	33	0
	Sub urbaine	50	54	45	39	42	42	38	34	37	42	37	0
	Antetezambaro	10	13	12	24	20	22	24	22	39	37	36	0
	Total	**427**	**380**	**392**	**369**	**339**	**336**	**317**	**318**	**344**	**315**	**294**	**0**

Source : Handicap International (2009)

Toamasina II représente les communes rurales où les nombres des malades sont de plus en

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

plus importants; par conséquent le suivi doit être en permanence afin de contrôler l'évolution du nombre de malades et celle des manifestations cliniques. En décembre et à l'approche de la fête Saint Sylvestre, aucune visite à domicile à titre de suivi n'avait été organisée.

Pour l'hydrocèle, le nombre de suivi présenté dans le tableau n°27 ci-après tend à varier d'une période à une autre mais en décembre, en raison d'une période de convalescence de malade après avoir opéré, aucun suivi n'a été organisé.

Tableau N° 27 **: *Suivi des malades atteints d'hydrocèle***

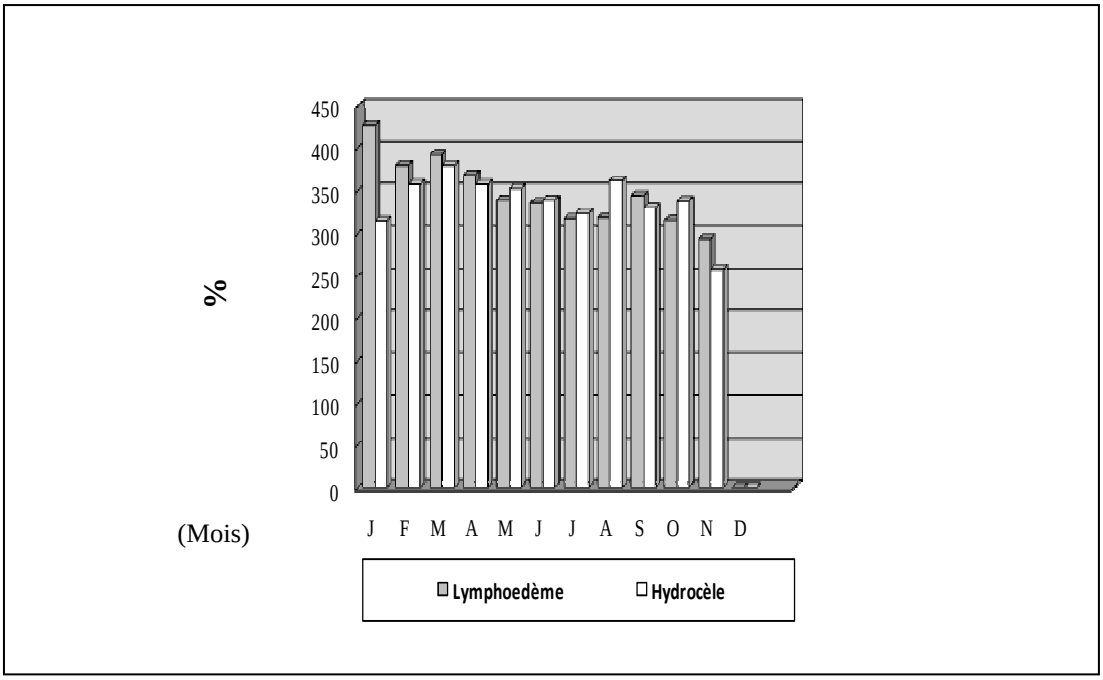
DISTRICT	**ZONE**	**MOIS**											
		J	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
T /NA II	Fanandrana	57	71	83	87	77	74	76	73	75	71	66	0
	Andodabe	121	132	131	109	124	113	90	102	94	97	67	0
	Andranobolaha	13	41	44	45	45	40	38	45	32	31	33	0
	Sahambala	33	35	45	28	20	17	23	26	26	23	11	0
	Ampasimbe onibe	28	27	26	24	25	30	31	30	32	32	15	0
	Sub urbaine	57	46	48	56	54	51	51	68	51	62	40	0
	Antetezambaro	5	5	3	8	7	14	14	17	20	22	23	0
	Total	**314**	**357**	**380**	**357**	**352**	**339**	**323**	**361**	**330**	**315**	**294**	**0**

Source : Handicap international (2009)

A part les suivis de malade, les AC font aussi des sensibilisations communautaires à travers des réunions communautaires, visite à domicile ou des focus groupe. Les activités des AC sont supervisées par le CSB concerné et l'animateur de HI. Une réunion de coordination mensuelle a été organisée pour rencontre entre équipes afin de s'informer et de s'échanger des vécues. Les collectes des données relatives à la filariose se font aussi durant ces réunions.

Les données chiffrées tirées des tableaux n°26 et n°27 nous a permis d'établir le graphe n°09 ci-après.

Graphe n° 9 **:** ***Nombre de suivi des malades pour Toamasina II.***



Source : Nos propres calculs sur Excel

L'allure du graphique montre que le nombre du suivi de lymhoedème par rapport à l'hydrocèle est plus élevé que ce dernier et compte tenu de l'endémicité de la maladie surtout du lymphoedème en milieu rural, celle-ci apparaît justifiée.

Dans ce même résultat l'on devrait insérer aussi les résultats obtenus au niveau de DMM. La rubrique de PEFL présente i) les résultats sous forme d'indicateurs, ii) l'étude de type « **bénéfice-risque** » des activités de prévention et de soins dont le ratio bénéfice-risque est négatif ou positif et iii) les interprétations y afférentes. Il est à noter que la plupart des indicateurs de résultats en termes d'impact sont la résultante de plusieurs interventions menées les années précédentes.

2-2-2 – Le taux de couverture thérapeutique rapporté par les distributeurs communautaires

Grâce à la campagne menée l'année dernière, l'on peut avoir une certaine idée quant à la participation de la population, le taux de couverture thérapeutique rapporté en est un indicateur permettant d'apprécier la participation de la population, visible à la lecture du tableau n°28 ci-après.

Tableau N° 28 ***: Taux de couverture thérapeutique de la Région Atsinanana***

Région	District	Population totale	Personne DMM	Taux CT(%) population totale
Atsinanana	Vohibinany	193 332	165 599	85, 66
Atsinanana	Mahanoro	257 061	219 031	85, 21
Atsinanana	Toamasina 1	224 618	162 268	72, 24
Atsinanana	Toamasina 2	253 675	200 265	78, 95
Atsinanana	Vatomandry	153 023	116 200	75, 94
Total	5 districts	1 081 709	863 363	79,60%

Source : DULM/Pefl (2009)

Ce tableau nous a permis de visualiser les résultats par district. La population totale ayant pris les médicaments est de 863 363. Le taux de couverture thérapeutique rapporté – reflétant la participation de la population – obtenu au cours de la campagne 2009 est de 79,60%.>65%.

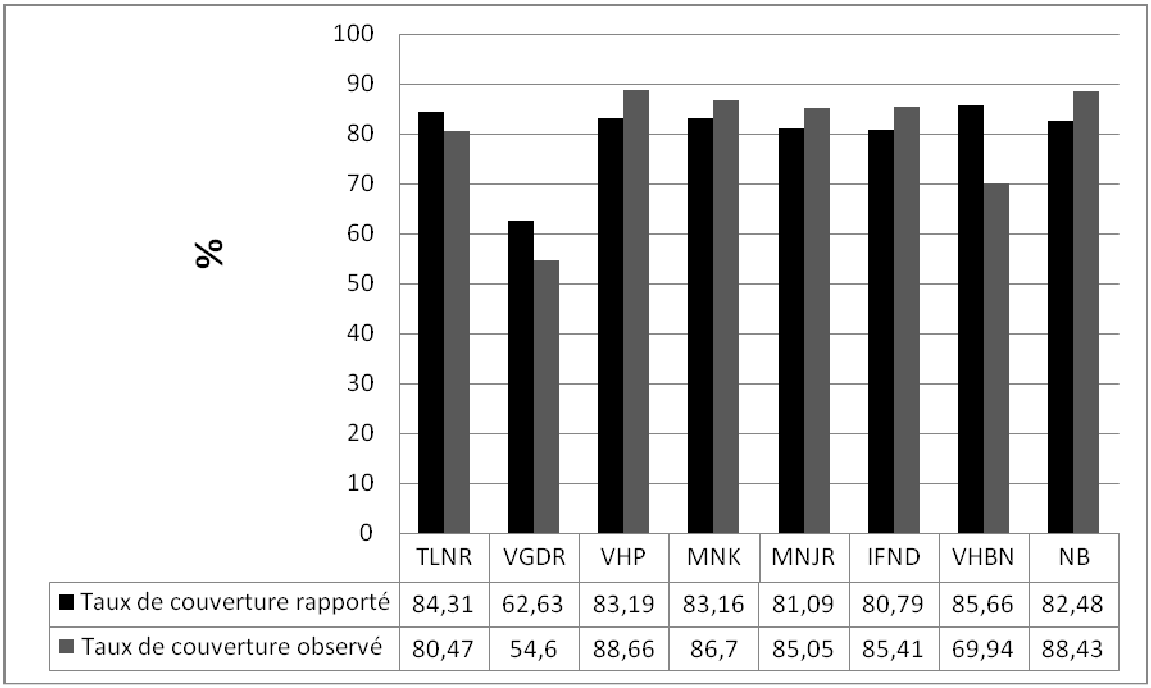
A l'échelle de la population, les campagnes de DMM ont fait preuve de leur efficacité puisque la meilleure performance des indicateurs, en général, est plus de 65%.

2-2-3- Le ratio du taux de couverture thérapeutique observée

On calcule le taux rapporté par le rapport entre la population cible et la population totale fourni par le SSD. Par contre, le taux observé (le graphe n°08 ci-après) est en fonction de **l'enquête** de la part du ministère de santé. Globalement les taux rapportés par les distributeurs communautaires étaient acceptables pour la région Atsinanana sauf dans un district où il y a eu un écart significatif entre le taux rapporté et le taux observé.

Ce district est Vohibinany (VHBN). Cette incohérence entre le taux de couverture « rapporté » et « observé » pourrait trouver son explication par : soit les distributeurs communautaires ont mal notifié la prise des médicaments soit les chiffres concernant la population totale sont incorrects.

Graphe n° 10 : ***Taux de couverture thérapeutique observée au niveau des sites sentinelle fixe***



	TLNR	VGDR	VHP	MNK	MNJR	IFND	VHBN	NB
Taux de couverture rapporté	84,31	62,63	83,19	83,16	81,09	80,79	85,66	82,48
Taux de couverture observé	80,47	54,6	88,66	86,7	85,05	85,41	69,94	88,43

Source : DULM/PEFL (2009) IC 95% Risque $\alpha = 0,5$ Précision = 6,5%

2-2-4- Résultats de l'enquête CAP

La filariose lymphatique était faiblement connue surtout dans des zones de forte prévalence comme Vatovavy Fitovinany. Un peu plus de la moitié (Manakara : 53,33% et Mananjary : 56,65%) savait que cette maladie se transmet par les piqûres des moustiques ; et (62,65%) des personnes interrogées sont unanimes pour qualifier la DMM d'un moyen de prévention contre cette maladie. Quant à la MID comme moyen de prévention contre la filariose, seulement 33,41% des personnes enquêtées sont de cet avis. Chaque ménage en moyenne possédait en moyenne 2 MID, celle-ci ayant été largement distribuée.

2-3- Résultats de la prise en charge du lymphoedeme

Ces résultats sont appréciés ici à travers différentes stratégies adoptées dans le cadre d'une approche : analyse coût-efficacité.

2-3-1-Analyse coût-efficacité de cette prise en charge

Les analyses les plus fréquemment utilisées sont dites « coût-efficacité », dans la mesure où elles comparent des stratégies en rapportant les ressources consommées à un indicateur sanitaire de résultat (par exemple l'année de vie gagnée). Dans certains cas,

lorsqu'elles comparent des stratégies « mutuellement exclusives » (c'est-à-dire différentes façons d'améliorer la santé dans un même groupe de patients souffrant d'une même pathologie), ces analyses permettent de trancher clairement sur la façon d'améliorer l'efficience dans la prise en charge sanitaire de ces patients.

Une nouvelle méthode de prise en charge du lymphoedème qui implique des surcoûts nets par rapport aux traitements existants, mais qui améliore l'indicateur de résultat sanitaire dans des proportions plus importantes, peut-être considérée plus « **coût-efficacité** » et donc plus intéressante pour le système de santé.

L'indicateur principal pour évaluer l'efficacité de la prise en charge d'un patient atteint du lymphoedème est l'accès aigu[1], qui est à la base du développement[2] du lymphoedème et cause principale des incapacités rencontrées par les patients.

L'évaluation de la prise en charge des patients ayant un lymphoedème a été conduite à travers des entretiens individuels et de groupe en utilisant l'échelle de douleur et la description des accès aigus. L'analyse d'un accès aigu peut être décrite sous trois dimensions :

- durée = nombre de jours pendant lesquels le malade déclare souffrir des douleurs ;
- intensité = la douleur pendant l'épisode aigu déclaré par le patient ;
- fréquence = nombre d'accès aigu enregistré par le patient pendant une période donnée.

La mission d'évaluation a pu rencontrer 72 malades comme l'indique le tableau suivant :

Tableau N° 29 ***: Mission d'évaluation***

Villages	Nb malades rencontrés
Tsivangiana	8
Niarovana	12
Betamotamo	15
Ampitakosy	13
Andranobolaha	11
Analamalotra	6
Morarano	9
Saleh	1
Total	72

Source : Mission d'évaluation, décembre 2009

Tous les malades rencontrés ont déclaré se sentir mieux (vie pondérée) et être capables de gérer les crises aigues grâce à la prise en charge à domicile[3] proposée par le programme du

[1] *Dans ce rapport les termes crise aigue, épisode aigue et accès aigue sont utilisés pour indiquer le même phénomène.*

[2] *Le lymphoedème se développe suite à une série d'épisodes aigues non traité*

[3] *Repos, eau froide et prise de paracétamol.*

ministère de la santé et du projet de l'handicap international. Les résultats de la prise en charge des épisodes aigus vont être décrits dans l'ordre suivant : durée, intensité, fréquence.

2-3-1-1- Stratégie 1 « mutuellement exclusive » : *durée de crise*

Elle a été mesurée en demandant aux malades de comparer une crise aigue survenue avant le début de la prise en charge avec la dernière crise aigue (les crises aigues survenues dans les premiers six mois de PEC n'ont pas étés considérées). Le terme de comparaison entre les deux crises était le nombre de jours pendant lesquels les malades ont ressenti des douleurs.

Le tableau suivant montre la durée des crises aigues avant et après le début de la prise en charge proposée par le projet. À noter que les malades interviewés présentaient des lymphoedèmes de stades différents (depuis stade 1 jusqu'au stade 3).

Tableau N° 30 **: *Durée de crises aiguës avant et après la prise en charge***

Villages	Nb malades interviewés sur la durée des AA	Durée de l'AA avant la prise en charge	Durée du dernier AA (après 6 mois de prise en charge)
Ampasimadinkia	0	-	-
Tsivangiana	8	4 à 6 jours	1 à 2 jours
Niarovana	12	4 jours à 1 semaine	2 à 3 jours
Betamotamo	15	4 jours à 1 semaine	2 à 3 jours
Ampitakosy	13	5 jours à' 1 semaine	2 à 4 jours
Andranobolaha	11	5 jours à' 1 semaine	2 à' 3 jours
Analamalotra	6	5 jours à' 1 semaine	1 à 3 jours
Vohitsara	0	-	-
Tetezambaro	0	-	-
Morarano	9	3 à' 5 jours	1 à 2 jours
Total			

Source : Mission d'évaluation, décembre 2009

En générale on peut remarquer que la durée des crises aigues diminue grâce à la prise en charge proposée aux malades.

2-3-1-2 – Stratégie 2 « mutuellement exclusive » : l'intensité

Elle a été mesurée en demandant aux malades de comparer une crise aigue avant le début

de la prise en charge avec la dernière crise aigue (les crises aigues survenues dans les premiers six mois de PEC n'ont pas été considérées[1]).

Le terme de comparaison désigne l'intensité de la douleur ressentie lors de la crise, mesurée avec l'échelle de douleur. Pendant l'évaluation on a pu demander à 25 patients d'établir une échelle de douleur (cf. tableau ci-après).

Tableau N° 31 ***: Etablissement d'une échelle de douleur par le malade***

Villages	Nb malades réalisant des échelles du douleur
Tsivangiana	3
Niarovana	6
Betamotamo	3
Ampitakosy	4
Andranobolaha	6
Analamalotra	3
Morarano	2
Total	**25**

Source : Mission d'évaluation, décembre 2009

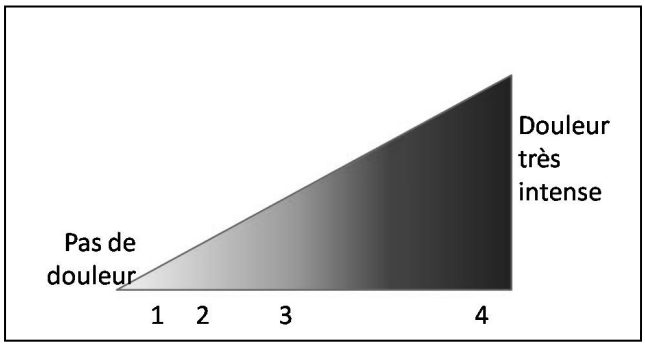
Pour Morarano, l'échelle de douleur pour un malade ayant un lymphoedème montre que l'intensité de la douleur diminue entre les AA sans PEC) par rapport à l'AA avec PEC. Par contre pour le village d'Analamalotra, l'échelle de douleur pour un malade du lymphoedème présente une amélioration des états de santé : non seulement la durée de l'AA diminue, d'une semaine avant la prise en charge à 1 jour en octobre 2009, mais aussi l'intensité de la douleur.

Dans toutes les échelles réalisées par les malades durant l'évaluation, les épisodes aigus avant la prise en charge ont été placées par les malades à l'extrême droite de l'échelle (maximum de douleur). Au contraire le dernier épisode aigu a été placé vers l'extrémité gauche (moindre douleur).

Toutefois il faut préciser que lors des entretiens avec les malades ayant des lymphoedèmes et pratiquant la prise en charge depuis 6 mois, le curseur de la douleur, a été placé plus au moins à gauche selon le cas du graphe suivant :

[1] *Plusieurs expériences ont montré que la prise en charge du lymphoedème commence à être efficace après 6mois. Pour cette raison, les crises aigues survenues dans les premiers 6 mois de prise en charge n'ont pas été incluses dans l'évaluation.*

Graphe n° 11 **: *Entretien avec un malade***



Source : Handicap international (2009)

A la position1 de l'échelle de douleur, l'AA est traité en auto prise en charge domiciliaire souvent sans prise de paracétamol mais en utilisant seulement de l'eau froide. La durée d'auto-traitement à domicile dure entre un et deux jours. La douleur est jugée comme supportable. Les malades déclarent pouvoir se déplacer et travailler.

La 2ème position, l'AA qui ne peut pas être traité à domicile permet au patient de décider et de se rendre auprès du CSB pour acheter du paracétamol et recevoir des conseils, souvent après deux jours de traitement à domicile. L'épisode aigu est décrit comme assez douloureux mais supportable. Parfois l'épisode aigu est associé à la fièvre.

La 3ème position : AA avant la prise en charge, la douleur est décrite comme insupportable. Le malade est bloqué au lit, il est en incapacité.

Lors des rencontres avec les chefs CSB nous avons pu discuter des épisodes aigus en position 2, quand les malades se sont rendus au CSB. D'après les chefs CSB il s'agit d'accès aigus : i) qui durent plus de deux jours malgré la prise en charge pratiquée à domicile par les malades. Il semble que les malades se sont habitués à des AA qui ne durent pas plus de deux jours. Si à la fin du deuxième jour, la douleur ne passe pas, le malade a peur et il demande conseil au chef CSB ; ii) non traités avec du paracétamol mais seulement avec de l'eau froide. La douleur ne passe pas, le malade se rend au CSB qui lui prescrit alors du paracétamol. La douleur passe après que le malade ait pris du paracétamol.

Tous les épisodes reportés par les chefs CSB sont résolus à partir du troisième jour après prise de paracétamol. Pour l'épisode 2 (position 2) il n'est pas possible d'avancer des chiffres, toutefois le tableau n°32 ci-après reporte les épisodes aigus traités auprès de 4 CSB de référence.

Tableau N° 32 : ***Qualité de vie gagné en fonction de l'épisode aigu traité auprès de 4 CSB de référence***

CSB	Nb malades s'étant rendu au CSB suite à une crise aigue	Commentaires
Betsizaraina[1]	1 cas en six mois	Malade pratiquant la prise en charge pendant deux jours à la maison avant de se rendre au CSB.
Andranobolana	1 cas en 2 ans	Malade pratiquant la prise en charge pendant deux jours seulement avec de l'eau froide à la maison avant de se rendre au CSB. Après prise de paracétamol épisode résolu dans les 24 heures.
Ampitakosy	1 cas en 1 an	Malade pratiquant la prise en charge pendant deux jours à la maison avant de se rendre au CSB.
Ampasimadinkia	0 cas en 1 an	-

Source : chefs CSB, décembre 2009

D'après les malades rencontrés, ils n'ont pas assez **d'argent** pour acheter du paracétamol lors des AA puisqu'ils sont dans un état de contrainte financière et médicale. Au contraire ils peuvent se procurer de l'eau froide leur permettant de surmonter la contrainte financière et s'offrir une qualité de vie gagnée suite à un traitement informel.

2-3-1-3- Stratégie 3 « mutuellement exclusive » : la fréquence

Elle a été analysée en vérifiant le nombre de crises aigues survenues chez les malades ayant de lymphoedèmes et prise en charge par les AC. Avant de procéder à l'analyse des données disponibles auprès du programme, il faut souligner que : i) au début des activités de collecte de données, certains AC n'avaient pas encore compris l'importance des collectes des données concernant les crises aigues ; ii) bien que les activités de prise en charge (Tamatave I, Tamatave II et Vatomandry) aient débuté au mois d'avril 2008, les données de Tamatave en 2008 ne sont pas disponibles ; car il n'y avait pas d'animateur d'HI et du ministère de la santé dans la zone. La collecte de données pour Tamatave a repris à partir de 2009 ; iii) au niveau des districts dans la partie sud, les collectes des données ont débuté au mois de

[1] *Médecin chef de poste présent au CSB seulement depuis 3 mois, ce qui peut expliquer le faible nombre de cas diagnostiqués*

novembre 2008. L'accroissement progressif du nombre des patients pris en charge et recensés au fil des mois, reflète la mise à l'échelle du programme dans ces districts. C'est un fait qui ne rend pas toujours possible l'exploitation des données pour ces districts.

Suite à ces limitations on procédera donc à une analyse des données des AA seulement pour les districts ayant un nombre de malades stable[1] pendant la durée de la prise en charge. Après avoir revu les données disponibles, seulement celles du district de Marolambo pourraient être analysées[2]. Les données des autres districts sont reproduites en annexe 1.

Le tableau et le graphe suivants montrent l'évolution des crises aigues pour les malades ayant une lymphoedème prise en charge par les AC du district de Marolambo. Le mois de juillet (reprise des AA) correspond à l'augmentation du nombre de malades (de 224 à 265) suivi par le programme. Il est très probable que l'augmentation est due aux nouveaux malades qui au début de la prise en charge font enregistrer encore beaucoup d'AA.

Tableau N° 33 ***: Mesure d'utilité par évolution de crises aigues de Marolambo***

Mois	Nombre de crises aigues par mois	Nombre de malades PEC
Jan.09	57	221
Feb.09	57	221
Mar.09	40	221
Apr.09	35	225
May.09	17	225
Jun-09	20	224
Juil.09	25	265
Aug.09	11	266
Sep.09	17	266
Oct.09	18	266
Nov.09	11	266

Source : Handicap international (2009)

On remarque bien que depuis la prise en charge des malades, le nombre d'épisodes aigus est en constante diminution. 57 épisodes aigus dans les deux premiers mois de prise en charge contre 11 cas après 11 mois et ceci malgré le fait que le nombre de malades suivis par les AC avait augmenté au fil du temps (de 221 à 266).

[1] *Afin d'avoir des données exploitables, il faudrait avoir une suivi des épisodes aigues d'une cohorte de malades prise en charge au même moment et suivi pendant au moins une année.*

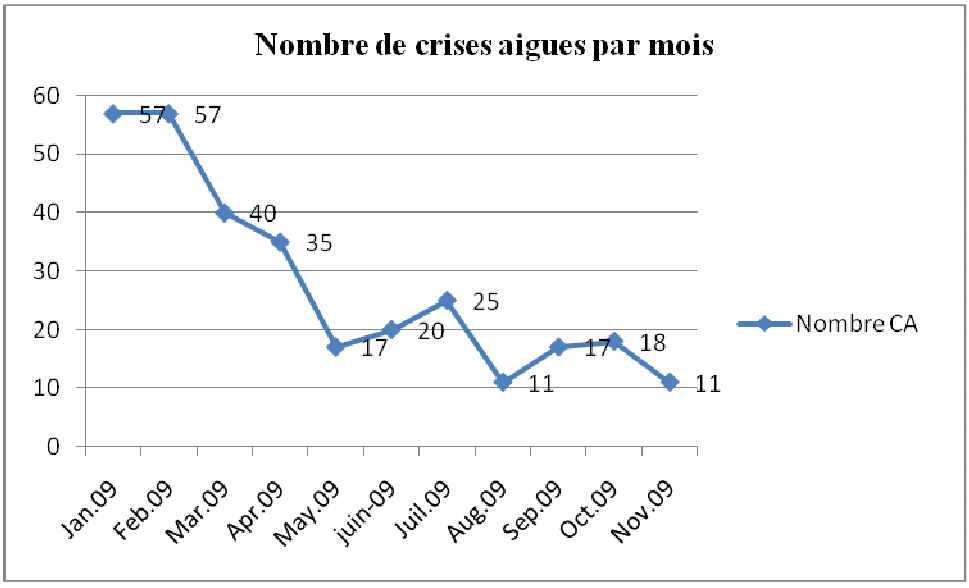
[2] *Ceci malgré le fait que le nombre de malade varie au fils de mois de 221 à 226. Cette variation, bien que significative, il nous semble autoriser à exploiter les données disponibles.*
Il faut souligner que cette variation ne rende pas le résultat de l'analyse statistiquement significative. Il nous permet ceci même de faire des réflexions sur la réduction de la fréquence des épisodes aigues. Par contre les variations dans le nombre des malades districts sont trop importantes pour nous permettre de procéder à l'analyse des données.

Il faut remarquer aussi que la réduction des épisodes aigus est très marquée durant les cinq premiers mois d'intervention. Ceci nous montre que l'intervention proposée par le programme sanitaire est non seulement efficace (réduction de nombre d'épisode) mais aussi rapide ; seulement en 5 mois les malades voient leur **qualité de vie** améliorée de manière considérable.

L'introduction de la prise en charge, moyennant stratégie mutuellement exclusive, par l'HI s'est traduite par une augmentation du niveau absolu des dépenses associées à cette procédure médicale et communautaire ; par contre la prise en charge améliorait le ratio coût-efficacité dans la mesure où les gains considérables obtenus en terme d'année de vie (mois de prise en charge) ont plus que compensé cette élévation des coûts.

Etabli sur la base de données chiffrées du tableau n°33 précédent, l'examen du graphe n°12 suivant fait ressortir un certain nombre de constat qui a été pris ci-dessus.

Graphe n° 12 **:** ***Mesures d'utilité de profil de santé des malades de Marolambo***



Source : Nos propres calculs sur Excel

2-4- Les résultats de la prise en charge chirurgicale de l'hydrocèle 2008-2009

L'analyse gain-efficacité efficience de prestations nous permet de trancher clairement sur la façon d'améliorer l'efficience dans la prise en charge sanitaire des patients et de comparer les stratégies en rapportant les ressources consommées (monétaires ou non) à un indicateur sanitaire de résultat visible à la lecture du tableau suivant.

Tableau N° 34 : ***Récapitulation de l'opération d'hydrocèle de la région Atsinanana***

District	Cas suspects hydrocèle	Cas Confirmés hydrocèle	Cas opérés	Complications	Récidives	Faux diagnostic
Mahanoro	377	160	127	2	2	7
Vatomandry	317	136	92	0	1	5
Manampotsy	95	56	38	1	3	3
Marolambo	296	202	141	2	2	31
Tamatave I	27	24	24	0	0	0
Tamatave II	638	375	231	42	2	15
Total	1750	953	653	47	10	61

Source: Equipe de projet HI, décembre 2009

Pour Tamatave I, tous les malades confirmés ont été tous opérés et aucune complication n'a été retrouvée. L'analyse montre que l'intervention chirurgicale affecte le gain : bénéfice absolu en terme de survie sans rechute de l'hydrocèle.

Par contre pour les autres districts, des difficultés ont été retrouvées (complications, rechute……). Et pour en faire face, la mission d'évaluation a quand même identifié des points de vigilance concernant le cas de rechute. Même si les équipes chirurgicales de la région Atsinanana utilisent la technique de la résection de la vaginale, qui à priori a empêché les récidives, 10 cas de récidive ont été enregistrés. Le pourcentage au niveau de complications est décrit dans le tableau n°35 ci-après.

Tableau N° 35 **:** ***Analyse gain-efficience et efficacité des prestations***

District	% de complication	% récidives	% Faux diagnostic
Mahanoro	1,6%	1,6%	5,5%
Vatomandry	0,0%	1,1%	5,4%
Manampotsy	2,6%	7,9%	7,9%
Marolambo	1,4%	1,4%	22,0%
Tamatave I	0,0%	0,0%	0,0%
Tamatave II	18,2%	0,9%	6,5%
Total	7,2%	1,5%	9,3%

Source : Equipe de projet HI, décembre 2009

Le CHD de Mahanoro reporte 2 infections sur 127 opérés, soit 1,6% de complications. Pour Vatomandry, aucune complication n'a été trouvée évaluée en termes de gain obtenu sans

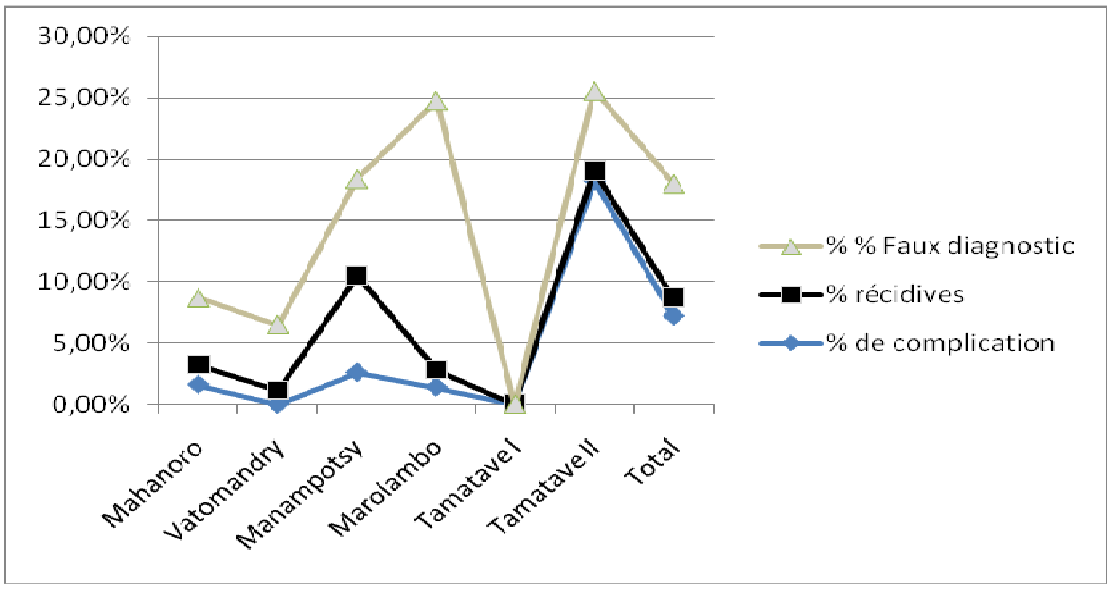
rechute. A Tanambao Manampotsy, l'infection ne représente qu'un cas sur 38 opérés, soit 2,6%. A Marolambo, 2 cas d'infection seulement sur 141 opérés, ce qui donne 1,4% de complication. Le CHU de Tamatave I n'a enregistré aucune complication (graphe 13 ci-après).

L'application de cette intervention chirurgicale s'accompagne d'une détérioration du ratio coût-efficacité des soins : le bénéfice absolu en termes de survie sans rechute de l'hydrocèle après opération augmente, mais il faut consacrer plus de ressources additionnelles pour obtenir une unité supplémentaire de bénéfice (par exemple une année de vie potentiellement gagnée dans la population de malades concernés).

Pour Tamatave II, les complications sont assez significatives ; sur 231 opérés, l'infection avait été pour 42 cas, soit 18,2%. Les patients qui ont été opérés présentant des complications auprès de CHU de Toamasina sont des patients opérés dans le cadre de la formation initiale des chirurgiens.

En résumé, l'exploitation des données chiffrées tirées du tableau n°35 nous a permis de représenter graphiquement ces analyses gains- efficience et efficacité comme l'indique le graphe ci-après.

Graphe n° 13 **: *Evolution des prestations par district***



Source : Nos propres calculs sur Excel (2009)

Seulement pour le district de Toamasina et comme l'indique l'allure du graphe, ni complications, ni récidives, ni faux diagnostic n'a été trouvé après le bilan de l'intervention. En économie de santé, on analyse alors les relations entre les différents acteurs en termes de

relations dans lesquelles un individu (qualifié de « principal » ou le patient en économie de santé) délègue son pouvoir de décision et d'action à un second (qui devient son « agent » : médecin). Le service acheté par le principal peut-être soit une information sur le choix à effectuer (services juridiques par exemple) soit une consommation intermédiaire visant un résultat qui nécessitera que l'agent lui consacre une partie de son temps de travail (l'intervention de médecin chargé d'effectuer une opération du malade).

En général, l'intervention de l'agent dégage un gain (gain d'efficience-efficacité) suite à une intervention chirurgicale par ailleurs aléatoire (voire les complications trouvées au niveau de différents districts sauf Tamatave I), qui doit être partagé entre les mandants (malade) et les mandataires (médecin) selon le terme du contrat préalablement déterminé.

Si le premier point de vigilance concerne le cas de rechute, le deuxième point de vigilance que l'on va examiner est constitué par les faux diagnostics (9,3% des cas référés aux hôpitaux par les CSB illustrés par le tableau n°35). Lors de l'évaluation, les malades les plus insatisfaits et qui croient avoir une hydrocèle sont venus à l'hôpital, mais enfin, ils se sont rendus compte qu'ils ont découvert avoir une hernie qui n'est pas prise en charge par l'HI.

Les diverses caractéristiques de complications de Tamatave II sont représentées dans les tableaux n°36 et n°37 suivants.

Tableau N° 36 **: *Récapitulation de l'opération d'hydrocèle effectue au CHU Toamasina***

MOIS	NOMBRE PERSONNE OPERES	DIFFICULTE RENCONTRE		
		Cas associé à l'hernie	Castration	Pachyvaginalite
Janvier				
Février	15	1	1	1
Mars	18	1	1	2
Avril	18		1	1
Mai	28	1	3	2
Juin	19	1	3	1
Juillet	21	1	1	
Aout	33			2
Septembre	37	4	2	
Octobre	19	2		
Novembre	22		3	3
Décembre	1			
TOTAL	**231**	**11**	**15**	**12**

Source : Handicap international (2009)

Sur 231 opérés (tableau n°36 précédent), 11 sont reconnues « hernies » dont le coût de prestation devrait être supporté par le malade ; en dépit de sa situation financière précaire, ce qui ne lui donne aucune alternative autre que de rentrer chez soi au village. On avait remarqué aussi d'autres difficultés rencontrées à savoir : 15 castrations ont été évaluées et 12 pachyvaginalite avaient été confirmées. Il est évident que ces personnes ayant quitté leur village, leur bien et leur famille rentrent aux villages pleins de mécontentement envers le projet et envers le service de santé.

Lors des rencontres avec les malades, les AC et les notables de villages, il a été noté que le faux diagnostic peut être un facteur de : i) perte de confiance des communautés envers les AC et les CSB ; ii) peur et de blocage pour le dépistage des hydrocèles. Un malade pas encore diagnostiqué a déclaré qu'il n'a pas envie de quitter sa maison, de crainte de perdre de l'argent et du temps n'étant pas certain s'il sera opéré ou pas à l'hôpital ; iii) confusion par rapport aux messages de prévention que le projet transmet aux communautés.

Afin de limiter les risques et les effets pervers des faux diagnostics, deux possibilités sont envisageables : i) assurer une formation correcte des responsables de CSB au diagnostic de l'hydrocèle. Cette option doit tenir compte de deux limitations : i_1) le turnover des responsables de CSB qui oblige le projet à former en continuité les nouveaux arrivés en poste ; i_2) la faible compétence de base du personnel gérant les formations sanitaires dans les districts enclavés de Marolambo et de Tanambao Manampotsy ; ii) inclure dans le programme de prévention des incapacités dues à la filariose la prise en charge chirurgicale de l'hernie.

Le tableau n°37 ci-après présente les différentes complications autres que celles des cas fréquents et indique aussi le cas de rechute qui fait l'objet de réopéré. Par contre, parmi ceux qui sont opérés et réopérés mai de l'année, un malade a succombé fin du même mois d'une ascite.

Tableau N° 37 **: *Description de différentes complications de Toamasina II***

MOIS	Complication après Intervention	OBSERVATION
Janvier		
Février		06 malades de Vatomandry
Mars		04 malades de Vatomandry
Avril		
Mai	01 malade : durée 10j pour suppuration	01 malade opéré en Mars réopéré (castration) et **mort** à la fin du mois d'une ascite
Juin	02 malades : 01 référé par les CSB suppuration et 01 pachyvaginalite	
Juillet		
Aout	01 malade ; durée 03j pour douleur au bas ventre	Campagne : formation, 01 malade récidive opéré en novembre 2008
Septembre		
Octobre		
Novembre	02 malades : 01 durée 3j et 01 durée 15j	01 malade opéré en septembre réopéré
Décembre		

Source : Handicap international (2009)

Le tableau ci-dessus relève seulement les cas fréquents et non toutes les difficultés rencontrées durant l'intervention. Mais il y a eu également bien d'autres cas comme : cas tumeur, cas associé à une varicocèle, hernie à la ligne blanche,…….. La rechute est une des principales causes d'insatisfaction et de peur des malades rencontrés.

Les communautés des deux villages visités connaissaient la possibilité de rechute et les AC ont déclaré que des personnes ayant des hydrocèles encore non opérées, avaient peur de se rendre à l'hôpital, de laisser leurs familles et leurs bétails sans soins, sans être sûr du résultat final de l'opération. Une réflexion doit aussi être introduite par rapport à la pratique de la réduction du scrotum pratiquée par les équipes chirurgicales mais déconseillée par l'OMS.

Pour le cas de l'hydrocèle, le plus jeune opéré était un enfant de 7 ans. Le plus âgé – un homme de 79 ans ; en général, la moyenne d'âge des patients opérés est de 44 ans. En ce qui concerne le nombre d'opéré en 2009, le bilan fait apparaître 549 opérés.

2-5- Suivi budgétaire 2009 de l'hydrocèle et de lymphoedème

La politique budgétaire en matière de suivi de budget constitue un instrument de régulation privilégié et un déficit n'est pas nécessairement néfaste. Elle est l'un des compartiments de la politique économique qui se définit par son moyen, le budget.

L'effet principal du budget se situe au niveau de la demande, qu'il s'agisse de l'importance et nature des dépenses ou des recettes, et du déficit ou de l'excédent comme l'indique le tableau n°38 et n°39 ci après.

Tableau N° 38 **: *Suivi budgétaire réalisé***

Rubriques de charges	Budget (ariary)	Réalisé (ariary)	Pourcentage
Appui aux bénéficiaires	72 157 350	79 101 855	110%
Kit d'hygiène	14 343 750	14 291 314	100%
Chirurgie d'hydrocèle	48 633 600	54 406 099	112%
Fond d'aides aux personnes démunies	9 180 000	10 404 442	113%

Source : Handicap International (2009)

La prévision budgétaire au niveau de dépenses nominal pour l'appui aux bénéficiaires, la chirurgie d'hydrocèle et les fonds d'aides aux personnes démunies ne permettent pas à couvrir les coûts réels réalisés approuvant un solde débiteur respectivement de moins (-) Ar 6 944 505, un déficit de (-) Ar 5 772 499 et un solde de (-) Ar 1 224 442 indiqué par le tableau ci-dessous sauf pour le cas de Kit d'hygiène, une prévision qui au bout d'un compte a dégagé un solde créditeur de Ar 52 436.

Pour l'opérationnalisation du bloc de Marolambo, les dépenses engagées pour l'appui aux bénéficiaires sont évaluées à Ar 6 000 000 illustrés aussi par le tableau n°39 suivant :

Tableau N° 39 **: *Constat du déficit et d'excédent budgétaire***

Rubriques de charges	solde	Autres allocation de ressources
Appui aux bénéficiaires	- 6 944 505	6 000 000 ont été utilisé à l'opérationnalisation du bloc de Marolambo
Kit d'hygiène	52 436	
Chirurgie d'hydrocèle	- 5 772 499	
Fond d'aides aux personnes démunies	- 1 224 442	

Source : Handicap international (2009)

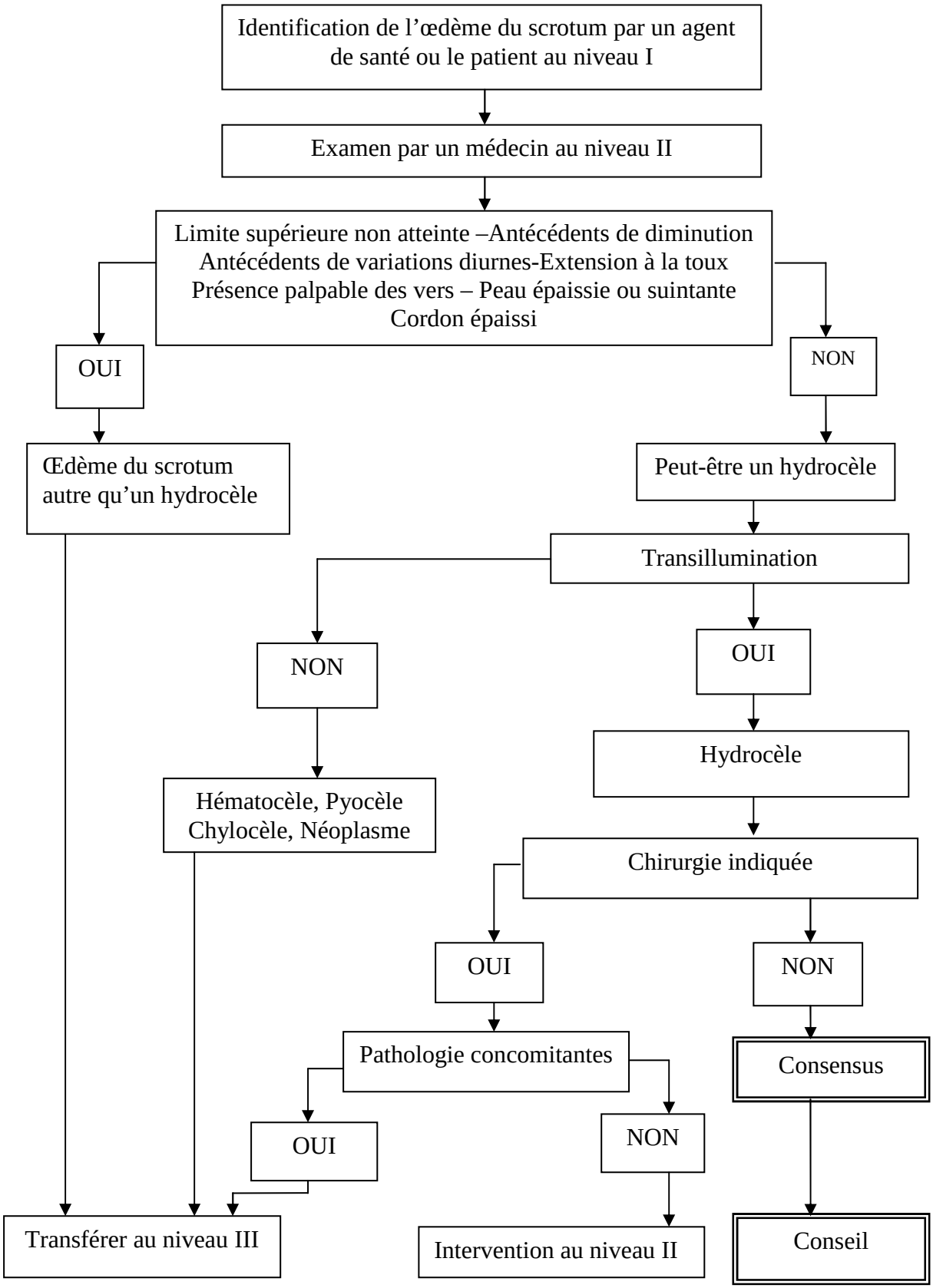
2-6-Prévision budgétaire de l'année 2010

Ce compte prévisionnel prévoit une évaluation concernant le nombre des cas opérés qui seraient autour de : 150 cas opérés. En effet, l'évaluation des dépenses engagées à la suite d'une opération éventuelle par chaque patient vaut (coût moyen) : Ar 150 00. Le total de budget d'opération 2010 est évalué à Ar 22 500 000.

2-7- Protocole chirurgicale

Le présent paragraphe donne une description de la dite méthode d'intervention à travers l'algorithme de la prise en charge chirurgicale de hydrocèle caractérisé par les différentes étapes pour le dépistage et enfin pour l'intervention chirurgicale et présenté comme ci-après.

Algorithme de prise en charge des œdèmes du scrotum



Source : Protocole chirurgicale de l'OMS

Chapitre 2 : *PERSPECTIVES D'AMELIORATION*

Dans cette perspective, il fait appel à la responsabilité de médecin, des communaux, de pouvoir public, en donnant une instruction prioritaire pour le bien être de la population

Section 1 : *IMPORTANCE ET AMELIORATION DU ROLE DU MEDECIN*

2-1 - Mise en œuvre d'une politique de développement des ressources humaines pour la sante de malade FL :

- Il faudra développer le nombre de médecins pouvant la pratiquer et leur donner les ressources suffisantes (y compris la formation).
- développement quantitatif et qualitatif des ressources humaines à tous les niveaux ;
- enseignement de la prise en charge intégrée de la maladie FL et actions essentielles en traitement.
- formation continue du personnel de santé sur les thèmes ayant trait à la santé du malade FL
- instauration du système de prime de performance.
- recrutement du médecin par concours.
- révision, développement et mise en œuvre des législations existantes pour la défense et la promotion de la santé des malades FL.
- amélioration de l'accès par la mise en œuvre des mécanismes assurant la gratuité des soins pour les malades,
- renforcement du leadership national et mise en place d'un système de coordination des intervenants autour de la politique nationale et des plans stratégiques
- promotion de la recherche opérationnelle sur les mécanismes de mise à l'échelle des interventions existantes pour la santé de malade.
- réorganisation des services de santé afin qu'ils deviennent plus rentables à travers l'harmonisation et la participation communautaire,
- développer la capacité de la communauté à rester en bonne santé, à répondre aux situations d'urgence en faveur de la santé du malade
- renforcer la prise de conscience de la société sur les droits, les besoins et les problèmes
- potentiels liés à la santé de l'individu porteur de la maladie FL.

2-2- Responsabilité dans l'acte médical

L'exécution d'un acte médical, quel qu'il soit, entraîne la responsabilité de celui qui l'accomplit. L'exercice de la médecine est personnel : chaque médecin est responsable de sa décision et de ses actes (art. 69).

Cette responsabilité est d'abord déontologique. Pour donner à l'acte médical toute sa valeur, la législation malgache lui confère une spécificité en rapport avec son but et son sujet, la personne humaine, en référence au code de déontologie médicale déjà évoqué précédemment. Les règles énoncées dans ce code s'expriment en 118 articles arrêtés par décret ministériel et visés par le conseil d'État.

Tout acte médical entraînant une violation d'un ou plusieurs articles du code de déontologie peut faire l'objet, à la suite d'une plainte de la victime, d'une sanction prévue au code de santé publique prononcée par la juridiction disciplinaire de l'ordre national des médecins.

La responsabilité est également juridique, puisque le médecin est d'autre part responsable de ses actes en tant que citoyen. Il peut donc se trouver être traduit devant un tribunal pour une qualification au pénal ou au civil, suivant qu'il est mis en accusation par le procureur ou qu'il fait l'objet d'une demande d'indemnité pour préjudice corporel.

2-2-1- Aspects socio-économiques

La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. L'acte médical ne peut être considéré comme une denrée, une marchandise échangée pour une contrepartie financière. La médecine ne se vend pas, elle est un service. Le contrat de soins qui est à la base de la responsabilité n'est pas une convention commerciale ni un marché.

Bien qu'il ne puisse être assimilé à une activité commerciale, l'exercice de la médecine a été influencé par les lois médico-sociales françaises (voir code de la sécurité sociale) qui ont favorisé l'apparition de situations de type mercantile : tarification des actes médicaux (comme s'ils avaient une valeur marchande), nomenclature des actes (qui instrumentalise certains actes techniques), effets spectaculaires (influençant la relation médecin-malade). La tentation d'une dérive dans l'usage de procédés commerciaux amène à affirmer avec force l'importance de l'indépendance du médecin. Bien que le code de déontologie interdise le partage clandestin

d'honoraires ou le compérage, il faut réprouver aussi, dans l'exercice de la profession, tout procédé de publicité directe ou indirecte, tous avantages en nature ou toute réclame pour la réalisation d'actes médicaux.

L'intérêt du patient doit être le seul **impératif** catégorique. En effet, le caractère quasi sacré de l'acte médical découle de sa finalité qui consiste dans le bien-être, et dans le respect de la personne, de sa liberté et de son autonomie. Le médecin doit savoir s'effacer pour que cet acte soit marqué par le souci de contribuer à rendre au patient son bien-être physique, mental, et social.

Section 2 **: *INTERVENTION DU POUVOIR PUBLIC***

L'engagement au plus haut niveau de l'État est un facteur déterminant de la réussite d'une action publique en faveur des malades de la filariose même si les forces et les faiblesses des actions concernant la lutte contre la maladie FL sont nettement reconnues et les réorientations doivent être centrées sur :

- Un cadre institutionnel bien défini,
- Un mécanisme de coordination bien déterminé et effectif,
- Les rôles des différents acteurs bien développés et
- Les grandes orientations stratégiques élaborées.

La volonté à entreprendre toute action en matière de santé n'est pas une simple volonté mais une volonté à caractère politique puisqu'il s'agit d'un bien particulier mais non pas un bien qui existe sur un tel marché.

En effet, la santé est un **bien politique** puisque la politique de la santé doit être ratifiée au niveau du parlement (assemblée nationale et le sénat) et le législateur raisonnait en termes de réseaux (publics ou privés) bien distincts, dont il voulait régler la concurrence, il raisonne en terme de système unique destiné à assurer la complémentarité des deux réseaux.

Cet alignement du secteur public sur le régime privé est interprété par les uns comme un progrès de l'**égalité** de traitement (santé : bien social) et par les autres comme une négation de l'identité, voire de la légitimité des services publics. Outre, c'est un bien économique puisque la santé contribue à la croissance économique du pays.

Les interventions clés seront mises à l'échelle dans l'ensemble du pays. De plus, il incombera à chaque district de choisir les interventions essentielles selon les données de l'épidémiologie.

2-1-Les interventions clés

Ces interventions clés sont celles qui permettent de réduire de 50% la probabilité d'exposition à la maladie :

- Utilisation de moustiquaire imprégnée d'insecticide,
- Cas de paludisme confirmé : traitement prompt et rapide avec un antipaludéen
- Contribuer à l'intégration de l'éducation en matière de santé à tous les niveaux
- Offrir des services de rééducation fonctionnelle dans 25% des CHD2

2-2- Les interventions essentielles

Ces interventions essentielles sont promotionnelles et préventives afin de réduire la vulnérabilité aux problèmes de santé (exposition à l'infection de la maladie FL, à l'état de carence), de réduire la probabilité d'exposition entraînant la maladie ; elles sont aussi curatives en réduisant la probabilité que la maladie n'entraîne la mort pour le cas de l'hydrocèle.

2-3 - Santé et échec du marché : légitimation de l'intervention publique.

L'économie de la santé se distingue des autres disciplines, comme l'épidémiologie, avec lesquelles elle partage un même constat critique d'une absence de relation entre progression des dépenses de santé dans les pays développés et moins développés et amélioration effective de la santé publique, par le fait de s'inscrire dans un cadre construit de références théoriques. Dès les premiers articles fondateurs (ceux de S. J. Mushkin en 1958, K. J. Arrow et H. E. Klarman en 1963), les économistes se sont posés la question de l'existence ou non d'une « spécificité » des biens et services visant à améliorer ou restaurer l'état de santé. Ils ont pour la plupart répondu oui à cette question en considérant que les biens de santé étaient effectivement « différents des autres ».

Sur le plan international, l'écrasante[1] majorité des économistes de la santé en ont déduit qu'une organisation efficiente et équitable des systèmes de santé ne pouvait majoritairement reposer sur le recours aux marchés privés, et qu'une intervention régulatrice forte de la

[1] *S. BEJEAN, C. Peyron & G. JOHANET, Santé, règles et rationalités, Economica, Paris, 2002*

puissance publique s'avérait indispensable. La justification de l'« échec du marché » ou de son incapacité à fournir une solution optimale à l'organisation de la production et de la consommation de soins repose sur deux types d'arguments : la présence d'externalités et de biens collectifs, d'une part, les asymétries d'information et leurs incidences contractuelles, d'autre part.

Section 3 **: *NECESSITE D'UNE STRUCTURE PUBLIQUE DE PROXIMITE***

Pour faire face aux problèmes rencontrés par les patients aux services d'accès à la chirurgie, à la sensibilisation et à la formation, des différentes approches ont été proposées par l'Etat.

3-1- Promotion des services de proximité.

Pour améliorer les services de proximité, quatre approches (ou modèle) ont été aussi proposées.

3-1-1- Modèle1 : Sessions de DMM, dépistage et de chirurgie

Premièrement, la distribution de DMM est porte à porte ; ce qui prouve l'Etat de proximité. Deuxièmement, un chirurgien d'un établissement de niveau II ou III se rend dans un site où les agents de santé du niveau I ont identifié des œdèmes du scrotum ou du lymphoedème.

Après avoir posé le diagnostic et fait les bilans préopératoires, il opère les cas retenus. Malgré l'avantage de cette méthode, à savoir que les patients n'ont pas à rechercher l'établissement de soins, le concept d'équipes et de blocs opératoires mobiles n'est ni pratique, ni rentable.

De plus, le risque de complications (comme les infections postopératoires) est très élevé. On ne retiendra donc cette option qu'en tout dernier ressort (en prenant les précautions nécessaires pour garantir sa sureté), lorsqu'aucune autre possibilité n'est réalisable.

3-1-2- Modèle 2 : Sessions de dépistage et chirurgie au niveau II

Dans ce modèle, des sessions de dépistage sont organisées, là où les agents de santé ont repéré des œdèmes du scrotum. Les cas sont examinés, le diagnostic est posé par un

chirurgien d'un établissement de niveau II et les cas retenus pour une intervention sont transférés dans cet établissement.

3-1-3- Modèle 3

Il reprend l'idée des sessions de dépistage là où des agents de santé ont repéré des œdèmes du scrotum. Un chirurgien de l'établissement de niveau II procède à l'examen des cas et pose le diagnostic.

La veille de l'intervention, les cas retenus sont placés dans une structure d'hébergement temporaire à proximité de l'établissement où ils seront opérés. Ils ne vont dans cet établissement que pour l'opération, après quoi ils retournent dans leur hébergement pendant la période d'observation postopératoire.

3-1-4- Modèle 4

Des sessions locales de dépistage sont organisées avec les agents de santé dans plusieurs endroits simultanément pour repérer les cas. Tous les patients sont transférés vers un établissement de niveau II bien équipé où de nombreux chirurgiens procèdent aux examens et aux interventions dans plusieurs blocs opératoires (de cette manière, tous les cas d'une zone relativement étendue peuvent être opérés sur une période de cinq jours par exemple dans un établissement de niveau II).

Bien que le modèle retenu doive dépendre de divers facteurs locaux notamment des coûts et de la logistique, les participants estiment que le dépistage actif et l'identification des cas, avec les conseils délivrés ensuite aux patients pour accepter la chirurgie, ne doivent être entrepris que lorsque des campagnes d'IEC et de sensibilisation suffisantes ont eu lieu au niveau communautaire, faute de quoi les effets peuvent être contraires à ceux attendus :

- Campagne d'information, d'éducation et de communication (IEC) à l'intention des communautés et des patients.
- Renforcement des installations existantes ou création de nouvelles lorsque c'est faisable.
- Formation du personnel en poste, notamment au niveau II.
- Mobilisation des ressources (au niveau des collectivités, aux niveaux local, national et international, sans oublier les ONG).

3-2- Soins de santé et justice sociale

L'objectif utilitariste de « maximiser le résultat sanitaire global », indépendamment de sa distribution entre les individus et les groupes, ne reflète pas forcément les préférences d'une société. La collectivité peut ne pas accorder la même valeur au gain d'une année de vie selon les circonstances et les groupes concernés. Elle peut aussi souhaiter accorder une priorité à la réduction du risque pour les groupes les plus exposés.

Les économistes eux-mêmes se réfèrent à des théories de la justice sociale qui peuvent fortement différer quant au degré d'utilitarisme ou, au contraire, d'égalitarisme qu'elles considèrent comme socialement souhaitable. En matière d'équité d'accès aux soins, voire d'équité dans les états de santé proprement dits, les théories les plus égalitaristes, comme celles du philosophe nord-américain contemporain John Rawls[1], qui souhaitent donner une priorité aux plus défavorisés ont une légitimité particulière et peuvent susciter l'adhésion de la grande majorité de la population.

Se réclamant de la pensée critique d'économistes comme Amartya Sen, Prix Nobel d'économie en 1998, une partie significative des économistes de la santé (qui se qualifient d'« extrawelfaristes[2] » par opposition au cadre de référence de l'économie du bien-être – « welfare economics[3] ») remettent même en cause les postulats de la microéconomie néo-classique, et proposent de substituer la notion de « besoins » à celle de demande ainsi que le concept de santé (comme état de bien-être physique et mental) à celui d'utilité.

En pratique, la combinaison de l'éthique médicale hippocratique avec un système de santé à financement socialisé, qui vise à assurer que l'accès aux soins dépende du besoin des personnes malades et non de la richesse, débouche, de fait, sur une priorité égalitariste en faveur des plus défavorisés en termes de santé. Mais ce souci d'équité égalitariste entretient inévitablement des tensions, et en conséquence des débats sociaux de plus en plus vifs, avec le souci d'efficience dans l'utilisation des ressources du système de santé (maximiser le bien-être collectif sous contrainte des ressources disponibles).

Faut-il dans la gestion des services d'urgence et des admissions en unités de soins intensifs, souvent surchargées, privilégier systématiquement les cas les plus graves, même si

[1] *Philosophe politique et moral, « théorie de justice », 1971*

[2] *Bien-être collectif*

[3] *Pigou, « The Economic of Welfare* : *Économie du bien-être de nature individualiste », 1920*

leur pronostic est désespéré? Faut-il dans l'attribution des dons d'organes, dont le nombre est notoirement insuffisant au regard des besoins, parer aux cas les plus urgents, tout en sachant que leur pronostic de succès de greffes est le plus mauvais et que l'attribution à des cas un peu moins graves permettrait de sauver un plus grand nombre d'années de vie à moindre coût? Jusqu'à quel point faut-il, sur le plan mondial, privilégier la prévention de nouveaux cas d'infection à FL par rapport au traitement des personnes déjà infectées, sous prétexte que le ratio coût par année de vie supplémentaire gagnée est «meilleur » avec la première? Les interrogations de ce type sont innombrables dans la réalité quotidienne des systèmes de santé.

Section 4 **: *INSTITUTIONNALISATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE***

La protection sociale comprend toute les interventions publiques ayant pour objet d'assister les plus démunis et les plus vulnérables de la société et d'aider les individus, les ménages et les communautés à mieux gérer les risques de perte de revenu ou de capital. Selon Keynes[1], le rôle de l'offre de l'utilité joue de plus en plus. En effet, l'institutionnalisation de la sécurité sociale dans le but d'augmenter le niveau de vie de ménage s'est effectuée à partir de l'augmentation de revenu.

Il appartient à l'Etat de stimuler la production pour que le prix diminue et le salaire réel du ménage augmente systématiquement de son pouvoir d'achat. La santé, c'est un bien public qui est normalement lié à l'Etat-providence[2] (en anglais : Welfare State « Etat de bien-être »). Une conception de l'intervention de l'Etat, s'est imposée après la deuxième guerre mondiale, selon laquelle l'Etat doit jouer un rôle actif dans la recherche du progrès économique et social. Parfois, la notion d'Etat-providence est employée de façon plus restrictive pour désigner le seul système de protection sociale.

L'inspiration théorique est celle du keynésianisme, associé ainsi progrès social et dynamisme du système économique : la recherche du plein-emploi et les systèmes de protection sociale et éducation participent au soutien de la demande et à l'entretien de la force de travail tout en répondant à des besoins sociaux.

[1] *Keynes, économiste britannique, théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie (1936).*

[2] *Dictionnaire d'économie et des sciences sociales, Nathan, Sept 1997, p-167*

1-1- Cadre institutionnel

La nature multisectorielle de la PS requiert un mécanisme de coordination efficace qui favorise les synergies et les complémentarités entre les différents acteurs.

Le mécanisme institutionnel actuellement en place pour gérer les risques et fournir une couverture de protection sociale aux populations les plus vulnérables a été développé en réponse aux besoins immédiats.

Pour systématiser la mise en œuvre des synergies d'action entre les différents acteurs de l'action et la PS, il est proposé d'organiser la coordination de l'ensemble du secteur action et PS à tous les niveaux :

-Au niveau central, élaboration, proposition et suivi de la mise en œuvre de la politique d'action et de protection sociale ;

-Au niveau régional, coordination de la mise en œuvre de la politique d'action et de PS.

-Au niveau de district, création des unités d'Intervention de PS.

1-1-1- L'office national de la protection social (ONAPS)

Il est proposé de créer un office national de coordination de la PS qui sera chargé de l'harmonisation, de la coordination et du suivi des différentes composantes de la politique d'action et de protection sociale. L'ONAPS sera rattaché à la primature. Il (ONAPS) jouira d'une autonomie administrative et financière et sera financé par la subvention de l'Etat.

1-1-2- L'office régional de protection social (ORAPS)

Comme au niveau central, il est nécessaire que la politique de PS soit mise en œuvre de manière coordonnée entre les différents acteurs dans les régions. L'organe de coordination sera symétriquement correspondant à l'ONAPS. Il prendra la forme d'un office régional de PS qui regroupera les représentants de tous les acteurs concernés dans la région.

L'ORAPS sera rattaché directement à la région. Il jouira de l'autonomie administrative et financière. L'ORAPS sera chargé de mettre en œuvre la politique de protection sociale dans la région, et en particulier de la décliner en programme d'action et qui seront appliqués au niveau des districts. Il assurera le suivi de la mise en œuvre des programmes et rendre compte des actions entreprises et des problèmes rencontrés dans la mise en œuvre de la politique de PS à l'ORAPS.

Sur la base des comptes rendus d'activités des UIPS de district, l'ORAPS proposera également les réorientations éventuelles de la politique nationale si elles lui paraissent nécessaires.

1-1-3- L'unité d'intervention de la protection sociale au niveau des districts (UIPS)

La PS dans les districts, relève en fait de l'action combinée de tous les acteurs qui y sont impliqués. En effet, la majeure partie de la population cible doit être touchée sur son lieu d'activité si l'on veut obtenir un résultat efficient. Les acteurs doivent agir de concert au niveau des districts, doivent donc être systématiquement représentés.

On peut imaginer, dans un souci d'efficience, qu'en dehors des représentations du ministère chargé de la santé et du ministère chargé de l'éducation dont la gestion des centres locaux (centre de santé, hôpitaux, écoles, etc.……..), représente une très grosse charge administrative et donc nécessite une forte représentation au niveau du district, l'ensemble des acteurs soit regroupé au sein d'un bâtiment commun afin de faciliter les synergies, la mutualisation des moyens et les économies de structures.

Cette structure pourrait prendre l'appellation d'Unité d'Intervention de PS (UIPS). L'UIPS hébergera également la délégation des ONG qui interviennent sur le terrain et qui seront ainsi beaucoup mieux intégrés à l'action commune. Cette unité sera coordonnée par le représentant de la PS en collaboration directe avec le responsable du BGRC et le représentant de l'ONN.

Les UIPS travailleront en collaboration étroite avec les communautés et avec les équipes sanitaires mobiles qui sont présentes sur le terrain.

1-2- Développement du marché financier en matière de protection sociale

1-2-1- Les institutions financières

1-2-1-1- Les Banques

En 2005, le secteur bancaire malgache vise à accentuer la prospection et la proximité avec sa clientèle, afin de faciliter l'accès de toutes les catégories d'agents économiques aux crédits d'une part, et de promouvoir la mobilisation de l'épargne d'autre part. Au niveau de

politique bancaire, les mesures suivantes au niveau de santé ont été prises pour atteindre les objectifs sus cités :

- relation de collaboration étroite entre **CSB-Banque** dotant de compte bancaire pour le fond d'équité surtout pour le cas du démunis.
- soutien des crédits à l'économie avec une meilleure prise en compte des besoins financiers du monde rural ;

1-2-1-2- La micro-finance

Il s'agit essentiellement de :

- fournir des services financiers de proximité (épargne/crédit) pour promouvoir ou soutenir des activités génératrices de revenus ;

- mettre à la disposition de la population un instrument privilégié pour la réduction de la pauvreté.

Au niveau des activités de mise en œuvre, différentes organisations ont été élaborées telles que : les sensibilisations multiples sur les enjeux et défis de la micro-finance dans la réduction de la pauvreté en réalisant des Journées micro-finance, des conférences ou des expositions relatives au domaine considéré dans le milieu universitaire, pour les maires francophones et pour le réseau africain de la micro-finance.

D'autres programmes publics et privés dans le domaine financier avaient été élaborés tels que :

i) accès aux mécanismes d'épargne et de crédits efficaces, accès aux services de crédits offerts par les IMF (Institut mutualiste Financier).

ii) mécanismes traditionnels et informels d'épargne et d'assurance : association d'épargnes locales, accords réciproques de main d'œuvre, investissement en ressources humains ou en bien : les associations d'épargne locales, des greniers collectifs, les accords de réciprocité de main d'œuvre, l'acquisition d'actif.

iii) crédit de type informel consenti par des amis, des membres de la famille, des propriétaires terriens et des commerçants.

iv) transferts entre ménages : une forme d'assistance mutuelle, 66% des ménages urbains ont dit avoir reçu des dons, contre 40% des ruraux (EPM 2004)

v) partage de risque par le biais de l'assurance, épargne.

vi) le programme d'étude du coût et couverture des filets de protection sociale dans le secteur santé sera représenté par le tableau indiqué de la page suivante.

Chapitre 3 : *THEORIE D'ASSURANCE SANTE-MALADIE EN MATIERE DE PROTECTION SOCIALE*

Section 1 : *PRESTATIONS SOCIALES*

Versements de somme d'argent et fournitures de services pris en charge par les organismes de sécurité sociale (au sens large du mot, puisqu'il faut y inclure les caisses d'allocations familiales) pour assurer la sécurité économique de chacun lors de la réalisation de divers événements, naturels ou accidentels, qualifiés de « risques sociaux » et suscitant une diminution du revenu ou un accroissement des dépenses. Il faut ainsi distinguer deux types principaux de prestations sociales : les prestations en espèce et les prestations en nature.

Les prestations en espèce constituent des revenus de remplacement lorsqu'elles compensent la perte du revenu professionnel dû à un accident du travail, à la maladie ou au chômage, par exemple. Dans une perspective indemnitaire, le revenu de remplacement dépend du revenu remplacé ; dans une perspective alimentaire, les prestations sont calculées en fonction d'un minimum social. Dans le système français, ces deux conceptions se superposent et se complètent. Ce sont des revenus de complément lorsqu'elles permettent à leurs bénéficiaires de supporter certaines charges, notamment familiales.

Le développement des prestations familiales est tributaire, d'une part, de la politique familiale de chaque pays (donc de considérations démographiques) et, d'autre part, de la conception adoptée en matière de sécurité sociale : dans un système de garantie des revenus tirés de l'activité professionnelle, tel que l'ont connu les pays socialistes, les prestations familiales n'ont point de place ; dans un système de garantie pour tous d'un minimum social, elles sont importantes (leur montant est soit proportionnel à celui du revenu qu'elles complètent, soit inversement proportionnel, soit indépendant ; la plupart des pays adoptent cette troisième solution). Les prestations en nature englobent les prestations médicales et paramédicales. La distribution des soins varie selon l'organisation de la médecine adoptée.

1-1- Etendue de la garantie

1-1-1- Définition :

1-1-1-1- Souscripteur

La personne physique ou morale, qui demande l'établissement du contrat, le signe et s'engage à en payer les primes.

1-1-1-2- Assuré(e)

La ou les personnes, désignées aux conditions particulières, exposées aux risques de maladie ou d'autres événements donnant lieu à remboursement de frais.

1-1-1-3- Assureur

Compagnie malgache ou autre institution d'assurance et de réassurance.

1-1-1-4- Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente affiliée à l'O.N.M. (Ordre Nationale de Médecin)

1-1-1-5- Prime

La somme que doit verser le souscripteur en contrepartie de la garantie de l'assureur.

1-1-1-6- Echéance principale

Date à laquelle est due la prime annuelle.

1-1-1-7- Année d'Assurance

La période comprise entre deux échéances annuelles de primes :

- ou, si la date d'effet est en cours d'année, la période comprise entre cette date et l'échéance annuelle suivante ;
- ou, en cas de résiliation en cours d'année, la période comprise entre la date d'échéance précédente et celle de la résiliation.

1-1-1-8- Loi

La loi n° 99-013 du 02 Août 1999 portant code des assurances.

Section 2 **: *CHOIX DE LA FORMULE D'ASSURANCE – GARANTIE DE BASE***

Suivant la formule choisie par le souscripteur et indiquée aux conditions particulières, l'assureur garantit le remboursement comme l'indique le tableau suivant:

Tableau N° 40 *: **Formule d'Assurance***

Nature des prestations	Formule I Maladie - Chirurgie - Hospitalisation	Formule II Chirurgie - Hospitalisation
Des frais médicaux et pharmaceutiques hors hospitalisation	OUI	
Des frais chirurgicaux sans hospitalisation, honoraires de chirurgiens et assistants, frais opératoires	OUI	OUI pour les JH spéciaux ; JH 1 ; JH 2 et JH 3
Des frais d'analyse et de radiographie	OUI	
Des frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale dans un hôpital ou une clinique	OUI	OUI

Source : Assurance NY HAVANA, janv. 2010

Lorsque ces frais sont engagés à la suite d'une maladie rentrant dans la couverture d'assurance et dont l'assuré est atteint ou victime, le remboursement sera effectué sur remise des pièces justificatives énumérées à l'article 20.

Les séjours en préventorium et, dans le cadre de la Formule I, les cures thermales (sauf frais de séjour) font partie de la garantie de base. Toutefois, ils doivent être préalablement approuvés par le médecin de la compagnie pour être pris en charge.

L'assureur étend la garantie du contrat au remboursement :

- des frais de transport sanitaire, dès lors que celui-ci, prescrit par ordonnance médicale, ait lieu à l'intérieur du territoire de Madagascar et ce, du lieu où se trouve l'assuré malade à l'établissement hospitalier ou CSB le plus proche et/ou, au besoin, de ce dernier à son domicile. Toutefois, les frais de transport de l'assuré malade résidant ou en déplacement en province, région ou communauté rurale pour des traitements spécialisés ou hospitalisation à

un centre de référence sanitaire sur prescription médicale ne peuvent être pris en charge que moyennant paiement de surprime correspondante.

❖ des frais de séjour à l'hôpital de la personne accompagnatrice (mère ou père ou tuteur légal) de l'assuré hospitalisé, lorsque celui-ci est un enfant de moins de cinq (05) ans.

On entend par Hospitalisation tout séjour de plus de 24 h dans un centre hospitalier pour soins nécessités par l'état de santé de l'assuré.

2-1- Etendue territoriale

La garantie s'applique aux frais exposés :

- ✓ A Madagascar
- ✓ Dans les autres pays :

❖ Lorsque l'assuré y effectue des séjours d'une durée n'excédant pas 45 jours consécutifs.

❖ Lorsque l'assuré, dans le cadre de congés ou de vacances scolaires, effectue dans le pays de sa résidence habituelle, au regard de la législation sur le contrat de travail, des séjours d'une durée n'excédant pas 90 jours consécutifs.

❖ Pour les séjours d'une durée supérieure à celle des cas prévus ci-dessus, la garantie n'est accordée que moyennant accord préalable de l'assureur et paiement d'une surprime.

2-2- Montant de la garantie

La garantie du contrat est accordée, par maladie ou accident y comprises rechutes ou séquelles, à concurrence des limites, pourcentages et maxima indiqués aux conditions particulières et, s'il y est prévu une franchise, après application de celle-ci.

L'engagement de l'assureur est par conséquent plafonné, globalement chaque année, et, dans le temps par maladie ou accident y compris rechutes et séquelles, suivant la (les) limites(s) aux conditions particulières.

Il est précisé que les maxima par journée d'hospitalisation s'appliquent aux frais de séjour, aux frais médicaux, pharmaceutiques et chirurgicaux.

2-3- Montant de règlement

Les limites de garanties sont exprimées en monnaie malgache. Tout remboursement de frais garantis, quel que soit le pays où les frais sont exposées, sera effectué en monnaie malgache, sauf cas de transfert autorisé par la réglementation en vigueur notamment lors de la mise en jeu de la garantie « Frais de soins et d'hospitalisation à l'étranger ».

2-4– Formation, effet et délai d'attente, durée, suspension du contrat

2-4-1- Formation et prise d'effet du contrat

Le contrat est parfait dès sa signature par le souscripteur et l'assureur qui peuvent, dès lors, en poursuivre l'exécution. Il prend effet aux dates et heures indiquées aux conditions particulières sous réserve du paiement de la prime.

2-4-2 – Effet et délai d'attente

Le contrat produit ses effets à la date indiquée aux conditions particulières. Toutefois, l'entrée en vigueur de la garantie est soumise aux règles ci-après :

- En cas de maladie énumérée ci-après : botulisme, bronchite, cholera, coqueluche, diphtérie, dysenterie, fièvre typhoïde ou paratyphoïde, fièvre jaune, **Filariose,** grippes, hépatite virale, méningite cérébro-spinale, oreillons, paludisme, peste, pneumonie, poliomyélite, rage, rickettsiose, rougeole, roséole, rubéole, scarlatine, tétanos, toxicose, typhus exanthématique, varicelle, zona ; elle est immédiate à compter de la date de prise d'effet du contrat.
- Pour les autres maladies, la garantie est accordée après expiration d'un délai d'attente de trois mois dont le point de départ est fixé à la date de prise d'effet du contrat.
- En cas de grossesse (puisqu'il y a des femmes enceintes porteur de la maladie FL), d'accouchement ou de fausses couches, la garantie est accordée après expiration d'un délai d'attente de neuf mois à compter de la date de prise d'effet du contrat ou de celle de l'extension « Maternité ».
- Les enfants nouveau-nés sont admis à l'assurance sans délai d'attente si les parents étaient assurés depuis trois mois au moins au jour de la naissance et si demande en est faite dans le mois qui suit ce jour.

Les délais d'attente sont applicables à toute personne qui, postérieurement à la date de prise d'effet du contrat, viendrait être assurée par avenant annexé à la police. Le point de départ des délais d'attente étant dans ce cas fixé à la date de prise d'effet de l'avenant ; ces dispositions ne s'appliquent pas aux nouveau-nés lorsque sont remplies les conditions prévues au paragraphe ci-dessus.

Si le présent contrat remplace un autre contrat garantissant les risques de maladie et d'accident auprès de l'assureur par un nouveau contrat comportant des garanties supérieures ou, si en cours de contrat, le souscripteur augmente ou étend les garanties qui y sont prévues,

l'assuré ne peut recevoir des prestations supérieurs à celles prévues antérieurement au remplacement ou à la modification qu'après respect des délais d'attente prévus ci-dessus et uniquement pour les maladies ou accidents survenus postérieurement à la date de prise d'effet des nouvelles garanties.

2-4-3 – Durée du contrat

Le contrat est conclu pour la durée indiquée aux conditions particuliers. A son expiration et à défaut d'indication contraire aux conditions particuliers, il est reconduit d'année en année sauf dénonciation par l'intéressé dans les conditions et formes prévues aux articles 12 et 13.

2-4-4 – Suspension du contrat

Il peut être suspendu pour non-paiement de la prime, conforment à l'article 17.

2-5– Déclaration concernant le risque

2-5-1- Déclaration du risque

A la souscription, les engagements de l'assureur sont basés sur les déclarations faites par l'assuré, consignées dans la proposition d'assurance. Ces déclarations doivent indiquer tous les éléments d'appréciation du risque notamment les infirmités, malformations, maladies connues héréditaires atteignant ou ayant déjà atteint un membre de la famille ou un des proches parents, maladies congénitales, maladies chroniques (filariose), maladies graves dont l'assuré est ou a été atteint.

Les réticences, fausses déclarations, omissions ou déclarations inexactes de la part de l'assuré sont passibles des sanctions prévues aux articles 14(nullité du contrat) et 15 (réduction des indemnités) de la loi.

2-6 – Primes

2-6-1 – Paiement des primes

Le souscripteur doit payer annuellement et d'avance à l'assureur une prime dont les montants à la date d'effet du contrat et à chaque échéance sont respectivement fixés aux conditions particulières et aux Avenants. La prime est indexée à chaque échéance (cf. article 23) et, pour la Formule 1, ajustée suivant les dispositions de l'article 18.

Sauf clause contraire, les primes sont payables au domicile de l'Assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet.

Les éléments constitutifs de la prime sont : la prime nette, les frais accessoires ainsi que les impôts et taxes sur les contrats d'assurance dont la récupération n'est pas interdite.

2-6-2 – Conséquences du non-paiement des primes

A défaut de paiement d'une prime dix (10) jours après son échéance, l'assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, peut, par lettre recommandée ou lettre contresignée adressé au souscripteur à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente (30) jours après l'envoi de cette lettre.

Cette lettre recommandée, envoyée à titre de mise en demeure, rappellera le montant et la date d'échéance de la prime et reproduira l'article 17 de la loi.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix (10) jours après l'expiration du délai de trente jours ci-dessus par notification faite au souscripteur, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

La suspension de la garantie pour non-paiement de la prime ne dispense pas le souscripteur de l'obligation de payer les primes suivantes à leur échéance.

En cas de suspension du contrat, l'assureur est en droit, même après règlement des primes échues, de faire passer à l'assuré un examen médical avant reprise de l'assurance.

2-6-3 – Ajustement de la prime

Le présent article ne s'applique que pour la Formule I. Chaque année, indépendamment de toute variation de l'indice prévu à l'article 23 du contrat, la prime payée à l'échéance fera l'objet, dans les conditions fixées ci-après, d'un ajustement calculé en fonction des résultats techniques. La détermination du résultat technique sera effectuée chaque année, au plus tard au cours du troisième mois suivant l'échéance, et fera ressortir le rapport Sinistres à Primes (S/P) dans lequel :

S : représente la somme des indemnités de sinistres payées au cours de l'année d'assurance écoulée.

P : représente le montant total des primes nettes de frais et impôt acquises au titre de la même année.

L'ajustement de la prime prendra effet au 1er jour de l'année d'assurance en cours, il se fera sur les bases du barème suivant :

Tableau N° 41 : ***Barème d'Ajustement de la prime***

Rapport S/P	**Ajustement**
moins de 0,65	Réduction 15%
de 0,65 à 0,74	Réduction 5%
de 0,75 à 0,84	Sans changement
de 0,85 à 0,99	Majoration 15%
de 1 à 1,14	Majoration 30%
1,15 et plus	Majoration 50%

Source : NY Assurance HAVANA, janv. 2010

La modification de la prime résultant de l'application de la présente clause est notifiée par l'assureur à l'assuré dès la constatation des résultats techniques.

Lorsque cette modification entraîne une réduction de la prime, l'assureur ristourne la différence entre la prime payée à l'échéance et la prime ajustée, sous réserve des dispositions du dernier paragraphe du présent article.

Lorsque cette modification entraîne une majoration de la prime, le souscripteur doit payer une prime complémentaire égale à la différence entre la prime ajustée et la prime payée à l'échéance.

Dans le cas où le souscripteur refuserait la majoration, il doit en aviser l'assureur, par lettre recommandée, dans les quinze jours de la date à laquelle la majoration lui a été notifiée, auquel cas, l'assureur a la faculté de résilier le contrat un mois après la réception de la lettre recommandée.

La résiliation du contrat entraîne la restitution de la fraction de la prime calculée au prorata du temps allant de la date de résiliation à la date d'échéance sous déduction d'un coût d'avenant de résiliation et la restitution des taxes y afférentes puis de l'engagement au seul remboursement des frais garantis tels que stipulés à l'article 14.

La prime ajustée et payée par le souscripteur pour l'année d'assurance en cours servira de base de calcul de la prime de l'année d'assurance suivante qui, à son tour, sera ajustée conformément aux dispositions du présent article. Il est précisé que, quelles que soient les réductions successives résultant de la clause d'ajustement, la prime minimum payable par le souscripteur sera celle de la formule II, telle qu'elle est fixée au tarif de l'assureur pour l'année d'assurance en cours.

2-7– Sinistres

2-7-1 – Déclaration de sinistre

En cas de maladie le souscripteur ou, à défaut, l'assuré doit :

- Remettre, sous peine de sanction prévue par la loi, sauf cas fortuit ou de force majeure, et au plus tard dans les trente jours qui suivent l'acte médical, la déclaration de sinistre à l'assureur ou à son représentant local.
- Indiquer dans la déclaration de sinistre le nom, prénom et domicile de l'assuré, la nature de la maladie, le nom et l'adresse de l'AC ou du médecin traitant et, s'il s'agit d'un accident, les circonstances et le lieu de celui-ci, ainsi que les noms et adresses des témoins s'il y en a.

L'assureur est en droit de demander à l'assuré de lui donner des renseignements complémentaires sur la maladie traitée. Il peut notamment lui demander de répondre à un questionnaire ou de produire une attestation médicale. Il a également la faculté de faire examiner, à ses frais, la personne soignée, par un médecin de son choix. L'assuré est tenu de se soumettre à cet examen. Il peut toutefois exiger que son médecin traitant y assiste.

Si le souscripteur ou l'assuré, de mauvaise foi, fait de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances et les conséquences d'un sinistre, le souscripteur ou l'assuré est entièrement déchu de tout droit aux prestations pour ce sinistre et, si celles-ci sont déjà réglées, elles doivent être remboursées à l'assureur.

L'assureur a en outre le droit de résilier immédiatement le contrat ou, dans le cas d'assurance groupe, de notifier la radiation de l'assuré de la liste des adhérents ; les primes payées restent acquises à l'assureur à titre de dommages et intérêts.

2-7-2 – Droit au remboursement des frais garantis

Le droit au remboursement des frais garantis n'est acquis qu'après que le souscripteur ait accompli les formalités suivantes :

2-7-2-1- Remise à l'assureur des pièces justificatives originales ci-après :

- Notes d'honoraires de médecin ou chirurgien munies de son numéro d'affiliation à l'Ordre de sa profession, son adresse professionnelle ;
- Ordonnances médicales (avec mention du numéro d'identification du praticien au sein de l'Ordre de sa Profession) ;

- Notes d'honoraires de praticiens ayant donné des soins prescrits médicalement, praticiens qui doivent être titulaires de diplômes exigées par les pouvoirs publics et en règle vis-à-vis de l'ordre de leur profession ;
- Facture d'hôpitaux ou cliniques ;
- Factures des pharmacies ou des établissements habilités officiellement à vendre des médicaments avec les notices des médicaments munies du visa du pharmacien.

RECOMMANDATIONS POUR LA CAMPAGNE 2010

Les résultats de deux DMM étaient satisfaisants. Mais lors de la mise en œuvre, on constatait des contraintes. Les recommandations suivantes sont émises pour que la DMM 2010, la distribution de la MID, la prise en charge de lymphoedème et de l'hydrocèle soient réussie :

1- Poursuivre les efforts ayant permis d'obtenir un taux de couverture thérapeutique ≥80%.
2- Pour un impact épidémiologie maximal de la DMM, respecter la durée de la campagne qui ne devrait pas dépasser 14 jours y compris les séances de rattrapage.
3- Appliquer les procédures de gestion efficace des médicaments : utiliser les médicaments de la campagne précédente avant d'entamer les nouveaux médicaments.
4- Garder au niveau du SDSP les médicaments restant de la campagne
5- La chirurgie de l'hydrocèle doit être proposée dans les services les plus périphériques des systèmes de santé, dans les zones d'endémie, là où les populations y ont facilement accès et à un coût abordable pour elles. Elle doit s'intégrer (avec d'autres mesures pour traiter les incapacités) dans le système ordinaire des soins de santé.
6- Encore cette année, en vue de la mobilisation de ressources financières, réfléchir dès maintenant à l'organisation de la campagne 2010.

CONCLUSION

Les causes de morbidité de la FL sont connues et les remèdes à la fois évidentes et éprouvés. Les défis majeurs consistent à traduire ce savoir en action, agir de façon équitable dans toutes les actions entreprises, améliorer les systèmes de santé précaires qui continuent à ralentir les programmes déjà en place et allouer suffisamment de fonds à l'amélioration de l'état de santé de malade FL dans le meilleur possible. La FL étant à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté ; la lutte contre cette maladie endémique s'insère aussi dans le cadre global de la lutte contre la pauvreté dans le monde et surtout à Madagascar.

L'engagement fort du personnel de santé couplé d'un exercice d'un leadership qui a su mettre en avant l'intérêt de la population ont permis de dépasser tous les obstacles et les contraintes survenues dans la réalisation de la campagne de DMM 2009. Par ailleurs, la prise de conscience de la population sur les effets bénéfiques des médicaments a sûrement poussé la communauté à s'auto-prendre en charge.

Et au niveau de prise en charge de la maladie l'utilité de profil de santé de malade ne cesse de s'améliorer lors de l'évaluation finale. Très investies de leur mission, certaines équipes management de Madagascar se sont engagées à fournir plus d'effort à la prochaine campagne, en l'occurrence les districts de Vohipeno et de Farafangana.

Puis, il est à noter que les médicaments Diéthylcarbamazine et Albendazole destinés à la réalisation de la prochaine campagne DMM sont déjà disponibles au niveau du programme. Par ailleurs, des négociations pour leur acheminement dans le cadre du SSME sont en cours. Reconnaissant d'une part l'ampleur du problème posé par les manifestations urogénitales de la filariose lymphatique et, d'autre part, que ces manifestations, beaucoup plus fréquentes que le lymphoedème, sont davantage justifiables de traitements curatifs, le groupe a recommandé de donner la priorité à la prise en charge chirurgicale des manifestations urogénitales dans le cadre de la gestion de la morbidité par le programme d'élimination de la FL.

De toutes les manifestations urogénitales de la FL, l'hydrocèle est la plus courante. Le groupe s'est mis dans la perspective de la santé publique et a concentré ses travaux sur la prise en charge chirurgicale de l'hydrocèle.

La chirurgie de l'hydrocèle doit être proposée dans les services les plus périphériques des systèmes de santé, dans les zones d'endémie, là où les populations y ont facilement accès et à un coût abordable pour elles.

Elle doit s'intégrer (avec d'autres mesures pour traiter les incapacités) dans le système ordinaire des soins de santé. En général, le médecin chirurgien affecte le gain-efficacité et efficience et le patient assure le remboursement suite à une intervention chirurgicale malgré les complications qui sont minimes.

L'économie de santé est une science d'optimisation mais l'optimum de Pareto est l'idéal mais il reste aléatoire d'où la nécessité de l'intervention de l'Etat.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGE

📖 ARMAND COLIN : Dictionnaire des sciences économiques et sociales, 2ème Editions, 2007, 495 pages.

📖 BE JEAN. S : Economie du système de santé : du marché à l'organisation Economica 1994, 378 pages.

📖 BERESNIAK, DURU G : analyse économique de la santé, paris, Editions Seillans, 1992, 323 pages.

📖 BINOY C et al. Omentoplasty in the management of filarial- lymphoedema. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 1998, 92: 317- 319

📖 DESTAIS : le système de santé – organisation et régulation, Editions LGDJ, 423 pages.

📖 GORTTESMAN JE. Hydrocelectomy: evaluation of technique. Urology, 1976, 7: 386-387. Economic of Health.

📖 GUIDE DE L'APPRENANT, projet Pilote Reggio Terzo Mondo de la région vatovavy Fitovinany et Atsimo Atsinanana, Bibliothèque RTM Manakara et Antananarivo ; 51 pages.

📖 Hass JA, Carrion HM, Sharkey J, Politano VA. Operative treatment of hydrocele: another look at lord's procedure. Urology, 1978, 12:578-579.

📖 Ku HJ et al. The excisional, placation and internal drainage techniques: a comparison of the results for idiopathic hydrocele. BJU International, 2001, 87:82-84.

📖 MAJNONI D'IGTIINANO : Economie de la santé ; Editions Thémis Economica, 2001 ; 203 pages.

📖 PHELPS : les fondements de l'économie de la santé, Editions Nouveaux horizons, 1995, 204 pages.

📖 Singh RK et al. Experience with window formation technique for hydrocèle. Tropical Doctor, 1999, 29: 163-164.

📖 Spencer J. Surgical aspects of filariasis. Tropical Doctor, 1974, 4:26-30.

📖 Tripathi FM, Sinha JK, Bhattacharya V. Elephantine scrotum and pseudoscrotum in endemic filariasis. Lymphology, 1990, 23:198-9.

REVUE PERIODIQUE

📖 ALBRECHT W, Holt W, Aharinejad S. Lord's procedure – the best operation for hydrocèle Journal of Urology, 1991, 68: 187-189. Economic of Health

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

📖 K. H. Arrow, « Uncertainty and the welfare economics of medical care », in *American Economic Review*, vol. 53, 1963, 230 pages.

📖 S. BEJEAN, C. Peyron & G. JOHANET, *Santé, règles et rationalités*, Economica, Paris, 2002

📖 A. J. CULYER & J. P. Newhouse dir., *Handbook of Health Economics*, Elsevier-North Holland, Amsterdam, 2000, 463 pages.

📖 M. F. Drummond, B. J. O'brien, G. L. STODDART & G. W. Torrance, *Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé*, Economica, Paris, 1997, 495 pages.

📖 Ministère de la santé : Rapport d'activité et de résultat 2009 – 2010, programme d'élimination de la filariose lymphatique à Madagascar. Economie de santé publique, 13 pages.

📖 R. G. Evans, « Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications », in M. Perlman dir., *The Economics of Health and Medical Care*, Macmillan Press, Londres, 1974, 534 pages.

📖 H. E. KLARMAN, « The Distinctive Economic characteristics of health services », in *Journal of Health and Human Behaviour*, vol. 44, 1963, 249 pages.

📖 A. Leclerc, D. FASSIN, H. Grandjean, M. KAMINSKI & T. Lang dir, *Les Inégalités sociales de santé*, I.N.S.E.R.M.-La Découverte, Paris, 2001, 687 pages.

📖 B. MAJNONI d'INTIGNANO & P. ULMANN, *Économie de la santé*, coll. Thémis, P.U.F., Paris, 2001, 368 pages.

📖 L. ROCHAIX, « Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », in *Économie & Prévision*, vol. 129-130, 1997, 345 pages.

📖 N. TANTI-HARDOUIN, *Économie de la santé*, Armand Colin, Paris, 1994, 365 pages.

AUTRES

Dr Maria P Neira, Directeur Maladies transmissibles : prévention, lutte et éradication (CPE), OMS, CH-1211 Genève 27 (tel : +41-22-791-3997, mél : neiram@who.int).

Dr Gautam Biswas, Elimination de la FL (CEE/FIL/, Elaboration et suivi des stratégies d'éradication et d'élimination OMS, CH-1211 Genève 27 (tel : +41-22-791-3225, télécopie : +41-22-791-4777, mél : biswasg@who.int).

Site Web: www.cdsdocäwho.inter – rtmtana@.mg – document CDS

ANNEXES

ANNEXE N°I : DONNÉES SUR RESULTATS DE L'AMELIORATION DES ETATS DE SANTE DE MALADE AU NIVEAU DES ÉPISODES AIGUES PAR DISTRICT

Données récapitulatives district de vatomandry

Mois	Cas recensés		Cas Confirmés	Prise en charge		CA
	Lympho	Hydro	Hydro	Lympho	Hydro	
Apr-08	110	248	16	15	16	10
May-08	116	252	31	38	35	18
Jun-08	118	252	46	53	46	21
Jul-08	122	252	57	70	57	18
Aout 08	128	253	60	83	60	17
Sep-08	135	258	72	94	70	15
Oct-08	141	258	72	96	70	13
Nov-08	147	259	73	104	70	10
Dec-08	147	262	73	104	70	3
Jan-09	159	266	74	107	74	7
Feb-09	179	266	77	133	76	8
Mar-09	196	293	96	196	99	5
Apr-09	210	310	108	210	114	13
May-09	217	308	108	217	113	10
Jun-09	222	306	109	222	113	6
Jul-09	225	306	112	225	114	5
Aug-09	235	313	122	235	124	12
Sep-09	255	323	132	255	132	3
Oct-09	255	323	134	255	135	2
Nov-09	258	325	136	258	137	4

Source : Handicap international, 2009

Données récapitulatives district de Marolambo

Mois	Cas recensés		Cas confirmés	Prise en charge		CA
	Lympho	Hydro	Hydro	Lympho	Hydro	
Jan-09	221	234	65	221	65	57
Feb-09	221	234	65	221	65	57
Mar-09	221	236	67	221	67	40
Apr-09	225	236	68	225	68	35
May-09	225	236	70	225	70	17
Jun-09	225	237	114	224	114	20
Jul-09	265	247	127	265	127	25
Aug-09	266	258	143	266	143	11
Sep-09	266	275	162	266	163	17
Oct-09	266	298	185	266	186	18
Nov-09	266	301	192	266	193	11

Source : Handicap international, 2009

N.B : Pour le lymphoedème, tous ceux-ci qui sont recensés sont tous confirmés.

ANNEXE N°II : Données récapitulatives district de Tamatave I

Mois	**Cas recensés**		**Cas confirmé**	**Prise en charge**		**CA**
	Lympho	Hydro	Hydro	Lympho	Hydro	
Jun-08	0	0	0	0	0	0
Jul-08	0	0	0	0	0	0
Aug-08	0	0	0	0	0	0
Sep-08	0	0	0	0	0	0
Oct-08	0	0	0	0	0	0
Nov-08	0	0	0	0	0	0
Dec-08	0	0	0	0	0	0
Jan-09	39	15	10	39	10	2
Feb-09	40	19	11	40	11	0
Mar-09	41	19	13	41	13	1
Apr-09	41	17	12	41	12	1
May-09	41	22	15	41	18	7
Jun-09	41	24	18	41	18	0
Jul-09	41	24	18	41	18	0
Aug-09	43	27	21	43	21	2
Sep-09	43	27	21	43	21	0
Oct-09	43	27	21	43	21	0
Nov-09	0	0	0	0	0	0

Source : Handicap international, 2009

Données récapitulatives district d'Ant/bao Manampontsy

Mois	**Cas recensés**		**Cas confirmés**	**Prise en charge**		**CA**
	Lympho	Hydro	Hydro	Lympho	Hydro	
Nov-08	50	52	10	28	2	18
Dec-08	53	57	10	28	3	22
Jan-09	65	57	18	37	18	24
Feb-09	74	57	22	54	22	24
Mar-09	93	76	24	74	24	20
Apr-09	90	76	29	74	29	15
May-09	101	82	38	100	38	13
Jun-09	111	87	44	111	42	7
Jul-09	113	90	48	113	46	7
Aug-09	120	90	48	120	46	6
Sep-09	142	94	50	142	48	5
Oct-09	151	95	52	151	50	2
Nov-09	151	95	53	151	51	0

Source : Handicap international, 2009

ANNEXE N°III : Evolution du taux de couverture thérapeutique rapporté

Région	District	Tour DMM	2005	2006	2007	2008	2009
Analanjirofo	Fenoarivo atsinanana	3			90,9	76,21	75,94
Analanjirofo	Mananara	2				89,87	81,48
Analanjirofo	maroantsetra	2				82,5	80,79
Analanjirofo	Nosy boraha	4		87,21	71,32	82,62	82,48
Analanjirofo	Soanerana Ivongo	3			86,37	87,87	67,02
analanjirofo	Vavatenina	3			77,85	64,25	72,04
Anosy	Taolagnaro	4		82,94	63,93	81,01	84,21
Atsimoatsinanana	Farafangana	4		83,56	84,44	85,42	83,03
Atsimoatsinanana	Vangaindrano	4		59,73	87,05	39,81	62,69
Atsinanana	Mahanoro	4		81,98	83,59	80,11	85,21
Atsinanana	Toamasina 1	2				75,83	72,24
Atsinanana	Toamasina 2	3			69,92	62,65	78,95
Atsinanana	Vatomandry	4		85,58	79	70,6	75,94
Atsinanana	Vohibinany	4		82,55	74,55	77,46	85,66
Diana	Ambanja	2				68,51	50,03
Diana	Ambilobe	2				72,29	56,53
Diana	Antsiranana 1	2				59,64	67,01
Diana	Antsiranana 2	2				62,88	49,3
Sava	Andapa	2				72,77	63,67
Sava	Antalaha	2				75,38	72,29
Sava	Sambava	2				82,03	64,77
Sava	Vohimarina	2				81,63	77,18
Sofia	Befandrina	2				65,79	63,99
Sofia	Mandritsara	2				83,21	64,18
Vatovavy F/ nany	Ifanadiana	4		73,36	70,47	71,44	80,79
Vatovavy F/ nany	Ikongo	4		60,38	77,66	89,37	91,94
Vatovavy F/ nany	Manakara	5	79,5	76,17	80,29	75,98	83,16
Vatovavy F/ nany	Mananjary	5	81,33	83,51	86,61	85,61	81,09
Vatovavy F/ nany	Nosy varika	4		82,71	68,74	75,27	79,73
Vatovavy F/ nany	Vohipeno	5	86,4	81,69	81,88	79,91	83,19

Source : DULM/PEFL, 2009

ANNEXE N°IV : REPRESANTATION DES MANIFESTATIONS DE LA MALADIE FL

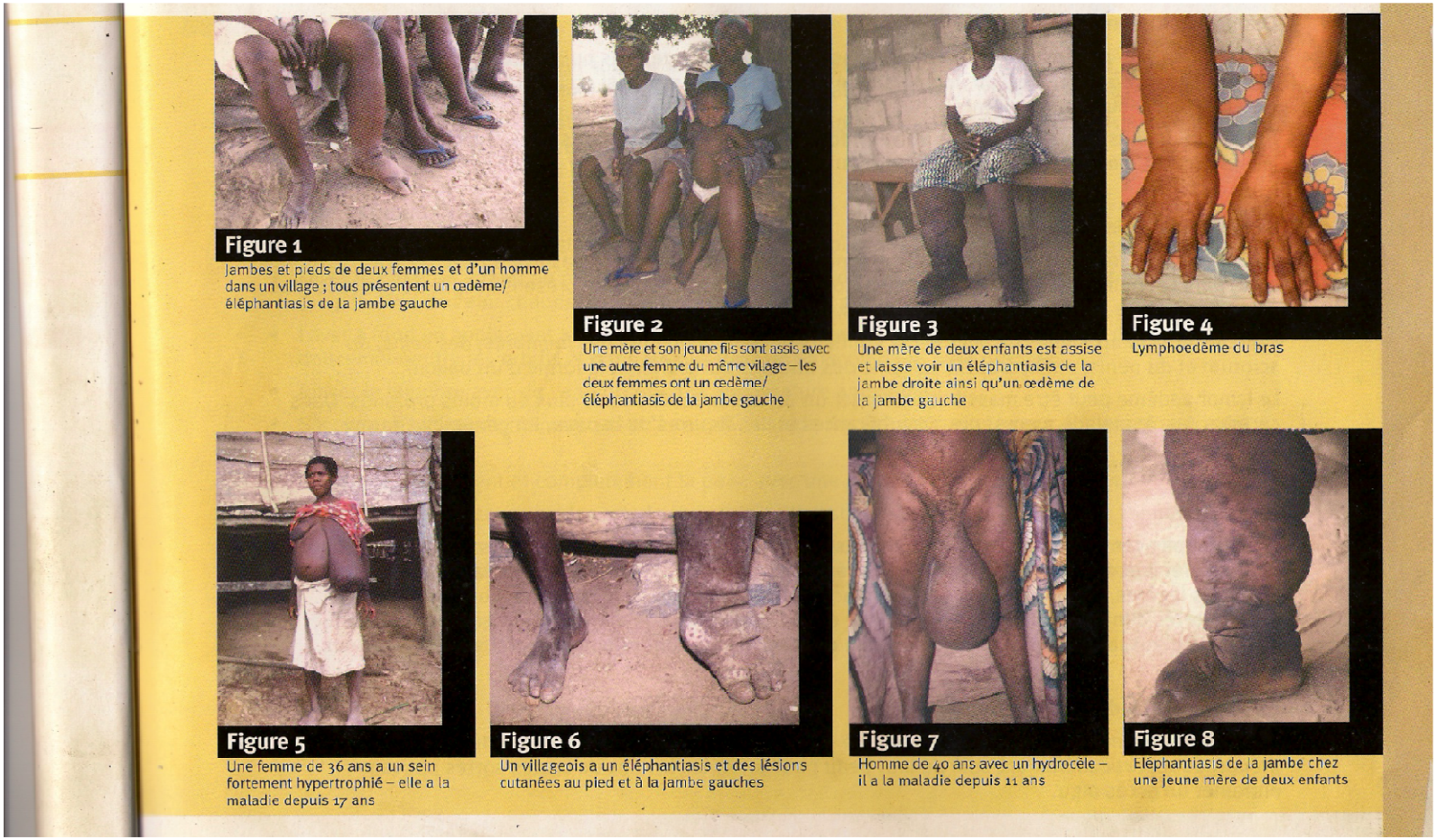


Figure 1
Jambes et pieds de deux femmes et d'un homme dans un village ; tous présentent un œdème/ éléphantiasis de la jambe gauche

Figure 2
Une mère et son jeune fils sont assis avec une autre femme du même village – les deux femmes ont un œdème/ éléphantiasis de la jambe gauche

Figure 3
Une mère de deux enfants est assise et laisse voir un éléphantiasis de la jambe droite ainsi qu'un œdème de la jambe gauche

Figure 4
Lymphoedème du bras

Figure 5
Une femme de 36 ans a un sein fortement hypertrophié – elle a la maladie depuis 17 ans

Figure 6
Un villageois a un éléphantiasis et des lésions cutanées au pied et à la jambe gauches

Figure 7
Homme de 40 ans avec un hydrocèle – il a la maladie depuis 11 ans

Figure 8
Eléphantiasis de la jambe chez une jeune mère de deux enfants

Source : Projet Reggio Terzo Mondo, 2008

ANNEXE V : Coût et couverture des filets de protection sociale dans le secteur de la santé

Rubriques	Coût total (millions de $EU)	Nombre de bénéficiaire	Groupe cible	% du Groupe Cible	Coût par Bénéficiaire ($EU)	Efficacité	Problème
Exemptions de recouvrements des coûts Fonds d'équité FANOME	0,16 Collecté 2,6 $EU millions et destiné 160 000$EU au Fond d'équité	13 284	La santé maternelle et pédiatrique (Unicef) fournir des médicaments gratuits aux segments les plus pauvres de la population Le ciblage des bénéficiaire se fait au niveau des communauté (FKT)	Nombre limité des communes sondées (entre 32% et 42%) 95,000 bénéficiaire potentiels avaient été identifiés localement (moins d'1% de la population nationale)	0,57	Le nombre moyen de visite aux centres de santé a diminué d'environ 30% par rapport à l'année précédente. Dans les zones rurales et dans les plus pauvres. Système FANOME opérationnel dans moins de la moitié des communes sondées du fonds d'équité de l'hôpital pilote CHD II Augmentation de l'accès des membres les plus pauvres de la communauté. Mais les pauvres sont normalement mal informés sur le système des exemptions. Nécessité d'un important financement supplementaire de la part du groupe et/ ou des donateurs.	Le pourcentage choisi (3/135) pour financer le programme FANOME est trop bas pour couvrir adéquatement Les besoins de pauvres ciblage : exclusion de ceux qui ne sont pas inscrits auprès des Fokontany (sans-abri et autres groupes marginalisés)

Source : SGRPS, 2009

ANNEXE VI : ***LES QUESTIONS-CLE***

Le manque d'accès aux services de santé tout au long de l'année pour les groupes les plus pauvres et les plus isolées de la population, et un accès saisonnier limité pour la plupart des pauvres.

Programmes	Ciblage	Coûts	Efficacité
Fond d'équité	Tous les soins médicaux et les coûts y relatifs (transport, etc.) pour le décile le plus pauvre de la population. La moitié du coût desdits soins et des autres dépenses pour le deuxième décile le plus pauvre de la population (couvrant tous les soins pendant les périodes difficiles, en particulier la soudure)	En 2005 serait de MGA 6,2 milliards et passerait à MGA 7,3 milliards en 2010	Identification des bénéficiaires par des organisations indépendantes dissémination généralisée d' information auprès des bénéficiaires potentiels. Existence de critères clairs pour l' octroi d'exonérations.
Assurance maladie mutuelles			Une phase pilote de deux à trois ans développerait le cadre réglementaire et institutionnel nécessaire[1].
Transfert d'espèces			
Mécanismes de prépaiement			

Source **:** *SGRPS*

[1] *OIT Rapport de faisabilité, « Projet de programme de Développement de la mutualité de santé à Madagascar (Prodem) », mai 2004*

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N° 1 : *valeur des indicateurs de l'infection filarienne - des sites de contrôle – 2009 de la région atsinanana* 18
Tableau N° 2 : *Récolte de données relatives aux activités FL/FKT Décembre 2009* 21
Tableau N° 3 : *Distribution des médicaments de masse année 2008* 28
Tableau N° 4 : *Distribution des médicaments de masse année 2009* 29
Tableau N° 5 : *Dispositif pour une facilitation financière de l'accès de la population cible* 31
Tableau N° 6 : *FANOME* 36
Tableau N° 7*: Fonds d'équité* 36
Tableau N° 8 : *Fonctionnement en 2009* 40
Tableau N° 9 : *Partenaires financiers 2009* 41
Tableau N° 10 : *Avis sur le protocole anesthétique en locale* 51
Tableau N° 11 : *Insatisfaction des malades opérés* 51
Tableau N° 12 : *Rôle principal de chaque acteur* 52
Tableau N° 13 : *Les différents intervenants et responsables sanitaires* 56
Tableau N° 14 : *Les différentes sortes de formation sanitaires de Toamasina I* 57
Tableau N° 15 : *Coût du programme DMM et MID* 61
Tableau N° 16 : *Coût d'une formation* 62
Tableau N° 17 : *Coûts économiques supportés directement par les malades et ses familles* 62
Tableau N° 18 : *Tarif CHU Tamatave I* 63
Tableau N° 19 : *Tarif CHD II vatomandry* 64
Tableau N° 20 *: Données lymphoedeme Toamasina I* 65
Tableau N° 21 : Données Hydrocèle Toamasina I 66
Tableau N° 22 : *Suivi des malades atteints de lymphoedème Toamasina I* 66
Tableau N° 23 : *Suivi des malades atteints d'hydrocèle Toamasina I* 66
Tableau N° 24 : *Données de lymphoedème à Toamasina II* 67
Tableau N° 25 : *Données d'hydrocèle à Toamasina II* 68
Tableau N° 26 : *Suivi des malades atteints de lymphoedème* 68
Tableau N° 27 : *Suivi des malades atteints d'hydrocèle* 69
Tableau N° 28 *: Taux de couverture thérapeutique de la Région Atsinanana* 71
Tableau N° 29 *: Mission d'évaluation* 73
Tableau N° 30 : *Durée de crises aiguës avant et après la prise en charge* 74
Tableau N° 31 *: Etablissement d'une échelle de douleur par le malade* 75
Tableau N° 32 : *Qualité de vie gagné en fonction de l'épisode aigu traité auprès de 4 CSB de référence* 77
Tableau N° 33 *: Mesure d'utilité par évolution de crises aigues de Marolambo* 78
Tableau N° 34 : *Récapitulation de l'opération d'hydrocèle de la région Atsinanana* 80
Tableau N° 35 : *Analyse gain-efficience et efficacité* 80
Tableau N° 36 : *Récapitulation de l'opération d'hydrocèle effectue au CHU Toamasina* 82
Tableau N° 37 : *Description de différentes complications de Toamasina II* 84
Tableau N° 38 : *Présentation du suivi budgétaire 2009* 85
Tableau N° 39 : *Constat du déficit et d'excédent budgétaire* 86
Tableau N° 40 *: Formule d'Assurance* 101
Tableau N° 41 : *Barème d'Ajustement de la prime* 106

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphe n° 1 : *Evolution de la prévalence microfilarienne*..... 17
Graphe n° 2 : *Evolution de l'infection filarienne au site d'ambatorao*..... 25
Graphe n° 3 : *Evolution de la couverture thérapeutique* 30
Graphe n° 4 *: Appui financier [USD]* 37
Graphe n° 5 *: Exposition aux habitants aux messages de FL suivant le type de média et le lieu de résidence.* 45
Graphe n° 6*: Evolution du cout acte opératoire de CHU Toamasina I*..... 63
Graphe n° 7 : *Evolution du cout acte opératoire de CHD II Vatomandry*..... 64
Graphe n° 8 *: Nombre de suivi des malades de Filariose pour Toamasina I* 67
Graphe n° 9 : *Nombre de suivi des malades pour Toamasina II.*..... 70
Graphe n° 10 : *Taux de couverture thérapeutique observée au niveau des sites sentinelle fixe* 72
Graphe n° 11 : *Entretien avec un malade* 76
Graphe n° 12 : *Mesures d'utilité de profil de santé des malades de Marolambo* 79
Graphe n° 13 : *Evolution des prestations suivant district*..... 81

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE **1**

REMERCIEMENTS **2**

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES **3**

GLOSSAIRE **6**

METHODOLOGIE **8**

INTRODUCTION **9**

PREMIERE PARTIE : **12**

PRESENTATION DU PROGRAMME D'ELIMINATION DE LA FL **12**

CHAPITRE1 : *DESCRIPTION DE LA MALADIE FILARIOSE LYMPHATIQUE* 13

Section 1 : HISTORIQUE *13*

1-1- Répartition mondiale et origine de la maladie 13

1-2- Répartition selon le sexe et lien avec l'état infectieux 14

Section 2 : EPIDEMIOLOGIE *15*

2-1- Prevalence microfilarienne 17

2-2 –Densité microfilarienne 17

Section 3 : MANIFESTATIONS CLINIQUES *18*

3-1- Evaluation du lymphoedème 18

3-1-1- Signes et symptômes de la FL 18

3-1-2- Lésions cutanées 18

3-1-3- Evaluation de l'accès aigu 18

3-2- Manifestations uro-génitales de la filariose lymphatique 19

CHAPITRE 2 : *PROGRAMME-IDENTIFICATION ET PLANIFICATION* 22

Section 1 : IDENTIFICATION ET OBJECTIFS *22*

1-1-Renforcement des partenaires publics-privés 22

1-1-1- Mobilisation des ressources 22

1-2 - Renforcement d'activité de gestion du programme par la DMM 23

1-2-1 - Approches novatrices 23

1-2-2 – L'activité de prélèvements nocturnes en une nuit à Ampitakiosy 24

1-2-3 – Réduction significative de l'infection filarienne : Nosy Boraha vers l'élimination ? 24

1-2-4 – La réussite d'activité de stratégie urbaine dans le district de Toamasina 26

1-3- Interprétation 30

1-4- Facilitation de l'accès aux populations à l'opération chirurgicale 30

1-4-1- Facilitation financière 30

Section 2 : PLANIFICATION ET MISE EN ŒUVRE *32*

2-1- Minimisation des coûts 32

2-2- Fonds d'équité 33

2-2-1- Coûts de valeur 33

2-2-2 - Groupe cible et couverture 34

Section 3 : FINANCEMENT DU PROGRAMME *34*

3-1 – Objectif poursuivi par la ligne de financement 35

3-2 – Ressources financieres 37

3-2-1– Etat 37

3-2-1-1- Fonctionnement 37

3-2-1-2- L'économie de la santé au service de la maîtrise des dépenses de santé[1]**.** 38

3-2-1-3- Les facteurs responsables de la croissance des dépenses de santé. 39

CHAPITRE 3 : *ANALYSE DES STRUCTURES D'INFORMATION ET DE FORMATION* 42

Section 1 : INFORMATIONS A CARACTERE STRATEGIQUE *42*

1-1 – Politique d'information des personnes atteintes ou susceptibles d'être atteintes 42

1-2- Politique de communication 43

1-2-1- L'objectif de communication 43

1-2-1-1 - Amener les cibles potentielles (cibles primaires) à **:** 43

1-2-1-2- Amener les personnes influentes (cibles secondaires) à : 44

1-2-2- Groupes cibles 44

1-3- La limite d'accès des cibles au media et aux informations sur la FL 45

Section 2 : INFORMATIONS MEDICALES ACTIVES-TRANSPARENTES *46*

2-1- Les incidences contractuelles des asymétries d'information 46
2-2- Stockage et utilisation de l'information médicale 47
2-2-1- Le « stockage » de l'information médicale 48
2-2-2- L'utilisation de l'information médicale pour les politiques sanitaire et sociale. 49
Section 3 : ROLE DE FORMATION (IDENTIFICATION, SELECTION ET FORMATION DES ACTEURS SANITAIRES) 49
DEUXIEME PARTIE : ANALYSE ECONOMIQUE DU PROGRAMME 54
CHAPITRE 1 : *ANALYSE COUT-SANTE DU PROGRAMME* 55
Section 1 : STRUCTURES DE SANTE EXISTANTES 55
1-1- Classification des établissements de soins 55
1-2- Approche théorique de la limite du contrôle malthusien de l'offre de soins de sante. 57
Section 2 : ELASTICITE DEMANDE-SANTE 59
Section 3 : ANALYSE COMPARATIVE DEPENSES ENGAGÉES-RESULTATS 60
3-1- Coûts : les analyses coût/efficacité et coût/bénéfice des stratégies médicales et sanitaires. 60
2-2- Résultats du programme filariose 2009 Toamasina I 65
2-2-1-Suivi de ces malades effectué par les AC : 66
2-2-2 – Le taux de couverture thérapeutique rapporté par les distributeurs communautaires 70
2-2-3- Le ratio du taux de couverture thérapeutique observée 71
2-2-4- Résultats de l'enquête CAP 72
2-3- Résultats de la prise en charge du lymphoedeme 72
Ces résultats sont appréciés ici à travers différentes stratégies adoptées dans le cadre d'une approche : analyse coût-efficacité. 72
2-3-1-Analyse coût-efficacité de cette prise en charge 72
2-3-1-1- Stratégie 1 « mutuellement exclusive » : *durée de crise* 74
2-3-1-2 – Stratégie 2 « mutuellement exclusive » : l'intensité 74
de la prise en charge avec la dernière crise aigue (les crises aigues survenues dans les premiers six mois de PEC n'ont pas été considérées). 75
2-3-1-3- Stratégie 3 « mutuellement exclusive » : la fréquence 77
2-4- Les résultats de la prise en charge chirurgicale de l'hydrocèle 2008-2009 79
2-5- Suivi budgétaire 2009 de l'hydrocèle et de lymphoedème 85
2-6-Prévision budgétaire de l'année 2010 86
2-7- Protocole chirurgicale 86
CHAPITRE 2 : *PERSPECTIVES D'AMELIORATION* 88
Section 1 : IMPORTANCE ET AMELIORATION DU ROLE DU MEDECIN 88
2-1 - Mise en œuvre d'une politique de développement des ressources humaines pour la sante de malade FL : .. 88
2-2- Responsabilité dans l'acte médical 89
2-2-1- Aspects socio-économiques 89
Section 2 : INTERVENTION DU POUVOIR PUBLIC 90
2-1-Les interventions clés 91
2-2- Les interventions essentielles 91
2-3 - Santé et échec du marché : légitimation de l'intervention publique. 91
Section 3 : NECESSITE D'UNE STRUCTURE PUBLIQUE DE PROXIMITE 92
3-1- Promotion des services de proximité. 92
3-1-1- Modèle1 : Sessions de DMM, dépistage et de chirurgie 92
3-1-2- Modèle 2 : Sessions de dépistage et chirurgie au niveau II 92
3-1-3- Modèle 3 93
3-1-4- Modèle 4 93
3-2- Soins de santé et justice sociale 94
Section 4 : INSTITUTIONNALISATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 95
1-1- Cadre institutionnel 96
1-1-1- L'office national de la protection social (ONAPS) 96
1-1-2- L'office régional de protection social (ORAPS*)* 96
1-1-3- L'unité d'intervention de la protection sociale au niveau des districts (UIPS) 97
1-2- Développement du marché financier en matière de protection sociale 97
1-2-1- Les institutions financières 97
1-2-1-1- Les Banques 97
1-2-1-2- La micro-finance 98
CHAPITRE 3 : *THEORIE D'ASSURANCE SANTE-MALADIE EN MATIERE DE PROTECTION SOCIALE* 99
Section 1 : PRESTATIONS SOCIALES 99
1-1- Etendue de la garantie 99
1-1-1- Définition : 99

1-1-1-1- Souscripteur 99
1-1-1-2- Assuré(e) 100
1-1-1-3- Assureur 100
1-1-1-4- Maladie 100
1-1-1-5- Prime 100
1-1-1-6- Echéance principale 100
1-1-1-7- Année d'Assurance 100
1-1-1-8- Loi 100
Section 2 : CHOIX DE LA FORMULE D'ASSURANCE – GARANTIE DE BASE 100
2-1- Etendue territoriale 102
2-2- Montant de la garantie 102
2-3- Montant de règlement 102
2-4– Formation, effet et délai d'attente, durée, suspension du contrat 103
2-4-1- Formation et prise d'effet du contrat 103
2-4-2 – Effet et délai d'attente 103
2-4-3 – Durée du contrat 104
2-4-4 – Suspension du contrat 104
2-5– Déclaration concernant le risque 104
2-5-1- Déclaration du risque 104
2-6 – Primes 104
2-6-1 – Paiement des primes 104
2-6-2 – Conséquences du non-paiement des primes 105
2-6-3 – Ajustement de la prime 105
2-7– Sinistres 107
2-7-1 – Déclaration de sinistre 107
2-7-2 – Droit au remboursement des frais garantis 107
2-7-2-1- Remise à l'assureur des pièces justificatives originales ci-après : 107
CONCLUSION 110
BIBLIOGRAPHIE 112
ANNEXES 114
LISTE DES TABLEAUX 121
LISTE DES GRAPHIQUES 122