

SOMMAIRE

	pages
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LE RECOUVREMENT DE COUTS	
I - CONSIDERATIONS GENERALES	
A - LES CONTEXTES DE MISE EN PLACE DU RECOUVREMENT DE COUTS A MADAGASCAR.....	6
1 - Le contexte politique	6
2 - Cadre juridique et législatif.....	7
B - SITUATION ACTUELLE DE MADAGASCAR	7
1 - Situation macro économique	7
2 - Politique Nationale de Santé	10
C - LES DIFFERENTS TYPES DE RECOUVREMENT DE COUTS.....	12
1 - Pharmacie Communautaire (PHACOM).....	12
2- Fahasalamana Iraisam-Bahoaka /Initiative de Bamako (FIB/IB)....	15
3- La Pharmacie à Gestion Communautaire(PHAGECOM).....	18
4- La Participation Financière des Usagers (PFU).....	19
4.1- Objectifs.....	20
4.2- Organisation / gestion pour les Centres de Santé de Base (CSB) et les Centres Hospitaliers de Districts (CHD 1)	21
4.2.1- Les acteurs de la PFU avec leurs rôles et fonctions respectives.....	21
4.2.2- Les procédures et les outils de la PFU.....	27

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE PROPEMENT DITE

II - NOTRE ETUDE.....	34
II .1- BUT DE L'ETUDE.....	34
II .2- PRESENTATION DU MILIEU ET CADRE D'ETUDE.....	34
II .2.1- Raisons du choix du site.....	34
II .2.2- Historique.....	34
II .2.3- Présentation du service	34
II .3- METHODOLOGIE.....	39
II .3.1- Recrutement des dossiers – Méthode de collecte des données.....	39
II .3.2- Méthode d'analyse des données.....	40
II .3.3- Sélection des sujets recrutés.....	41
II .4- RESULTATS ET INTERPRETATIONS.....	41
II .4.1- Caractéristiques et distribution de la population étudiée.....	41
II .4.2- Présentations et interprétations des résultats de l'enquête.....	52
1- <i>Attitude des gens face à la suspension de la PFU.....</i>	<i>52</i>
2- <i>La fréquentation du CSB par les consultants depuis la gratuité.....</i>	<i>57</i>
3- <i>Les principaux motifs de consultation.....</i>	<i>60</i>
4- <i>Disponibilité des médicaments au CSB depuis la gratuité.....</i>	<i>61</i>
5- <i>La gestion de la PFU au niveau du CSB II de Mahamasina en 2001 et 2002 jusqu'au début de la gratuité.....</i>	<i>63</i>
6- <i>Amélioration des soins dispensés au CSB.....</i>	<i>64</i>
7- <i>Changements d'habitude depuis la suspension de la PFU....</i>	<i>65</i>
8- <i>L'impact ressenti par les consultants de la suspension de la PFU sur leur niveau de vie (au niveau de leur ménage) et au niveau du CSB même.....</i>	<i>66</i>

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

III. 1- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	71
III .1.1- Sur l'attitude des gens face à la suspension du recouvrement de coûts	71
III .1.2- Sur la fréquentation du centre.....	71
III .1.3- Sur la disponibilité des médicaments.....	72
III .1.4- Sur la prestation de service.....	73
III.2- SUGGESTIONS	73
A- Venant des malades.....	73
B- Venant du personnel de santé	76
C- Pour l'Etat.....	76
CONCLUSION.....	80
ANNEXES	
BILIOGRAPHIE	

LISTE DES TABLEAUX

	pages
<u>Tableau n° 1 :</u> Répartition des consultants selon le sexe	42
<u>Tableau n° 2 :</u> Répartition des consultants selon leur âge.....	43
<u>Tableau n° 3 :</u> Répartition des enquêtés selon le niveau d’instruction et le sexe....	44
<u>Tableau n° 4 :</u> Répartition des consultants selon leur situation familiale et leur sexe.....	45
<u>Tableau n° 5 :</u> Répartition des consultants selon la situation familiale et l’âge.....	46
<u>Tableau n° 6 :</u> Répartition des consultants selon la catégorie socio-professionnelle.....	47
<u>Tableau n° 7 :</u> Répartition des revenus mensuels moyens de chaque famille des enquêtés.....	48
<u>Tableau n° 8 :</u> Répartition des consultants selon le nombre d’enfants à charge dans la famille	50
<u>Tableau n° 9 :</u> Répartition en tant que nouveaux ou anciens consultants et selon le sexe	51
<u>Tableau n° 10 :</u> Répartition des consultants sur la gratuité des soins.....	52
<u>Tableau n° 11 :</u> Répartition des consultants selon qu’ils sont pour ou contre la gratuité des soins et selon le sexe.....	53
<u>Tableau n° 12 :</u> Répartition des consultants pour ou contre la gratuité des soins et selon leur niveau d’instruction.....	54
<u>Tableau n° 13 :</u> Répartition des consultants pour ou contre la gratuité et selon leur situation familiale.....	55
<u>Tableau n° 14 :</u> Répartition des consultants pour ou contre la gratuité et selon leur revenu mensuel.....	55
<u>Tableau n° 15 :</u> Répartition des consultants selon leur nombre de venue au CSB depuis la gratuité.....	57
<u>Tableau n° 16 :</u> Répartition annuelle du nombre de consultations au CSB II de Mahamasina en 2001 – 2002.....	58
<u>Tableau n° 17 :</u> Répartition du nombre de consultations au CSB II de Mahamasina en 2001 – 2002.....	59
<u>Tableau n° 18 :</u> Evolution du taux de fréquentation en consultation externe en 2001 – 2002.....	59

<u>Tableau n° 19 :</u>	Répartition des consultants selon leurs motifs de consultation.....	60
<u>Tableau n° 20 :</u>	Répartition de la disponibilité des médicaments au CSB selon les consultants.....	61
<u>Tableau n° 21 :</u>	Avis du personnel sur la prestation de service.....	62
<u>Tableau n° 22 :</u>	Disponibilité des médicaments selon le nombre des ordonnances servies en 2001.....	62
<u>Tableau n° 23 :</u>	Disponibilité des médicaments selon le nombre des ordonnances servies en 2002.....	62
<u>Tableau n° 24 :</u>	Taux de disponibilité des médicaments par rapport aux ordonnances prescrites pendant les deux années.....	63
<u>Tableau n° 25 :</u>	Le taux de recouvrement du CSB II de Mahamasina en 2001 – 2002.....	63
<u>Tableau n° 26 :</u>	Répartition des consultants ayant ressenti une amélioration ou non des soins dispensés depuis la gratuité.....	64
<u>Tableau n° 27 :</u>	Répartition des consultants selon l'existence ou non d'une épargne lors de la PFU et lors de la gratuité.....	65
<u>Tableau n° 28 :</u>	Répartition des changements ressentis au niveau des ménages ayant constaté une amélioration de leur niveau de vie avec la gratuité.....	66
<u>Tableau n° 29 :</u>	Répartition des consultants selon le fait qu'ils ont pu constater ou non des problèmes au CSB.....	68

LISTE DES FIGURES

	pages
<u>Figure n° 1 :</u> Répartition des consultants selon le sexe.....	42
<u>Figure n° 2 :</u> Répartition des consultants selon leur âge et leur sexe.....	43
<u>Figure n° 3 :</u> Répartition des consultants selon leur niveau d’instruction et leur âge.....	44
<u>Figure n° 4 :</u> Répartition des consultants selon la situation familiale et le sexe.....	45
<u>Figure n° 5 :</u> Distribution des consultants selon leur catégorie socio-professionnelle.....	48
<u>Figure n° 6 :</u> Répartition des ménages selon le revenu mensuel familial.....	49
<u>Figure n° 7 :</u> Répartition des consultants selon le nombre d’enfants à charge dans la famille.....	50
<u>Figure n° 8 :</u> Distribution en tant que nouveaux ou anciens consultants et selon le sexe.....	51
<u>Figure n° 9 :</u> Distribution des consultants sur la gratuité des soins	
<u>Figure n° 10 :</u> Distribution des consultants optant pour ou contre la gratuité des soins et selon le sexe.....	53
<u>Figure n° 11 :</u> Distribution des consultants selon le nombre de venue au CSB depuis la gratuité.....	58
<u>Figure n° 12 :</u> Répartition des consultants selon leurs motifs de consultation.....	60
<u>Figure n° 13 :</u> Distribution de l’amélioration des soins ressentis par les consultants depuis la suspension de la PFU.....	61
<u>Figure n°14 :</u> Répartition des avis des consultants sur l’amélioration des soins.....	64
<u>Figure n° 15 :</u> Répartition des consultants selon la constatation d’une amélioration de leur niveau de vie.....	66
<u>Figure n° 16 :</u> Distribution des changements ressentis au niveau des ménages des consultants ayant constaté une amélioration de leur niveau de vie avec la gratuité.....	67

SIGLES ET ABBREVIATIONS

CCC	: Communication en vue d'un Changement de Comportement
CHD	: Centre Hospitalier de District
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CNAPS	: Centre National de Prévoyance Sociale
COGE	: Comité de Gestion
COSAN	: Comité de Santé
CPN	: Consultation PréNatale
CSB	: Centre de Santé de Base
DCPE	: Document Cadre de Politique Economique
DDDS	: Direction de Développement des Districts Sanitaires
DIRDS	: Direction InterRégionale des Districts Sanitaires
DPL	: Direction des Pharmacies et des Laboratoires
DSRP	: Document de Stratégie pour la Réduction de la pauvreté
FAV Polio	: Fanamafisana ny Andron'ny Vaksiny
FIB/IB	: Fahasalamana Iraisam-Bahoaka/ Initiative de Bamako
FMI	: Fonds Monétaire International
HTA	: Hypertension Artérielle
IEC	: Information – Education – Communication
INSTAT	: Institut National des Statistiques
IRA	: Insuffisance Respiratoire Aigue
LEM	: Lieu d'Entreposage des Médicaments
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PAS	: Programme d'Ajustement Structurel
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PHACOM	: Pharmacie Communautaire
PHAGDIS	: Pharmacie de Gros de District
PHAGECOM	: Pharmacie à Gestion Communautaire
PIB	: Produit Intérieur Brut
PFU	: Participation Financière des Usagers
RCE	: Registre de Consultation Externe
RUMER	: Registre d'Utilisation de Médicaments et de Recettes Journalières
SISF	: Système d'Information Sanitaire de Gestion et Financier
SISG	: Système d'Information Sanitaire de Gestion
UNICEF	: Fonds des Nations unies pour l'Enfance

INTRODUCTION

Qu'est-ce que la SANTE ? D'après la définition de l'OMS « La SANTE est un état de complet bien-être physique, mental et social et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité »(1). De même, il est admis qu'une population en bon état de santé, et disposant d'un bon niveau d'éducation constitue à son tour le levier fondamental de développement d'une nation . La SANTE fait donc partie des organes moteurs du développement d'un pays, et inversement (1) (2).

L'un des objectifs de développement de Madagascar dans les dernières années avant le troisième millénaire était de parvenir à la santé pour tous en l'an 2000(1). Ainsi, pour pouvoir réaliser cet objectif, Madagascar a pris des mesures en adoptant un système de santé plus performant. De ce fait, pour remédier aux lacunes et aux contraintes budgétaires, le Gouvernement a adopté une réforme du secteur sanitaire public basées sur la participation des bénéficiaires des soins de santé. C'est l'application du système de recouvrement de coûts qui consiste à imposer une contribution financière aux usagers dans les établissements publics(3). C'est ainsi que la participation de la communauté dans la gestion des centres de santé de base est intégrée dans cette réforme. La première expérimentation du système de recouvrement de coûts a été faite en 1979 : la Pharmacie Communautaire (PHACOM) dans la province de Fianarantsoa, faisant suite à ce qui avait déjà été entrepris à Mandalahy .

Et depuis 1997, le Ministère de la Santé a toujours adopté la participation communautaire dans la fonctionnalité des centres de santé par (4) :

- la création des Pharmacies à Gestion Communautaire (PHAGECOM) ;
- la généralisation du principe de la Participation Financière des Usagers (PFU).

Cette politique du Ministère de la Santé a ainsi permis d'aboutir à :

- la généralisation de la PFU dans 100% des districts sanitaires en fin 1999 ;
- la couverture à 100% des communes par les PHAGECOM.

Mais les résultats des audits de 1999-2000 ont pu révéler quelques remarques, qu'à l'inverse des ruptures chroniques et récidivantes des stocks de médicaments des centres de santé, on observait des sur stocks de médicaments essentiels et un taux de recouvrement pouvant assurer un renouvellement des stocks d'au moins 1 an.(4) Néanmoins, on a pu aussi noter un taux élevé de médicaments périmés dans certains centres de santé, dû à une mauvaise gestion .

Cela explique, outre l'existence d'une centrale d'achats unique SALAMA , la mise en place des Pharmacies de Gros de District (PHAGDIS) .

Suite à l'élection présidentielle du 16 Décembre 2001 à Madagascar , il s'en suivait une grande crise politique et économique d'une durée de 7 mois environ, ayant entraîné une grande détérioration de la situation socio-économique, et de ce fait de graves conséquences sur la santé et sur le bien-être des Malgaches. Il se trouve que des liens étroits existent entre la santé et le développement, et l'état sanitaire d'un pays est l'un des indicateurs les plus parlants de son développement (2) . Que fallait-il donc faire pour alléger la période difficile actuelle ? Le Ministère de la Santé d'après les instructions du Président de la République (note de service n° 181- SAN/CAB , 182- SAN/CAB du 31 juillet 2002) a opté pour la suspension provisoire de la PFU afin d'aider la population malgache à surmonter l'après crise, de contribuer au redémarrage de ses activités et au développement rapide et durable du pays . Ils se trouvent que des liens étroits et évidents existent entre la pauvreté et le mauvais état de santé (2) ; c'est ce qui nous a incité à entreprendre la présente étude .

L'objectif général de cette étude est de faire un état de lieu des conséquences immédiates de la suspension de la PFU au niveau communautaire et de l'Etat.

Les objectifs spécifiques viseront à

- décrire l'état des lieux avant et après la suspension PFU,
- formuler les suggestions et les propositions contribuant à améliorer la situation.

Pour ce faire, le travail comprendra trois parties :

- Dans la première partie, nous allons parler des généralités sur le recouvrement de coût : les contextes de mise en place de la PFU à Madagascar, la PFU avec les différents types de recouvrement de coûts ayant déjà existé à Madagascar ;
- La deuxième partie consistera en notre étude proprement dite, dans laquelle seront explicités successivement : le but et le cadre d'étude, la méthodologie et les résultats et interprétations des données recueillies ;
- Les commentaires de ces résultats et les suggestions que nous proposons pour contribuer au redémarrage et au développement économique rapide et durable de l'après crise dans le domaine de la santé constitueront la troisième partie de l'étude .

Une conclusion générale terminera notre travail.

**PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LE
RECouvreMENT DE COUTS**

I- CONSIDERATIONS GENERALES

A - Les contextes de mise en place du recouvrements de coûts (3) (5) (6)

Le mot **RECOUVREMENT DE COUTS** vient du mot anglais **COST RECOVERY** . Que signifie ce concept ? Certains le définissent comme la prise en charge totale ou partielle des coûts des services de santé par les bénéficiaires eux-même. En effet, c'est une participation de la population aux activités de santé.(3)

1 - Le Contexte Politique

Le Programme d'Ajustement Structurel (P.A.S) se définit comme un vaste programme de redressement économique et ayant pour objectif la correction des déséquilibres de la balance de paiements et la réalisation d'une croissance économique positive (5).

Madagascar a négocié auprès des institutions de Breton Woods dès 1982. Le Fonds Monétaire International (F.M .I) a octroyé son premier prêt destiné à corriger le déficit budgétaire. Ce qui allait de paire avec des mesures globales de rééquilibrage telles que : (6)

- La dépréciation du franc malgache ;
- La réduction du déficit et du volume des finances publiques ;
- La politique monétaire restrictive.

Ces mesures sont suivies d'une libération progressive des charges et des systèmes d'allocations de devise, une délibération des prix par la suppression des subventions à la consommation. A ce propos, l'Etat rationalise les dépenses publiques en donnant des priorités aux activités sociales de base comme la santé, l'éducation...et par la suite met en place des nouvelles structures dans les établissements publics à vocation sociale tels que les hôpitaux et universités...

Ce P.A.S (Programme d 'Ajustement Structurel) a contribué à réduire très peu les ressources allouées aux services sociaux en général, autant au secteur de la santé d'où la nécessité d'une autre source de fonds pour le compléter.

2- Cadre Juridique et Législatif (3) (5)

Par arrêté ministériel n° 26 27/ 96 SAN du 15 mai 1995 portant création l'organisation et le fonctionnement du comité intersectoriel de la coordination de système de santé, le processus de généralisation du système de recouvrement de coûts a été mis sur pied et notamment sur la décision ministérielle N° 035/ SAN/ SG du 24 /02 /97 portant constitution du comité ad hoc.

La note ministérielle n° 007/ SAN/ SG/ DDDSC du 3 mai 1997 avec le Secrétaire Général comme Président instituant un comité ad hoc chargé de réfléchir sur l'harmonisation du système au niveau national, à cet effet, il a comme attribution principale l'élaboration de la politique nationale, la définition d'un cadre législatif réglementaire et le cadre gestionnaire du nouveau système ainsi que de la détermination des critères et des modalités et la généralisation du principe de recouvrement de coûts. Une série d'ateliers et de réunions ont été alors organisés en vue d'analyser l'évolution de la situation et les progressions effectuées.

La mise en place effective du système de recouvrement de coûts dans toutes les formations sanitaires publiques a été observée par l'application de l'instruction permanente N° 128 SAN/ SG/ 005 du 17/ 09/ 97 y compris l'arrêté inter-ministériel N° 365/ 97/ SAN/ MDB/ MFE du 16/ 01/ 98 portant autorisation de recouvrement de coûts dans toutes les formations sanitaires publiques.

Il faudrait aussi noter que des C.S.B. et hôpitaux du district ont devancé les instructions dans leur application par la mise en œuvre du projet de coopération bilatérale ou unilatérale (PHACOM, FIB,GTZ).

B - Situation actuelle de Madagascar (5) (6)

1.- Situation macroéconomique

1.1 - Population et Démographie

Selon les résultats de la projection de population à partir du recensement de 1993, la population malgache est estimée à 15 085 000 individus en 2000 contre 13 500 000 individus en 1997. Il y a presque autant de femmes que d'hommes (50,1% de femmes). La population urbaine représente 26% de la population totale.(6)

En 1999, les Hautes Terres (Fianarantsoa et Antananarivo) forment près de la moitié de la population et des ménages malagasy. Les moins peuplés des provinces sont Antsiranana et Mahajanga (respectivement 7,6% et 11,1%). Par rapport aux pays de l'Est africain

(Ouganda, Kenya et Tanzanie), on peut dire que l'effectif de la population malgache n'est pas très élevé. Toutefois, une forte concentration de la population est remarquée dans les agglomérations d'Antananarivo, d'Antsirabe et de la Côte-Est.

1.2 - Cadre macroéconomique (6)

En 1999, le Gouvernement a axé ses efforts sur l'amélioration de la réforme de la fonction publique, sur la poursuite de la privatisation des entreprises publiques, dans l'amélioration de la répartition des revenus, sur la facilitation de l'accès des pauvres aux services sociaux et dans la promotion de la bonne gouvernance. Pour aller plus loin encore, la mise en place du Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP) qui retrace les grandes lignes de développement du pays a été élaboré par le biais d'un processus participatif.

On estime le taux de croissance du PIB aux prix de marché à 4,8 % entre 1999 et 2000. Mais le fruit de la croissance est inégalement réparti entre les secteurs économiques. En effet, le taux de croissance enregistré dans le secteur primaire ne dépasse pas 1% alors que les taux de croissance du secteur industrie et du service sont respectivement de 11% et de 6%. Cette croissance a profité davantage au milieu urbain qu'au milieu rural, aux nantis qu'aux pauvres .

Et avec la crise politique et économique suite à l'élection présidentielle du 16 Décembre 2001, le taux de croissance économique a fortement diminué. Ainsi, les nouveaux venus au pouvoir ont dû prendre des mesures efficaces pour une amélioration rapide et durable du pays dans tous les secteurs.

1.3 - Santé

La politique de recouvrement des coûts adoptée par le Ministère de la Santé depuis 1997 permet non seulement de dégager des recettes mais aussi d'offrir à la population une qualité de service relativement meilleure (5). La part du budget santé tend d'ailleurs à augmenter depuis 1998. D'après les études faites par la Direction des Statistiques des Ménages de l'INSTAT, on note une certaine amélioration de la santé infantile et vaccinale quoique quelques indicateurs comme le pourcentage des femmes enceintes vues en consultation pré-natale ait diminué faiblement (-2%). A noter que les infections respiratoires aiguës, le paludisme et la diarrhée constituent toujours la moitié des principales causes de morbidité . Le nombre de médecins pour 100 000 habitants a augmenté de 1,3 % de 1997 à 1999.(6)

L'objectif du Gouvernement énoncé dans le Document Cadre de Politique Economique (DCPE) 1999-2001 concernant le secteur santé vise à améliorer la prestation des services de santé par (6) :

- l'augmentation progressive des dépenses publiques de santé par tête en terme réel, particulièrement les dépenses de fonctionnement ;
- l'allocation de budget des districts sanitaires selon le nombre adéquat de formations sanitaires de base avec des coûts unitaires par type de formation et en prenant compte les critères d'efficacité tels que la fréquentation et la qualité de services ;
- le redéploiement des effectifs du personnel du Ministère de la Santé en affectant davantage de médecins dans les centres de santé, avec des mécanismes pour augmenter la qualité des prestations, en embauchant localement le nombre complémentaire de paramédicaux, et en redéployant adéquatement les personnels selon les besoins ;
- la finalisation du cadre réglementaire du recouvrement des coûts dans les CSB et l'élaboration du cadre réglementaire du recouvrement des coûts dans les hôpitaux, en garantissant une parfaite autonomie financière du système ;
- la prise d'autres mesures nécessaires, administratives et juridiques, afin de pérenniser le recouvrement des coûts pour les médicaments dans le but d'utiliser les fonds recouvrés pour l'amélioration du système de santé ;
- la prise de mesures pour renforcer l'autonomie pour renforcer l'autonomie financière de SALAMA en assurant le reversement intégral et automatique du produit de vente des médicaments.

2 - La politique nationale de la santé(3) (4) (5) (7)

2.1- Le système national de santé

Du point de vue organisation, le système national de la santé fonctionne sur 3 niveaux (3) :

- le niveau central représenté par le Ministère qui est chargé de la conception de la coordination et de la mise en œuvre de planification stratégique de la politique nationale de santé
- le niveau intermédiaire représenté par les Divisions Inter-Régionales des

Districts Sanitaires (DIRDS) implantées au niveau de chaque province. Il assure la supervision et l'appui technique aux activités des Services de Santé de District (SSD).

- Le niveau périphérique représenté par le SSD implanté au niveau de chaque fivondronana. C'est la pièce maîtresse de la décentralisation du système de santé et dirigé par un médecin inspecteur qui assure les activités opérationnelles de développement sanitaire avec la participation de la communauté. Il veille aussi à la qualité des prestations curatives et préventives menées par les centres de santé et les hôpitaux dans sa zone de compétence .

La politique nationale de santé définit alors le système national de santé en hiérarchisant les différentes structures chargées de la délivrance des soins, connues globalement sous le nom de *pyramide sanitaire* (3). Cette *pyramide sanitaire* est composée de la base au sommet des structures sanitaires suivantes :

- Les Centres de Santé de Base : premiers niveaux de contact avec la communauté, chargés d'assurer les soins de santé primaires. On distingue les CSB 1 et les CSB 2 selon la présence d'un médecin ou non, 2138 en 1999 dans tout Madagascar.
- Les centres hospitaliers de districts : premier niveau de recours, chargés de fournir les soins secondaires aux cas, qui pour des raisons techniques et de compétence, ne peuvent être pris en charge par les CSB. Il est classique de distinguer les CHD 1 et les CHD 2 , ces derniers assurant aussi les activités chirurgicales, dont 67 CHD 1 et 24 CHD 2 dans tout Madagascar en 1999. On note en tout 3642 lits dans les CHD .
- Les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), deuxième niveau de référence, assurant les soins qui pour des raisons techniques et de compétence ne peuvent être assurés par les CHD.
- Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), dernier niveau de référence ou centre national de référence.

2.2- La politique nationale de santé

Le contexte socio-économique que traverse Madagascar impose la mise en œuvre progressive des réformes majeures du système de santé. Cette politique est basée surtout sur la stratégie des soins de santé primaire donc une politique de décentralisation à travers le développement des districts sanitaires (4) (7) , c'est-à-dire sur le concept des districts sanitaires opérationnels centralisés. On a noté aussi la généralisation du système de

recouvrement de coût depuis 1997, or suite à la crise économique et politique après l'élection présidentielle du 16 Décembre 2001 , on a opté pour la suspension provisoire de la PFU en application des instructions du Président de la République Marc RAVALOMANANA (note de service n° 181- SAN/CAB , 182- SAN/CAB du 31 juillet 2002).Les mesures suivantes sont prises :

- La suppression des frais de consultation en médecine préventive et en médecine curative,
- La suppression des frais inhérents aux soins et actes médico-chirurgicaux , y compris les accouchements pour les parturientes
- La suppression des frais d'hébergement
 - des CSB₁, CSB₂ , CHD₁
 - en salle commune des CHD₂
 - dans les troisièmes et quatrième catégories des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) .
- La gratuité des médicaments délivrés aux CSB₁ et CSB₂

C - Les différents types de recouvrement de coûts

1- Pharmacie Communautaire (PHACOM) (8) (9) (10) (11)

1.1- Historique

La crise économique des années 70 a engendré une forte baisse des ressources budgétaires allouées aux services publics de santé (dégradation des infrastructures sanitaires, insuffisance voire pénurie des médicaments et des consommables médicaux). Cette structure financière a entraîné des effets négatifs sur la qualité des activités préventives et curatives des formations sanitaires ainsi que sur l'accessibilité des populations les plus démunies aux soins les plus élémentaires. (8)

L'idée de Pharmacie Communautaire a débuté à Mandalahy le 26 Avril 1973 (Mandalahy/Ambohimahaso, à 49 km de Fianarantsoa) par les cotisations des mères de famille et la vente des produits a couvert les soins de santé des habitants. Cette pharmacie villageoise a été rattachée au dispensaire du camp militaire de Mandalahy. En 1979, Madagascar a lancé officiellement l'expérience des mutuelles PHACOM sans pour autant supprimer la gratuité des soins dans les formations sanitaires publiques.

1.2- Organisation (11)

L'organisation interne d'une PHACOM est régie par son statut et sa gestion autonome. Chaque PHACOM prend en charge ses dépenses internes et son fonctionnement.

La prosanté (Direction Provinciale de Santé) agit comme intermédiaire entre les PHACOM et le Ministère de la santé par l'intermédiaire du DPL (Direction des Pharmacies et des Laboratoires) pour les fonctions de formations, de gestion et de suivie.

Le comité de suivi des PHACOM est composé du DPL , du Prosanté, du personnel de la Cellule d'Appui et de la Coopération Suisse. Ce comité agit comme une instance de contrôle et de décision pendant la phase d'expérimentation.

1.3- Gestion (11)

Le flux financier et le flux physique des médicaments sont soumis à la responsabilité du DPL. La gestion financière est gérée par ce DPL. L'approvisionnement, l'importation et le stockage, la distribution des médicaments jusqu'au service de santé de district responsable pour la Pharmacie Communautaire respective sont organisés par le personnel de la Cellule d'Appui.

Les recettes sont réparties comme suit :

- → 70% des recettes pour l'approvisionnement en médicaments essentiels
- → 20% pour les frais de fonctionnement, indemnisation des membres et du personnel
- → 10% pour l'entretien du centre

1.4- Caractéristiques du système

Il s'agit de mettre en place un système de cotisation pour tous les membres, (8) basé uniquement sur l'acquisition de médicaments en cas de maladie et sur un système d'entraide volontaire et de solidarité entre eux.

C'est une association à but non lucratif régie par la réglementation en vigueur sur le territoire de la République Malgache et d'un dynamisme social d'auto promotion. Elle est dirigée par un comité de gestion élu par les membres et d'un comité de suivi qui adopte le suivi et la rédaction du règlement intérieur. (11)

Il faut qu'il existe un local pour servir de magasin de stockage de la mutuelle.

Et que cette mutuelle soit rattachée à une formation sanitaire publique ou privée avec au moins un agent de santé et un paramédical.

1.5- Objectifs

Le système de PHACOM vise à : (9) (10)

- - Améliorer la disponibilité en médicaments essentiels,
- - Renforcer les initiatives communautaires,
- - Promouvoir l'usage rationnel des médicaments,
- - Mettre en valeur les mutuelles de la santé.

1.6- Avantages

Les PHACOM sont très développées et très prospères en milieu rural (90% dans la région de Fianarantsoa).

Elles permettent : (9) (11) (12)

- - La sécurisation en cas de maladie,
- - L'amélioration de l'état de santé de la population en général en responsabilisant les membres,

- - Le renforcement de la solidarité communautaire et de la notion de partage des risques.

1.7- Inconvénients (12)

- - L'existence d'un taux élevé d'exclus surtout dans les grandes agglomérations,
- - Les contraintes budgétaires des familles,
- - Le rupture de stocks de certains médicaments,
- - L'absence de supervision de qualité,
- - La participation communautaire en pratique à la gestion de la pharmacie.

2- Fahasalamana Iraisam-Bahoaka /Initiative de Bamako

(FIB/IB) (13) (14) (15) (16)

2.1 - Historique

Suite à la conférence d'ALMA – ATA en 1978, proposant une décentralisation des soins de santé primaires (13), le système FIB/IB rentre dans le cadre de la coopération UNICEF – Madagascar . Ce programme a été lancé en 1987 à Bamako , capitale du Mali , par les ministères africains de la santé lors d' une conférence parrainée par l'OMS et l 'UNICEF .

L 'initiative de Bamako dénommée FIB- IB (Fahasalamana iraisam-bahoaka ou Initiative de Bamako) , vise à assurer à l'ensemble de la population l'accès aux soins de santé primaires de qualité et de prix abordable . (14)

La traduction de l' IB par le FIB a été proposée au Ministère de la Santé par le Professeur RAKOTOMANGA Samuel et a été adoptée en son temps lors d'une réunion multidisciplinaire à l'Espace DERA (15).

- Au mois d'Avril – Mai 1993, on a fait la prospection de sites IB à réhabiliter jusqu'au mois d'octobre 1993 .
- 1994 a été l'année de l'ouverture officielle et la préparation du plan d'action . Et le premier Avril 1994 s'est passé le premier monitoring .

2. 2 - Organisation (14) (16)

C'est une forme de coopération entre le Gouvernement malgache et l'UNICEF qui a fait une dotation en médicaments pour 1 an et une réhabilitation de l'infrastructure du site en question.

Elle repose sur les principes suivants :

- - la participation de la population à la prise de décision par la mise en place d'un comité de santé et d'un comité de gestion élus par la communauté elle-même ;
- - la participation des usagers pour couvrir les frais de fonctionnement et améliorer la qualité de soins et leurs accès ;
- - la rationalisation et la mise en œuvre décentralisée des programmes au niveau de santé de district.
-

2. 3 - Objectifs(13)

- - Renforcer la participation communautaire ;
- - Promouvoir le traitement rationnel ;
- - Assurer la disponibilité en médicaments essentiels.
-

2.4 - Gestion(16)

La gestion est assurée par le comité de gestion (COGE) qui pratique l'élaboration du budget, la réception des médicaments, la prise de décision.

Le comité de gestion exécute les décisions du comité de santé et s'occupe des problèmes des indigents.

Le monitoring est un outil de gestion essentiel et nécessaire. Il permet l'identification et la résolution des problèmes rencontrés. Il est réalisé environ tous les 6 mois par une équipe associant : les usagers, le COGE , le COSAN (Comité de Santé), tout le

personnel du site, le médecin inspecteur du district et un superviseur. Si le centre n'est pas encore autonome, le monitoring nécessite un représentant de l'UNICEF.

2.5 - *Avantages (15) (16)*

- - Le personnel est plus motivé grâce à l'amélioration des locaux et surtout quand le centre devient autonome.
- - La prescription est rationnelle grâce à l'utilisation de l'ordinogramme.
- - On a un risque moindre d'arriver à la faillite.
- - On peut faire le contrôle facile des recettes.
- - FIB-IB incite le patient à finir le traitement. Et il permet la subvention des maladies coûteuses.
- - Il exige le consentement des malades à payer et favorise l'utilisation des services par la population.
-
- Autres points forts de la FIB-IB sont :
 - - la participation de la population surtout dans la gestion et le financement des services. L'enquête d'acceptabilité des services faite en 1996 a donné les résultats suivants : 76% ont trouvé le tarif abordable, 90% satisfaits des soins, 24% se sentent exclus.
- - la viabilité du système.

2.6 - *Inconvénients (15) (16)*

- - l'absence de liberté pour le prescripteur à cause de l'ordinogramme ;
- - l'absence de volonté à payer (question d'habitude) ;
- - le manque de sensibilisation (IEC insuffisante) ;
- - le problème de rupture de stock ;
- - les maladies bénignes coûtent plus cher ;

- - la faible utilisation des services pour les maladies bénignes ;
- - le contrôle de la consommation des médicaments plus compliqué.
-

Autres points faibles relevés :

- - la faiblesse de la capacité des agents de santé et des agents communautaires encore limitée au financement et à la gestion des services de santé ;
- - le problème de l'approvisionnement en médicaments essentiels pose des problèmes en raison de l'incapacité de SALAMA à satisfaire les commandes ;
- - la demande des usagers à avoir d'autres formes de présentation des médicaments ;
- - l'insuffisance de supervision de qualité.
-
-
-

Donc, FIB-IB a amélioré la situation sanitaire à Madagascar sans pour autant effacer tous les problèmes. En 1999, il a été remplacé par le PHAGECOM.

3 - Pharmacie à Gestion Communautaire (PHAGECOM) (9) (11) (12)

3.1 - Historique (11)

Elle a débuté suite à l'application de la politique nationale de santé sur le recouvrement de coût et cela grâce à l'arrêté interministériel n° 0355/ 98 du 16 janvier 1998 portant autorisation au recouvrement de coûts sur les médicaments de toutes les formations sanitaires.

3.2 - Organisation(11)

- Elle est dotée d'un comité de gestion : le président et le trésorier venant du fokontany.

- Le conseiller technique est un représentant du personnel de la santé.
- Chaque centre est doté d'un lot de médicaments qui sert de démarrage.
- Les médicaments sont vendus à prix unitaire majoré de 35%.

3.3 - Objectifs(12)

- - Offrir un soin de qualité à un coût abordable à toutes les couches de la population ;
- - Que le système garantisse la disponibilité permanente en médicaments essentiels et consommables médicaux ;
- - Améliorer le fonctionnement des services de santé.

3.4 - Gestion

Elle se fait par la mise en place du comité de gestion composé par le prescripteur, le percepteur, un président et un trésorier, comité qui assure la budgétisation, supervise, prend des décisions et applique les règlements intérieurs.

3.5 - Avantages (9) (12)

- - L'abordabilité des prix des médicaments (liste et prix affichés dans chaque centre) ,
- - la participation communautaire axée seulement sur les prix des médicaments (prix unitaire majoré de 35%)
- - l'augmentation de l'utilisation de service (taux de fréquentation augmenté),
- - l'amélioration de la qualité des soins ,
- - une meilleure gestion du fonds et des médicaments.

3.6 - Inconvénients (12)

- - l'absence de motivation pour le personnel et le comité de gestion,

- - l'interdiction par le ministère d'utiliser les 35%,
- - l'absence de réhabilitation des infrastructures,
- - le manque de sensibilisation,
- - les ruptures de stock,
- - le problème des indigents non résolu (la caisse de solidarité n'est pas encore mise en place),
- - l'usage de l'ordinogramme qui diminue le prestige des médecins,
- - la monopolisation de la centrale d'achats limitée à SALAMA.

4 - La Participation Financière des Usagers (PFU)

Les médicaments constituent un élément essentiel du processus de prise en charge des patients pour une offre de soins de qualité(10). Ils doivent être à la fois disponibles dans l'ensemble des établissements et délivrés à tous les patients conformément aux prescriptions .

La politique nationale de santé a résolument choisi d'inscrire cette disponibilité parmi ses toutes premières priorités. Pour ce faire , elle a décidé de mettre en place la PFU afin que les ressources financières nécessaires au renouvellement des médicaments soient disponibles(3). L'arrêté interministériel n° 355/98 portant autorisation du recouvrement de coût dans les formations sanitaires publiques est la traduction juridique de cette priorité nationale.

La disponibilité des médicaments à prix modiques n'est possible qu'avec la mise en place d'un système d'approvisionnement national et local performant. Ce système est basé d'une part sur la centrale d'achat SALAMA et d'autre part sur un réseau au niveau des districts d'établissements chargés du réapprovisionnement des formations sanitaires, les locaux d'entreposage des médicaments (LEM), la Pharmacie de Gros des Districts (PHAGDIS).

SALAMA ↔ Centrale d'achat au niveau province ↔ PHAGDIS ← { CSB et

CHD₁

au niveau district (SSD)

- PHACOM
- PHAGECOM
- PFU

4-1. Objectifs

Le recouvrement de coûts a pour objectif principal d'offrir des soins de qualité à un coût abordable à toutes les couches de la population. Le système garantit essentiellement la disponibilité permanente des médicaments et des consommables médicaux et l'amélioration du fonctionnement des services de santé. (5)

La tarification doit répondre à deux objectifs(8) :

- renforcer l'efficacité économique des formations sanitaires publiques, c'est-à-dire améliorer leur fonctionnement par la disponibilité des ressources nécessaires aux soins des malades ;
- améliorer l'accessibilité financière des malades aux prestations des soins par le partage de coûts entre l'Etat et les usagers.

Les critères de tarification à retenir sont alors (9) :

- l'efficacité économique : tarification productive de recettes,
- l'efficacité administrative : exigeant des capacités administratives de gestion qui reposent sur la disponibilité des ressources matérielles (outils de gestion, matériels de saisie...) et humaines (personnel qualifié...),
- l'équité qui signifie « pas d'exclus au niveau du système » par la mise en œuvre d'un mécanisme de solidarité dans la prise en charge des malades indigents.

4.2- Organisation / gestion pour les CSB et les CHD₁

4-2-1. Les acteurs de la PFU avec leurs rôles et fonctions

respectives.(3)

→ Le **patient** ou son accompagnant effectue une consultation curative dans un CSB (ou un CHD₁).

- Les outils de gestion : carnet de santé, reçu de paiement visé par le dispensateur.
- Cas particuliers :
 - les indigents sont pris en charge par les communes,
 - les urgences sont assurées quelles que soient les possibilités financières des usagers. Le paiement est différé.
- Les accouchements : une somme de 5000 Fmg est payée par la parturiente au dispensateur qui va couvrir les consommables nécessaires.
- Les fonctionnaires auront le même traitement que le reste de la population. Ils pourront chercher un remboursement ultérieur des dépenses occasionnées.
- En cas d'épidémies, des mesures dérogatoires transitoires peuvent être prises par le Ministère de la Santé et doivent faire l'objet d'instructions précises.

→ Le **prescripteur** qui lors d'une consultation curative, fournit au patient une ordonnance et une facture.

- Les outils de gestion :
 - la facture,
 - le carnet de santé du malade,
 - le registre des consultations externes (le RCE) du Système d'Information Sanitaire de Gestion (SISG) ,
- le registre des consultations prénatales,
- le registre des accouchements,
- les ordinogrammes nationaux,
- la liste des médicaments et leurs prix.

Les règles de la prescription seront suivies selon les ordinogrammes nationaux.

→ Le **dispensateur** :

Il est recruté par le COGE et payé par la mairie de la commune. Il délivre les médicaments à partir de la pharmacie de détail dont il gère les recettes et les médicaments à l'aide des outils de gestion adéquats.

- Les outils de gestion utilisés :

- le RUMER (Registre d'Utilisation de Médicaments et de Recettes Journalières),
- la facture en double exemplaire dont il conserve un exemplaire,
- le cahier de remise de fonds au trésorier,
- les prix affichés.

→ Le **chef de centre** :

Il fait partie de l'équipe de l'établissement et du COGE. Il participe à toutes les activités du COGE.

Il est également le responsable de la formation sanitaire devant la commune et la communauté, devant les autorités du district et devant les patients.

Fonctions du Chef de centre :

- Il assure la disponibilité des médicaments (avec le COGE) en assurant les commandes de médicaments et leur réception ,
- Il vérifie que les procédures et outils de gestion sont bien en place dans l'établissement et la pharmacie,
- Il s'assure de la cohérence des prescriptions de son établissement avec les ordinogrammes nationaux,
- Il participe au COGE de plein droit et en co-signe les rapports, les bilans, les commandes, les réceptions et entrées de stock, les inventaires, les sorties de stock,
- Le rapport mensuel du Système d'Information de Gestion et Financière : SIGF ; il veille à l'absence de détournement et au maintien d'un niveau de stockage suffisant,

- Il remplit et envoie le Rapport Mensuel d'Activités (le RMA du SISG)
 - Les outils de gestion sont ceux du SISG, du COGE et du prescripteur.
 - Les rapports du chef de centre dans le domaine du Recouvrement des coûts sont :

* le rapport annuel

* le rapport mensuel du SIGF

→ Le **comité de santé** :

Il est composé par les représentants du fokontany parmi lesquels seront élus les représentants communautaires au COGE.

→ Le **comité de gestion (COGE)** :

- Il est responsable de l'ensemble de la gestion de la PFU dans les CSB et CHD₁. A ce titre, il gère directement la pharmacie de gros et indirectement la pharmacie de détail. Il gère les recettes et les dépenses en fonction des canevas et instructions du Ministère.

- Le COGE est composé de 4 membres : 3 membres sont des représentants des fokontany, un quatrième membre qui est le chef de centre. Le président et le trésorier sont choisis parmi les représentants du fokontany.

- Ses fonctions sont les suivantes :

- Recruter le dispensateur ,
- Etablir le procès verbal de réception des médicaments,
- Ecrire le rapport mensuel du SIGF ,
- Programmer les dépenses (réapprovisionnement et autres achats),
- Garantir la transparence des recettes et des dépenses,
- Déléguer certaines fonctions précises au chef de centre, au trésorier et au président du COGE,
- Elaborer un règlement intérieur en fonction des instructions et de la convention de régie.

- Outils et rapports :

- le rapport mensuel du SIGF,
- les outils du trésorier, du chef de centre et du président.

→ Le trésorier du COGE :

Outre le fait d'être membre du COGE, il a pour fonction spécifique d'encaisser toutes les recettes de la PFU. Il sécurise les fonds ; il tient une comptabilité des recettes et des dépenses.

- Il utilise comme outils :
- - **le livre de caisse**,
- - le livre de banque,
- - les relevés de banque,
- - le Rumer qu'il signe,
- - le rapport du SIGF.

→ **Le président du COGE :**

Outre ses fonctions comme membre du COGE, il a pour fonction de mettre les médicaments à disposition des dispensateurs. Il vérifie la validité des opérations des autres organes. Conjointement avec le chef de centre, il exécute les dépenses décidées par le COGE.

- Les fonctions du président :
- - Il est le principal interlocuteur des autorités décentralisées dans la gestion des ressources du centre.
- - Il gère, avec le chef de centre, le maintien, la permanence et la sécurisation d'un stock de médicaments.
- - En cas de vol ou de détournement, il entame les procédures judiciaires.
- - En cas de conflit au sein du COGE , il saisit tous les organes de tutelle concernés (mairie, Service de Santé de District : SSD).
- - Il est cosignataire du compte en banque du COGE.
-

Les outils utilisés :

- les bons de commande,

- les procès verbal de réception,
- les rapports de SIGF,
- les inventaires,
- les fiches de stock,
- le livret de banque tenu par le trésorier .

→ Le **maire** ou son **délégué** :

Il intervient dans l'organisation du processus d'élection des membres du COGE, dans la convention de mise en régie des COGE et dans le financement des charges liées au poste de dispensateur et de gardiennage.

→ Le **médecin chef du SSD** :

- - Il vérifie que toutes les procédures réglementaires sont appliquées,
- Il suit, supervise et contrôle tous le processus de la PFU dans les établissements de soins,
- Il engage les discussions et négociations avec la mairie, le COGE et le chef de centre
- Il organise les réunions des COSAN et COGE, et intervient dans l'organisation du processus de l'élection des membres du COGE.

L'équipe de district intervient dans :

- Le système d'information SISG et SIGF,
- La supervision,
- Le monitoring semestriel,
- L'audit annuel,
- La convention et la tenue du COSAN,
- La mise en place des COGE,
- Le développement de la participation des communes,
- L'intervention des comités de contrôle ,
- Les cas de litiges,

- La signature dans l'exécution des dépenses.

Le médecin chef SSD est cosignataire du compte en banque de la PHAGECOM.

→ **le comité de contrôle communal (Coco Communal) :**

Composé de représentants de la commune, il a la charge du contrôle de la gestion des médicaments et de la gestion financière dans les CSB. Les attributions des Coco sont développées dans un arrêté provincial.

→ **le comité de contrôle régional (Coco Régional) :**

Composé de représentants du Fivondronampokontany, du sous préfet et du SSD, il a la charge du contrôle de la gestion des médicaments et de la gestion financière dans les CHD. Les modalités d'exécution sont développées dans un arrêté provincial.

→ **le local d'entreposage des médicaments (LEM)**

C'est un local situé au niveau du chef-lieu de district, auprès duquel les établissements de soins s'approvisionnent en médicaments = PHAGDIS (Pharmacie de Gros de District)

4.2.2 - Les procédures et les outils de la PFU (3) (5)(7)(12)

a) - De la vente, de la dispensation et de la gestion de la pharmacie de détail (3)

- Les CSB₁, CSB₂ et CHD₁ ont chacun une liste nationale de médicaments qu'ils doivent avoir en stock et qu'ils doivent mettre à la disposition de leurs patients.
- Dans les CSB et CHD₁, les médicaments sont vendus avec une marge de 35% sur le prix d'achat.
- Les prix sont nationaux et aucune modification des prix ne sera envisagée sans modifications des instructions venant du Ministère de la Santé.

b) - De la gestion du stockage (3)

- Chaque produit stocké est enregistré dans une fiche de stock où sont consignées toutes les entrées et toutes les sorties.
- Le stock théorique est ainsi calculé en permanence .
- Le stock réel, à partir d'un inventaire de ce qui est réellement présent sur les étagères est régulièrement calculé (tous les 6 mois), et sa valeur est inscrite sur la fiche de stock, en remplacement du stock théorique.

c) - Du réapprovisionnement (5)

- Le réapprovisionnement est organisé par le COGE. Il s'effectue auprès du LEM au chef lieu de district (PHAGDIS).
- Le réapprovisionnement s'effectue à chaque fois que le seuil critique d'un produit est atteint.
- Les sommes disponibles pour le réapprovisionnement sont calculées en divisant les recettes de la vente des médicaments par 1,35.
- Un bon de commande est établi par le président du COGE et le chef de centre de l'établissement. Il est visé par le médecin chef du district et transmis au LEM = PHAGDIS avec les sommes correspondantes.
- Les coûts du réapprovisionnement sont à la charge du COGE. Il utilise pour ce faire les recettes issues de la marge de 35% sur la vente des médicaments. Il s'agit des frais suivants : transport des sommes d'argent et du bon de commande entre le lieu d'implantation du CSB et le LEM , le transport des médicaments du LEM vers l'établissement de soins.

d)– De l'utilisation des recettes (3) (5)

Les fonds recueillis sont versés par le dispensateur au trésorier. Le trésorier a la charge de la sécurisation des fonds. Ceux-ci seront placés dans un compte chez un tiers, que ce soit une banque, une caisse d'épargne, un compte chèque postal ou toute organisation fiable et disposant de la confiance de première population (organisation confessionnelle ...).

Un livret de banque est tenu par le trésorier . Le compte ouvert est un compte à double signature : celle du président du COGE et celle du médecin chef du SSD.

La totalité des recettes ainsi que des dépenses sont enregistrées dans le livre de caisse.

Sur l'ensemble des recettes d'une formation sanitaire, le COGE ne peut utiliser pour les dépenses autorisées que les sommes non réservées au rachat des médicaments .

La budgétisation des dépenses à effectuer doit être décidée par le COGE.

Ces dépenses doivent obligatoirement couvrir les postes suivants :

- - les outils de gestion
- - les frais de transports pour l'achat et la livraison des médicaments ;
- - les frais bancaires et les frais occasionnés par les versements à la banque.

- - une augmentation éventuelle des prix des médicaments.
-

Les dépenses à la charge de la commune sont :

- - les frais de gardiennage
- - les frais d'emploi du dispensateur

Les dépenses de « motivation » des membres du COGE sont laissées à la discrétion de la commune .

Toutes les dépenses doivent faire l'objet de pièces justificatives. Toutes les factures d'achats (de médicaments ou d'autres) sont conservées par le trésorier.

e) - Du système d'information (3)

Le rapport mensuel d'activités de l'établissement est rempli par le chef de centre et envoyé au bureau du district. Il contient des informations financières.

Le rapport mensuel du système d'information de gestion et financier (SIGF) est rempli par les membres du comité de la gestion et envoyé au bureau du district.

Les deux rapports mensuels, du SIGF et du SISG permettent au service de santé du district de suivre la vente des médicaments ainsi que la gestion financière de la participation des usagers.

Le district regroupe l'ensemble des informations du SISG et du SIGF dans des outils de recueil spécifique.

f) - De la supervision (3) (12)

La supervision sur le site est effectuée par mois par l'équipe du SSD au niveau de l'établissement.

La supervision vise premièrement à recueillir des informations non disponibles dans les systèmes d'information en place (identification de problèmes), et deuxièmement à entreprendre immédiatement les actions correctrices (nouvelles instructions, formations, négociations, etc.)

Les éléments de la grille de supervision porteront notamment sur :

- - la qualité de la sécurisation des médicaments et des fonds ;
- - l'utilisation des outils de gestion et d'information par les différents intervenants ;
- - le respect et l'affichage des tarifications
- - l'engagement et la responsabilité du comité de gestion ;
- - l'engagement et la responsabilité des mairies ;
- - la budgétisation de l'utilisation des recettes ;
- - le calcul des sommes à réserver pour l'utilisation des médicaments.

g) - Du monitoring (3) (12)

Le monitoring du financement communautaire est effectuée sur une base semestrielle conjointement par l'équipe du district, l'équipe de soins et le comité de gestion au moins .

Le monitoring du financement communautaire est un élément du monitoring général qui est considéré comme un outil de gestion au niveau local destiné à augmenter la couverture des soins grâce à la surveillance du bon déroulement des activités .

h) - De l' audit (3) (12)

L'audit est effectué dans les circonstances suivantes :

- - systématiquement au moins une fois par an ;
- - à la demande du ministère de la santé ;
- - à la demande des mairies ;
- - à la demande du comité de contrôle ;
- - dans toute circonstance qui justifierait une telle procédure .
-

L'audit peut être effectué par :

- l'équipe du SSD annuellement ;
- une équipe du ministère de la santé (y compris du niveau central ou intermédiaire) ;
- une équipe extérieure sur demande du ministère, de la mairie ou du comité de contrôle.

Il vise également à vérifier si les résultats du système d'information, de monitoring et de supervision sont honnêtes.

i) - Du contrôle interne (3) (12)

Le contrôle interne est organisé par le président du COGE. Il vise à contrôler les activités du dispensateur et du trésorier. Il est effectué en permanence.

Les outils du contrôle interne sont :

- l'ensemble des outils de gestion
- les outils d'audit

L'objectif du contrôle interne veillera à ce que :

- il n'y ait pas de fuites de médicaments de la pharmacie de stock ou de détail,
- les sommes liées à la vente des médicaments soient enregistrées à la pharmacie de détail,
- les sommes remises au trésorier correspondent aux sommes enregistrées
- les sommes disponibles pour le COGE soient celles qui sont remises au trésorier,
- les sommes utilisées pour les dépenses soient effectivement liées à un achat ou un service.

DEUXIEME PARTIE : ETUDE PROPREMENT DITE

II- NOTRE ETUDE

II. 1- BUT DE L'ETUDE

Notre but est de déterminer les conséquences immédiates de la suspension provisoire de la participation financière des usagers (PFU), par le biais d'une enquête menée auprès des consultants et du personnel de santé.

II. 2- PRESENTATION DU MILIEU

ET CADRE D'ETUDE

Le centre de santé de base de niveau II (CSB II) de Mahamasina fait partie des formations sanitaires du district sanitaire d'Antananarivo Renivohitra.

II. 2. 1- Raisons du

choix du site

Notre étude a été menée dans le CSB II de Mahamasina pour les raisons suivantes :

- sa situation géographique accessible et démographique suffisante,
- le développement de la participation financière des usagers (PFU)

depuis sa mise en place en 1997.

II. 2. 2- Historique

Le CSB II de Mahamasina a été construite en 1928 pendant la colonisation . Il a été implanté dans la commune Urbaine d'Antananarivo, au IVème Arrondissement, dans le fokontany Mahamasina Sud . Une réhabilitation a été faite en 1998 pour augmenter la capacité d'accueil.

II. 2. 3- Présentation du

service

1- Situation géographique et environnement

Le CSB II de Mahamasina situé dans la partie sud du district sanitaire d’Antananarivo Renivohitra apparaît comme un milieu très peuplé en plein centre ville.

21 fokontany sont servis par le CSB II de Mahamasina , à savoir:

- Tsimialonjafy,
- Ambanin’ Ampamarinana,
- Ankadilalana,
- Tsimbazaza,
- Ankaditoho Marohoho,
- Soanierana III I,
- Soanierana III J,
- Fiadanana III M,
- Fiadanana III L,
- Mahamasina Sud,
- Mananjara,
- Ouest Ambohijanahary III H - III O,
- Ouest Ambohijanahary III G – III M,
- Anosibe Ambohibarikely,
- Ouest Mananjara,
- Madera Namontana,
- Ouest Ankadimbahoaka,
- Anosizato Est 1,
- Ankazotoha Anosimahavelona,
- Mandrangombato I,
- Mandrangombato II.

Actuellement, Mahamasina est un point de passage de plusieurs lignes de transport en commun. C’est un quartier à activités complexes : logements, établissements commerciaux tels que le grand marché d’Alakamisy, les établissements administratifs, scolaires, socioculturels (le grand Stade de Mahamasina et le grand Palais des Sports et de la Culture).

On y trouve également de nombreuses formations sanitaires aussi bien publiques que privées parmi lesquelles trois grands centres hospitaliers universitaires d'Antananarivo

- le CHU de Befelatanana,
- le CHU/Maternité de Befelatanana,
- le CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona.

2- Situation démographique

Avant la FAV Polio(Fanamafisana ny andron'ny vaksiny)du mois de Septembre-Octobre 2002, un recensement de la population totale desservie par le CSB a montré 111.060 habitants contre 108.762 en 2001.

Le nombre des enfants s'est présenté comme suit :

- enfants de 0-11 mois : 4.442
- enfants de 0-2 ans : 19.990
- enfants de 0-5 ans : 19.578

Quant aux femmes en âge de procréer (15-49 ans), elles ont été au nombre de 23.928.

3- Description du Service

Le CSB comprend :

- au rez de chaussée :
 - 1 salle d'attente communiquant directement avec l'entrée principale ,
 - 1 salle de soins,
 - 1 salle pour la pharmacie,
 - 1 salle faisant usage de bureau du Médecin-Chef,
 - 1 salle de consultation externe,
 - 1 salle pour le Service PF / SR,
 - 1 salle pour le Service SMI.
- au premier étage, se situe le logement du Médecin-Chef

4 - Ressources humaines

L'équipe du CSB est composée de :

- 4 médecins qui assurent les consultations externes, et s'occupant chacun des attributions suivantes: prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), gestion de la pharmacie, consultation externe, surveillance épidémiologie, santé de la mère ; le médecin-chef est chargé de l'administration et de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières, et dirige et coordonne toutes les activités du CSB II,
- 4 sage-femmes dont 2 responsables du Service PF / SR du Service SMI en général ;
- 3 infirmières dont 2 responsables de la gestion des recettes du prix des médicaments, de la comptabilité des médicaments de détails et 1 responsable des soins médicaux fournis aux consultants qui en ont besoin ;
- 1 assistant de santé ,
- 2 agents d'administration ;
- 1 agent de la commune : le dispensateur des médicaments,
- 1 employé de service .

Au total, on compte 16 agents comme personnel au CSB de Mahamasina., tous profils confondus.

5- Activités du CSBII

Les activités du CSB portent essentiellement sur les 6 grands domaines suivants :

- a) soins préventifs
- b) soins curatifs
- c) activités de gestion consistant à assurer :
 - la collecte d'information ,
 - la gestion du personnel ,
 - la planification des activités du CSB avec la communauté et l'appui du district,
 - le suivi local des activités par le comité et le personnel,
 - la gestion et la maintenance des matériels,
 - la cogestion et la maintenance des matériels,
 - la coordination des activités,

- le suivi et le monitoring des activités.
- d) approvisionnement en médicaments, consistant à assurer la disponibilité des médicaments essentiels en collaboration avec la communauté.
- e) mobilisation communautaire intégrée :
 - assurer la sensibilisation sur les activités préventives et promotionnelles,
 - initier la mise en place des comités de gestion et de santé du district sanitaire,
 - développer la collaboration intersectorielle.
- f) surveillance épidémiologique

6 - Organisation du CSB

- Le CSB est ouvert tous les jours (de 8 h du matin à 16 h), sauf les samedi, dimanche et jours fériés. La consultation externe commence vers 8 h 30, une petite pause vers 12 h 30 à 13 h 30 est observée.
- Notons que tous les CSB du district sanitaire d'Antananarivo Renivohitra se relayent pour faire les gardes des week-ends. Cela se passe environ une fois tous les mois.
- Depuis la suspension de la PFU à partir du 31 juillet 2002, tout est gratuit : la consultation, les soins ainsi que les médicaments délivrés, mais ces derniers dépendent surtout de la disponibilité des médicaments, tant en quantité qu'en qualité.
- Une fois que le consultant arrive au CSB, il doit toujours présenter un carnet dans lequel, on note le numéro et la prescription du médecin. Et son nom doit être enregistré dans un registre du service ; celui-ci doit être comparé quotidiennement avec le registre de consultations externes et les sorties de médicaments enregistrés à la pharmacie pour une meilleure comptabilité des produits utilisés.
- Après l'enregistrement et la prise de numéro, le consultant passe dans la salle d'attente ou dans la cour, en attendant son tour pour être examiné par le médecin.
- Une fois, la consultation finie avec la prescription écrite dans le carnet, le malade passe à la pharmacie pour récupérer les médicaments ; mais à condition que ces derniers soient disponibles ; sinon, le consultant doit acheter ses médicaments à la pharmacie c'est-à-dire dans les officines.
- Si le consultant a besoin des soins médicaux, tels que : injections, pansements..., il doit ensuite passer à la salle de soins.

II. 3 - METHODOLOGIE

II. 3.1 - Recrutement des dossiers – méthode de collecte des données

→ basée surtout sur l'étude de la qualité des prestations des services

- Disponibilité des médicaments

On calcule le pourcentage de chaque réponse à partir des données de l'enquête (soit en totalité, en partie, ou aucune)

- Taux de fréquentation en consultation externe(C.E et PCIME)

Nombre de nouveaux cas toutes causes confondues * 100

Nombre de la population dans le secteur du CSB II

(nombre des nouveaux cas = nombre des consultations – nombre de renouvellement de prescription)

→ sur l'étude de la gratuité des soins

- L'attitude face à la suspension de la PFU

C'est le pourcentage des gens qui acceptent la gratuité.

Il s'agit d'une enquête prospective réalisée du 22 Octobre 2002 au 05 Novembre 2002, auprès de 120 consultants du CSB II Mahamasina et du personnel de santé du centre.

Pour toutes les variables, la méthode d'analyse statistique utilisée consiste à une approche épidémiologique descriptive, outre les questionnaires faite auprès d'une partie des consultants et l'essai de liaison entre les différentes variables.

Pour la réalisation de ce travail, nous avons compulsé les registres de consultation et les Registres d'Utilisation des Médicaments Et des Recettes journalières (RUMER) des années 2001-2002 ; pour une étude comparative de ces 2 périodes.

Nous nous sommes également servis d'un questionnaire anonyme et confidentiel. Le questionnaire est rédigé en français mais au cours de l'enquête, nous nous sommes exprimés

en langue malagasy, pour que les enquêtés comprennent bien et répondent convenablement aux questions posées.

Le questionnaire est préalablement testé auprès d'un petit échantillon afin de détecter les réactions aux questions posées et d'estimer la qualité de celle-ci et de la méthode utilisée au choix . Cette enquête préalable nous a permis d'améliorer notre attitude au cours des entretiens et de faire des modifications éventuelles dans la formulation des questions.

Le questionnaire, placé en annexe est composé de questions fermées et de questions ouvertes. L'entretien avec les consultants s'est fait de façon individuelle, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas d'interview. Les consultants enquêtés sont ceux qui viennent faire leur consultation chez le médecin et ont acheté leurs médicaments à la pharmacie du CSB II.

Questionnaires auprès des consultants et du personnel de santé (cf Annexes n° 1 et n° 2)

II. 3.2 - Méthode d'analyse des données

Pour la saisie des données et le traitement des résultats, ils ont été effectués sur micro-ordinateur à l'aide de logiciels informatiques Microsoft Excel 2000 et Word 2000 .

II. 3.3- Sélection des sujets recrutés

1- Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans cette enquête tous les consultants venus au CSB âgés de plus de 18 ans et les accompagnateurs des enfants qui avaient plus de 18 ans c'est-à-dire ceux venant pour la consultation externe ou la PCIME.

Les consultants et les accompagnateurs ne sont questionnés qu' avec leur approbation pour éviter des réponses non réfléchies et pas sérieuses. Malgré cela , il n'a pu être recensé que 120 réponses exploitables pour les consultations, et en tout 12 pour le personnel de santé du CSB II de Mahamasina.

Nous avons également examiné les caractéristiques médicales des 50 premiers malades de chaque mois, dans la période du mois de Juillet à Octobre 2002.

2- Critères d'exclusion

- Les enfants de moins de 18 ans sans accompagnateurs valables, ont été exclus de la population enquêtée ,
- Les femmes enceintes en consultation prénatale (CPN),
- Les prestataires de la planification familiale (PF),
- Les enfants emmenés au centre pour la vaccination (PEV).

II .4- RESULTATS ET

INTERPRETATIONS

II. 4.1 - Caractéristiques et distribution de la population étudiée

La population étudiée est composée de 120 unités statistiques avec une majorité du sexe féminin : 96 femmes, soit 80% de l'échantillon, pas de distinction d'âge, de sexe, d'origine, de conditions économiques ni socio-culturelles .

Cet échantillon peut être considéré comme une photo réduction de la population entière car on sait que les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes dans le monde .

1- Structure des consultants par sexe et par âge

Tableau n°1 : Répartition des consultants selon le sexe

Sexe	Nombre	pourcentage
masculin	24	20%
féminin	96	80%
ensemble	120	100%

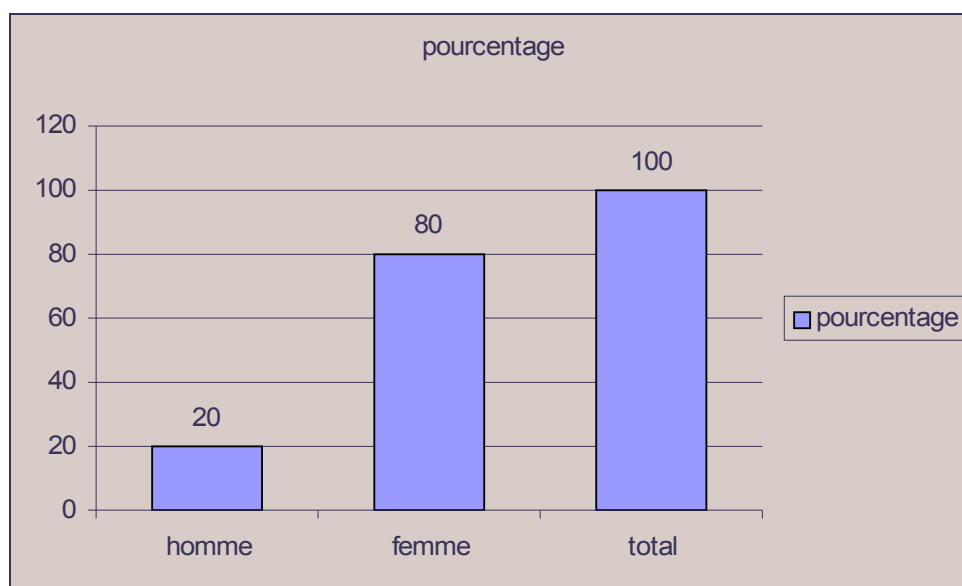


Figure n°1 : Répartition des consultants selon le sexe

Comme nous l'avons déjà indiqué tout à l'heure, la population enquêtée est majoritairement féminine ; le sexe ratio Femme / Homme est de 4.

Tableau n°2 : Répartition des consultants selon leur âge

tranches d'âge	masculin	%	féminin	%	effectif	%
[18-23]	2	1.67	14	11.67	16	13.33
[24-29]	2	1.67	11	9.17	13	10.83
[30-35]	2	1.67	19	15.83	21	17.50
[36-41]	6	5.00	13	10.83	19	15.83
[42-47]	4	3.33	15	12.50	19	15.83
[48-53]	5	4.17	8	6.67	13	10.83
[54-59]	1	0.83	7	5.83	8	6.67
60 ans et +	2	1.67	9	7.50	11	9.17
total	24	20.00	96	80.00	120	100.00

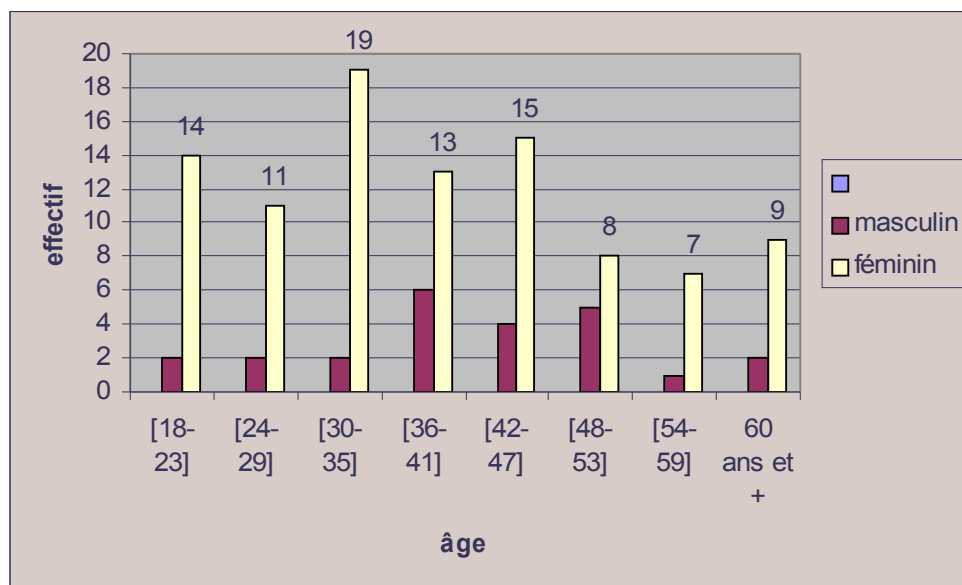


Figure n°2 : Répartition des consultants selon leur âge et leur sexe

2 - Selon le niveau d'instruction

Tableau n°3 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction et le sexe

niveau d' instruction	sexe		total	pourcentage
	masculin	féminin		
illettré	1.00	14.00	15.00	12.50
primaire	5.00	52.00	57.00	47.50
secondaire	12.00	26.00	38.00	31.67
universitaire	6.00	4.00	10.00	8.33

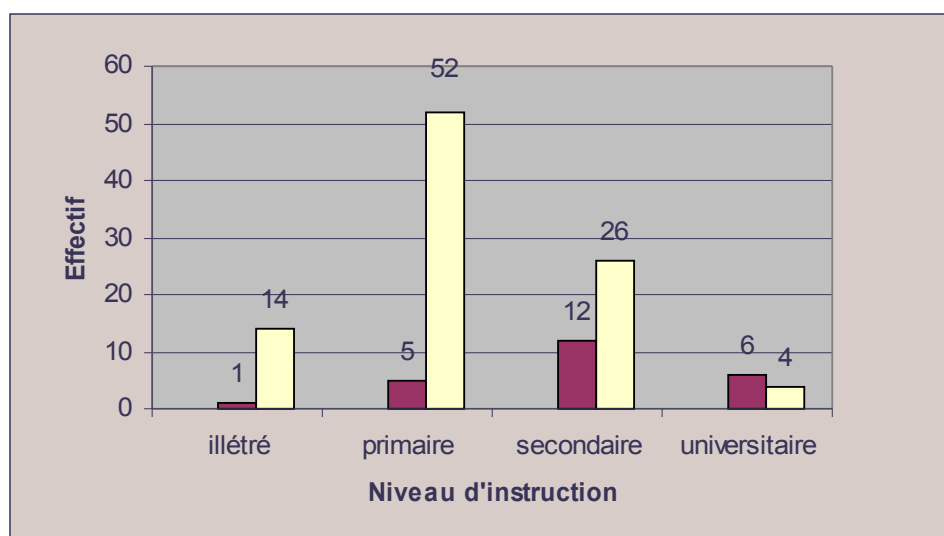


Figure n°3 : Répartition des consultants selon leur niveau d'instruction et leur sexe

60% de la population étudiée n'ont pu suivre que des études primaires et il y en a même parmi eux qui sont analphabètes, ou illettrés.

8,33% seulement ont pu effectuer des formations universitaires.

En considérant la répartition suivant le sexe, on perçoit que ce sont toujours les femmes qui sont peu scolarisées : en effet, 14 sur 15 illettrés de notre échantillon sont du sexe féminin.

3- Répartition selon la situation familiale

Tableau n°4 : Répartition des consultants selon la situation familiale et leur sexe

Situation familiale	Masculin		Féminin		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
célibataire	3	2,5	32	26,67	35	29.17
marié	20	16,67	54	45.00	74	61.67
divorcé	0	0.00	7	5,83	7	5.83
veuf	1	0,83	3	2,5	4	3.33
Total	24	20.00	96	80.00	120	100

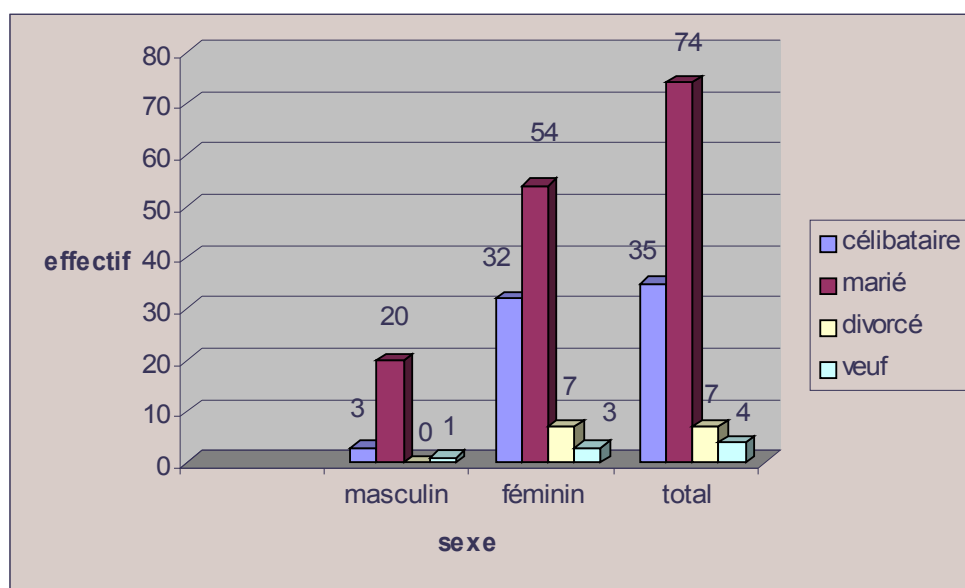


Figure n°4 : Répartition des consultants selon la situation familiale et le sexe

Les gens mariés sont ceux qui viennent le plus en consultation avec 61,67% de l'effectif total enregistré. Les femmes sont toutefois plus nombreuses que les hommes, si l'on considère chaque catégorie de situation familiale.

Tableau n°5 : Répartition selon la situation familiale et l'âge

tranche d'âge	célibataire	%	marié	%	divorcé	%	veuf	%
[18-23]	15	12.50	7	5.83	0	0	0	0
[24-29]	10	8.33	14	11.67	1	0.83	1	0.83
[30-35]	7	5.83	17	14.17	1	0.83	0	0
[36-41]	2	1.67	12	10	2	1.67	0	0
[42-47]	0	0	11	9.17	1	0.83	1	0.83
[48-53]	0	0	5	4.17	0	0	0	0
[54-59]	0	0	5	4.17	1	0.83	0	0
60 ans et +	1	0.83	3	2.50	1	0.83	2	1.67
Total	35	29.17	74	61.67	7	5.83	4	3.33

Dans la tranche d'âges : 18-26 ans, les célibataires sont majoritaires avec un

pourcentage de 13,33% environ.

Quant à la tranche d'âges : 26- 34 ans , on a surtout des personnes mariées, soit 15,83% de la population étudiée.

4- Selon la catégorie socio-professionnelle

Tableau n°6 : Répartition des consultants selon leur catégorie socio-professionnelle

catégorie socio-professionnelle	masculin	%	féminin	%	total	%
ouvrier	6	5	14	11,67	20	16,67
chômeur	5	4.17	31	25,83	36	30
étudiant	2	1.67	5	4,17	7	5,83
employé de maison	0	0	15	12,50	15	12,50
Commerçant	3	2.5	24	20	27	22,50
Artisan	1	0.83	2	1,67	3	2,50
chauffeur	4	3.33	0	0	4	3,33
agriculteur	2	1.67	2	1,67	4	3,33
retraité	1	0.83	3	2,52	4	3,33
Total	24	20	96	80	120	100

Le CSB n'épargne aucune catégorie socio-professionnelle mais la majorité des consultants sont des femmes et hommes au foyer, en général sans emploi (chômeur), représentent 30%. Les commerçants se trouvent au second rang, avec un taux de 22,5%, puis viennent les ouvriers (16,67%) et les employés de maison 12,50% de l'ensemble des clients du CSB.

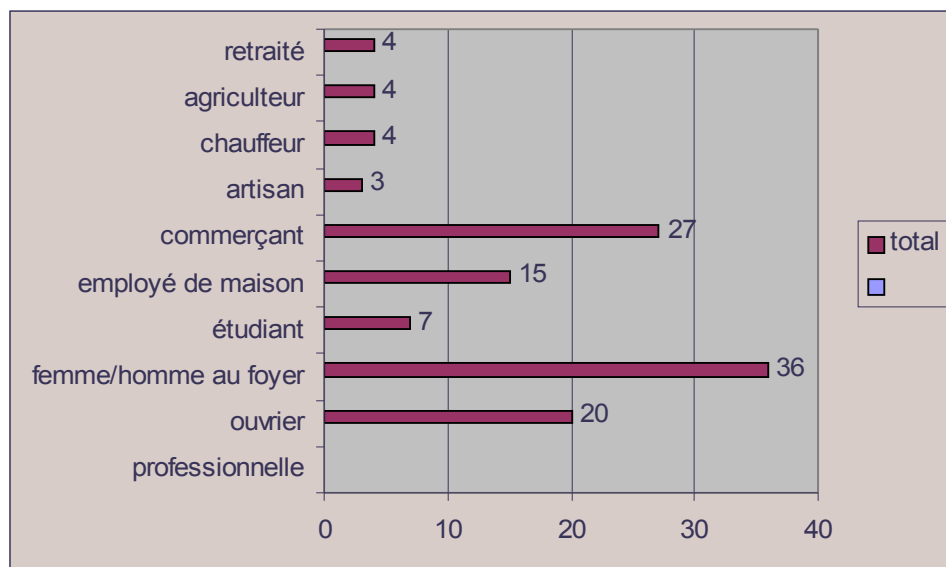


Figure n°5 : Distribution des consultants selon leur catégorie socio-professionnelle

5 - Selon le revenu mensuel

Tableau n°7 : Répartition des revenus mensuels moyens de chaque famille des enquêtés

revenus mensuels de la famille	effectif	pourcentage
<100.00Fmg	10	8.33
200.000Fmg	18	15
300.000Fmg	30	25
400.000Fmg	21	17.50
500.000Fmg	20	16.67
600.000Fmg	11	9.17
700.000Fmg	5	4.17
800.000Fmg	4	3.33
900.000Fmg	1	0.83
1.000.000Fmg et +	2	1.67
total	120	100

Les revenus mensuels des gens varient entre 1.000.000 Fmg et 100.000 Fmg. Les ressources financières des malades venant en consultation externe et en PCIME restent faibles. La valeur moyenne est estimée à 388.336,33 Fmg. En effet, la majorité des revenus mensuels familiaux de chaque consultant se situe autour de 300.000 Fmg : représentant 25% de la population étudiée.

Toutes les classes sociales viennent au centre pour consulter mais les familles aisées le fréquentent moins. On note seulement 1,67% des consultants à revenu mensuel familial >1.000.000 Fmg qui viennent au centre.

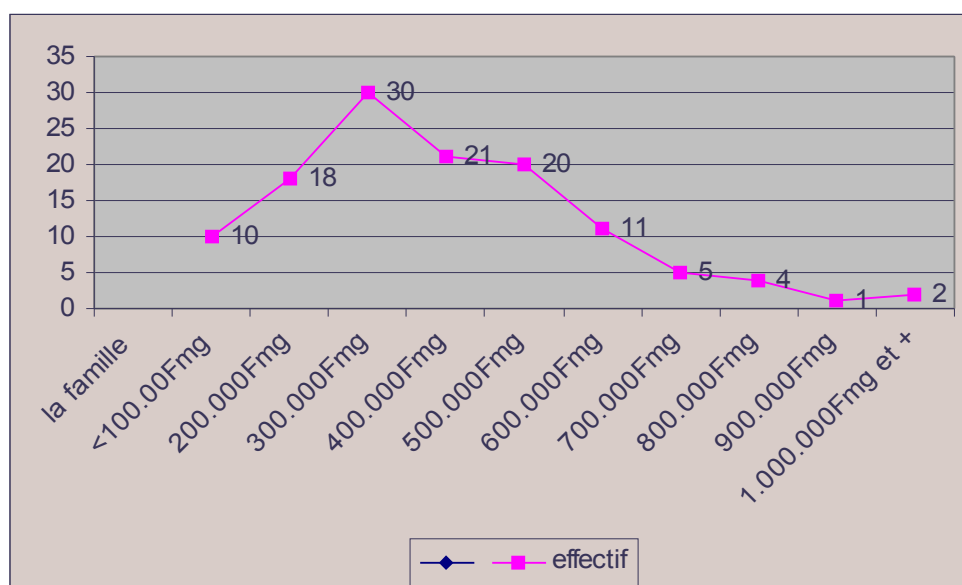


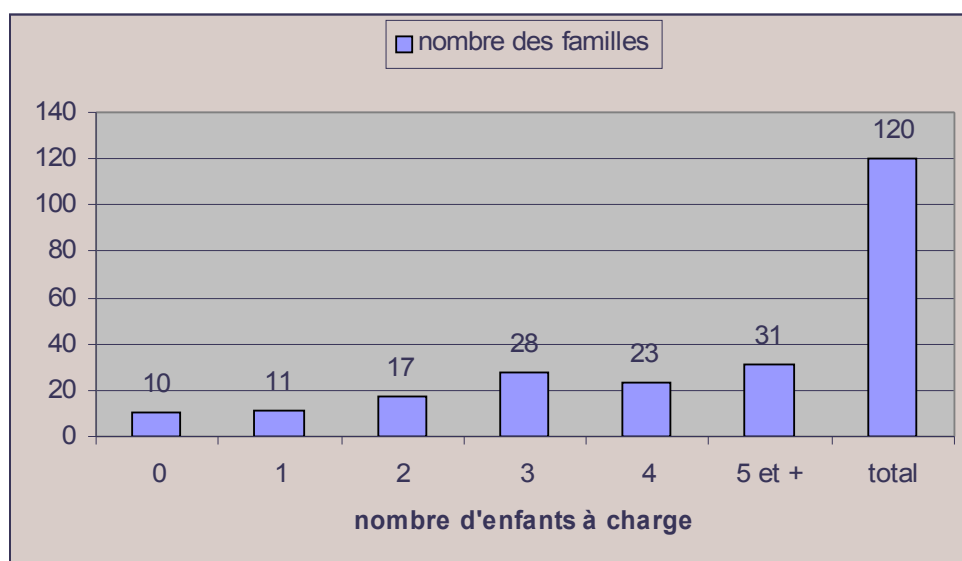
Figure n°6 : Répartition des ménages selon le revenu mensuel familial

**6 - Selon le nombre d'enfants à charge dans
chaque famille**

**Tableau n°8 : Répartition des consultants selon le nombre d'enfants à charge dans
la famille**

enfants à charge	nombre des familles	pourcentage
0	10	8.33
1	11	9.17
2	17	14.17
3	28	23.33
4	23	19.17
5 et +	31	25.83
total	120	100

Le nombre moyen d'enfants à charge de chaque consultant est de 3,13. Or, les consultants ayant plus de 5 enfants sont quand même au nombre de 31, soit environ 25,83%. Par ailleurs, la majorité des consultants ont plus de 3 enfants à leur charge, représentant 82,5% de notre échantillon.



**Figure n°7 : Répartition des consultants selon le nombre d'enfants à charge dans
la famille**

7 - Nouveaux ou Anciens consultants du CSB.

Il s'agit ici d'avoir un éventail de personnes vues selon la fréquence de leur venue au CSB II.

Tableau n°9 : Répartition en tant que nouveaux ou anciens consultants et selon le sexe

	masculin	féminin	total	pourcentage
nouveau	14	57	71	59.17
ancien	10	39	49	40.83
ensemble	24	96	120	100

Les nouveaux consultants sont nettement plus nombreux que les habitués du CSB : 59,17%, contre 40,83% d'anciens consultants.

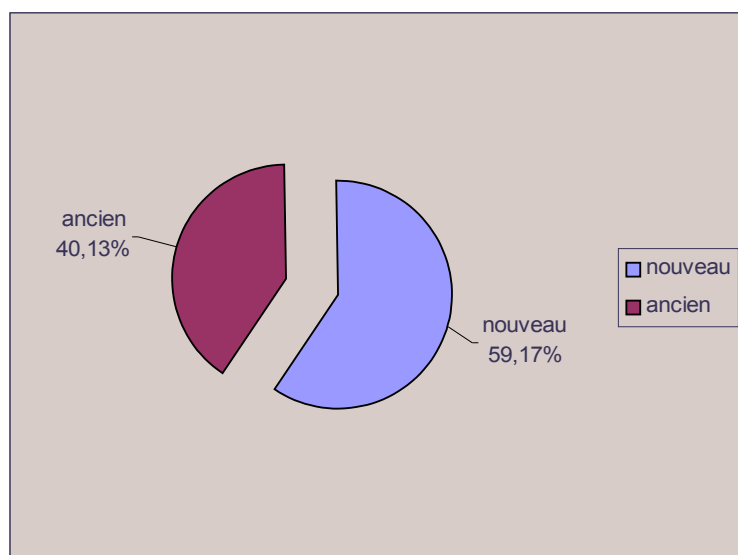


Figure n° 8 : Distribution en tant que nouveaux ou anciens consultants et selon le sexe

II. 4.2- Présentation et interprétation

des résultats de l'enquête:

Les résultats obtenus après exploitation des questionnaires se rapportent aux options choisies pour les personnes enquêtées .

1 - Attitude des gens face à la suppression de la PFU

Tableau n°10 : Répartition des consultants sur la gratuité des soins

	effectif	pourcentage
POUR	77	64.17
CONTRE	43	35.83
ensemble	120	100

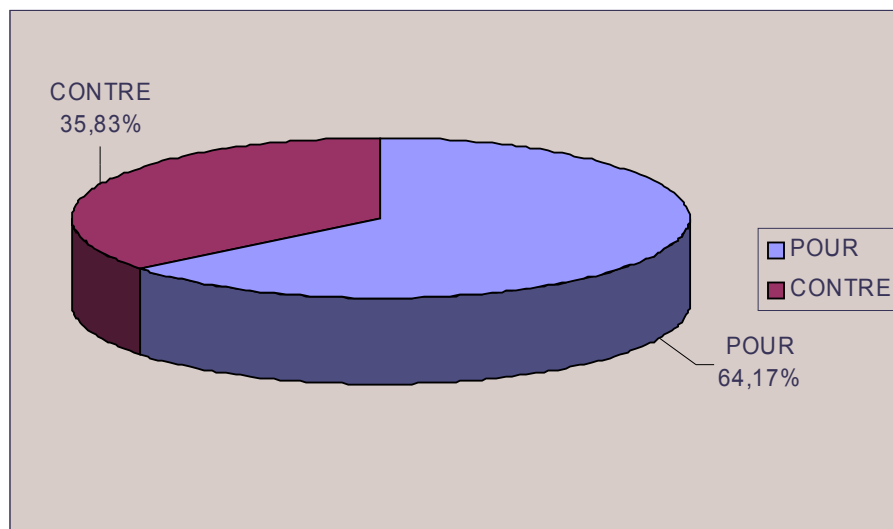


Figure n°9 : Distribution des consultants sur la gratuité des soins

Le diagramme nous donne que la majorité de la population étudiée préfère la gratuité des soins.

1.1- Selon le sexe

Tableau n° 11 : Répartition des consultants selon qu'ils sont pour ou contre la gratuité des soins et selon le sexe

	masculin	féminin	total	pourcentage
POUR	16	61	77	64.17
CONTRE	8	35	43	35.83
ENSEMBLE	24	96	120	100

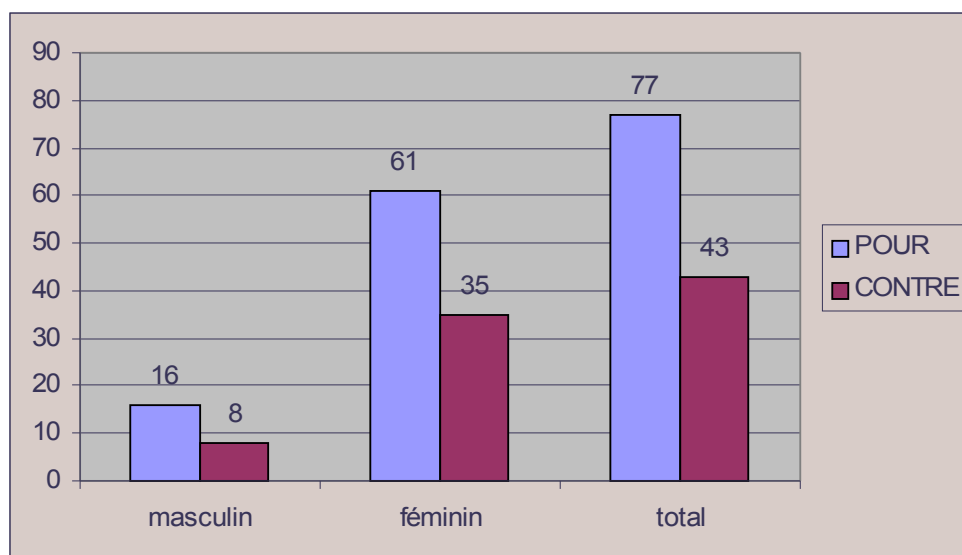


Figure n°10 : Distribution des consultants optant pour ou contre la gratuité des soins et le sexe

Le sexe n'a peut-être aucune influence sur le pour ou le contre de la gratuité des soins mais comme les femmes sont plus nombreuses (80%) que les hommes, dans l'échantillon étudié, ceci explique le pourcentage élevé de femmes acceptant la gratuité (50,83%) contre 13,33% pour les hommes.

Notons que 35,83% des consultants enquêtés refusent la gratuité.

1.2- Selon le niveau d'instruction

Tableau n°12 : Répartition des consultants pour ou contre la gratuité des soins et selon leur niveau d'instruction

OPTION	NIVEAU D' INSTRUCTION								TOTAL
	ILLETTRE		PRIMAIRE		SECONDAIRE		UNIVERSITAIRE		
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%	
POUR	15	12,5	51	42,5	10	8,33	1	0,83	77
CONTRE	0	0	6	5	28	23,33	9	7,5	43
ENSEMBLE	15	12,5	57	47,5	38	31,66	10	8,33	120

- 100% des illettrés sont pour la gratuité des soins. En tout, 66 sur 72 consultants analphabètes et de niveau d’instruction primaire acceptent la suspension de la PFU , soit 55% de l’échantillon étudié .

- 9 sur 10 des consultants ayant fait des études universitaires sont contre la gratuité.

- Les consultants de niveau d’instruction secondaire sont les plus nombreux à être contre la gratuité (23,33%).

1.3- Selon la situation familiale

Tableau 13 : Répartition des consultants pour ou contre la gratuité et selon leur situation familiale

OPTION	SITUATION FAMILIALE							
	Célibataire		Marié		Marié		Veuf	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Pour	20	16,67	48	40	5	4,16	4	3,33
Contre	15	12,50	26	21,67	2	1,67	0	0
Total	35	29,17	74	61,67	7	5,83	4	3,33

Les consultants mariés sont les plus nombreux à être pour la gratuité (40%).

Cependant, la majorité des consultants sont pour la gratuité, quelle que soit leur situation familiale. C’est le cas des veufs car ils étaient tous à 100% pour la gratuité

1.4- Selon le niveau du revenu mensuel de chaque famille

Tableau n°14 : Répartition des consultants pour ou contre la gratuité et selon leur revenu mensuel

Option	100000	200000	300000	400000	500000	600000	700000	800000	900000	>1000000	total
Pour	10	14	22	13	11	6	1	0	0	0	77
Contre	0	4	8	8	9	4	4	4	1	1	43
Total	10	18	30	21	20	10	5	4	1	1	120

- Les consultants à revenu mensuel égal à 100.000 Fmg sont tous pour la suppression de la PFU.
- La majorité des consultants qui veulent la gratuité de soins , ont un revenu mensuel < 400.000Fmg. Or, ils représentent environ 50,83% de la population étudiée.
- Les consultants ayant un revenu mensuel > 600.000 Fmg, se trouvent être presque à l'unanimité contre la gratuité.

D'après les questions posées aux enquêtés concernant le pourquoi de leur choix, nous avons résumé leurs explications respectives comme suit :

- Ceux qui sont pour la gratuité pensent que :
- du fait de leur faible niveau de vie, cette mesure prise par l'Etat leur est très avantageuse et leur est nécessaire pour soulager les autres dépenses du ménage ;
 - c'est la meilleure manière que l'Etat aurait dû trouver, pour aider les gens sans emploi, pauvres ou à faible revenu mensuel, avec un nombre d'enfants à charge élevé ; puisqu'ils ne disposent pas de moyens suffisants pour les soins médicaux et surtout pour l'achat des médicaments ,
 - certains affirment que les CSB sont surtout fréquentés par les gens de faible niveau social ; or, il se trouve que cette classe sociale prime dans les réalités de la société malgache ; ainsi, selon eux, l'Etat devrait continuer à améliorer le système de la gratuité des soins ;

- d'autres consultants pensent que la gratuité des soins pourrait influencer d'autres sont pour la gratuité du fait qu'ils comparent les dépenses réalisées dans les CSB avec celles réalisées dans les autres systèmes tels que les médecins libres, les cliniques privées ou autres, qui ne sont pas accessibles à tout le monde ; la gratuité dans les CSB leur apparaît ainsi bénéfique.

→ Les consultants qui sont contre la gratuité, se justifient par le fait que :

- les soins reçus au CSB du temps de la PFU et maintenant, sans le recouvrement des coûts ne sont pas les mêmes : ils ont remarqué qu'avec le système payant les médicaments étaient plus variés et disponibles et à des prix abordables pour le plus grand public ; mais actuellement, avec la suppression de la PFU, les médicaments manquent, tant en qualité qu'en quantité ; les malades sont encore obligés d'acheter des médicaments à la pharmacie c'est-à-dire dans les officines. Alors, les dépenses ne sont ainsi que plus importantes qu'avec la PFU ;

- la peur que cette gratuité ne va que détériorer la situation économique et financière de la population, voire du pays ;

- le fait que le recouvrement de coûts est un moyen pour faire savoir aux gens que rien n'est gratuit dans la vie ; par ailleurs, cela peut changer la mentalité des gens pour ne pas être trop dépendants des autres ;

- le fait aussi que tous doivent contribuer à améliorer les conditions sanitaires de la population malgache, participer au développement du pays, en prenant part au paiement des frais médicaux et des médicaments, qui constituent des charges non négligeables pour l'Etat ;

-enfin, il y a ceux qui pensent que c'est tout à fait normal pour eux de payer pour des services rendus.

2- La fréquentation du CSB par les consultants depuis la gratuité :

Depuis 6 mois environ, la fréquence de la fréquentation du CSB a quelque peu changé .

Tableau n° 15 : Répartition des consultants selon leurs nombres de venue au CSB depuis la gratuité

venue au CSB	effectif	%
1ère fois	52	43.33
2ème fois	33	27.50
3 ème fois	21	17.50
4ème fois et+	14	11.67
	120	100

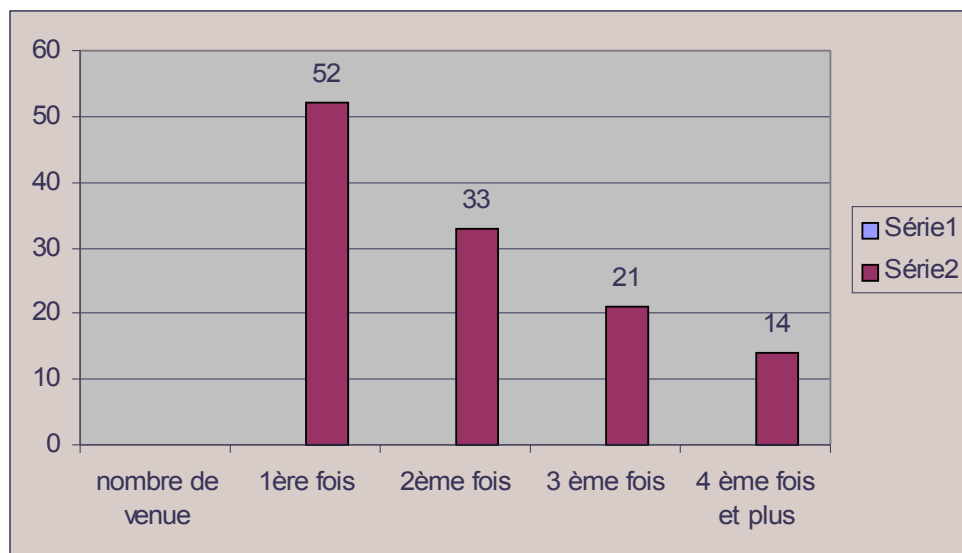


Figure n° 11 : Distribution des consultants selon le nombre de venue au CSB depuis la gratuité

On remarque que le pourcentage des consultants qui viennent pour la première fois est plus élevé (avec 43,33%) que celui des consultants qui ont été venus au CSB plus de 4 fois (11,67%) depuis la gratuité .

On note une relation inversement proportionnelle du pourcentage des consultants avec leur nombre de venues au CSB.

Tout le personnel du CSB a remarqué une forte hausse du taux de fréquentation du CSB depuis la suspension du recouvrement de coûts.

→ *Récapitulation du nombre de nouveaux cas en 2001-2002*

Tableau n°16 : Répartition annuelle du nombre de consultations au CSB II de Mahamasina en 2001 - 2002

Nombres	ANNEES
---------	--------

	2001	2002
Consultations (CE,PCIME)	7623	10804

Source : CSB II de Mahamasina

Ces chiffres nous montrent que le nombre de consultants en 2002 présentait une forte hausse comparé à celui en 2001, de 7.623 à 10.804 consultations.

Tableau n°17 : Répartition du nombre de consultations au CSB II de Mahamasina en 2001 - 2002

Année\Mois	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
2001	851	722	731	519	756	451	543	577	539	714	743	477	7623
2002	597	310	332	388	532	565	676	1649	1434	1495	1397	1429	10804

Source : CSB II de Mahamasina

→ *Taux de fréquentation en consultation externe du CSB II de Mahamasina en 2001 – 2002*

Tableau n°18 : Evolution du taux de fréquentation en consultation externe en 2001-2002

Nombres	ANNEES	
	2001	2002
Population totale	109.477	111.060
Nouveaux cas (CE, PCIME)	7.378	10.488
Taux de fréquentation	6,73%	9,44%

Source : CSB II de Mahamasina

Au cours de l'année 2002, avec la mise en place provisoire du système de gratuité des soins, le taux de fréquentation en consultation externe au CSB II de Mahamasina se trouvait en hausse par rapport à celui de l'année 2001.

3- Les principaux motifs de consultation

Tableau n°19 : Répartition des consultants selon leurs motifs de consultation

motifs de consultation	effectif	%
fièvre	17	14.17
IRA	39	32.50
diarrhée	14	11.67
parasitose	22	18.33
HTA	8	6.67
asthénie	5	4.17
angine	6	5
otite	1	0.83
infections cutanées	3	2.50
traumatisme	1	0.83
céphalée	4	3.33
	120	100

L'IRA est la maladie la plus contractée par les consultants durant notre investigation. On a relevé 39 cas de IRA, soit 32,5% de la population enquêtée. Vient ensuite la fièvre (Syndrome palustre) avec 14,17% et la diarrhée, avec 11,67%.

La parasitose des enfants prend aussi une très grande place parmi les motifs de consultation ; il représente près de 18,33% des motifs de consultation.

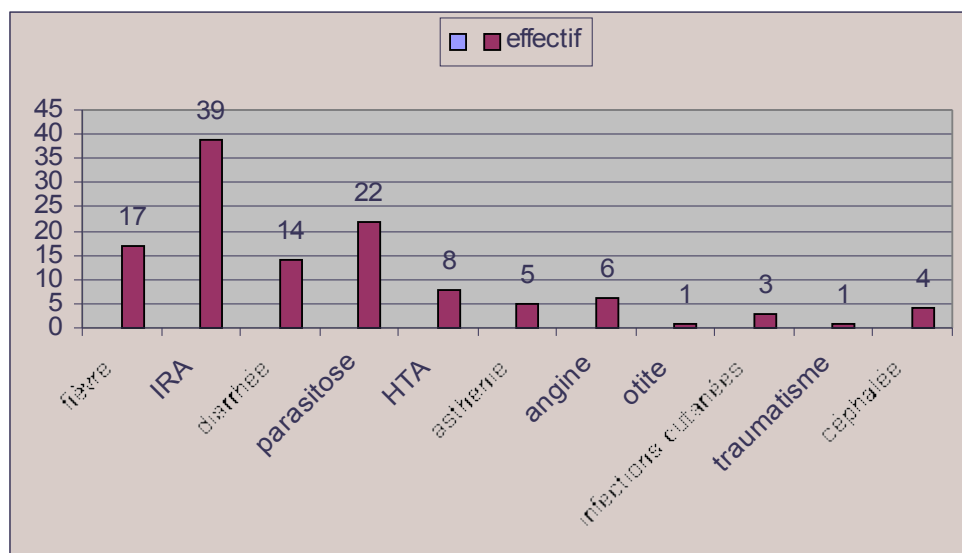


Figure n°12 : Distribution des consultants selon leurs motifs de consultation

4- Disponibilité des médicaments au CSB depuis la gratuité

Tableau n°20 : Répartition de la disponibilité des médicaments au CSB selon les

consultants

	fréquence	%
en totalité	24	20
en partie	82	68.33
aucune	14	11.67
	120	100

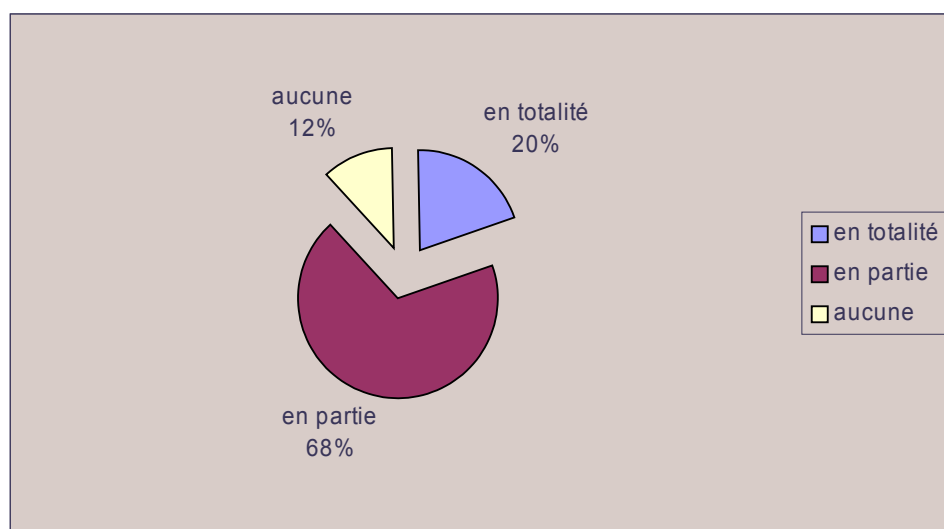


Figure n°13 : Distribution de l'amélioration des soins ressentis par les consultants depuis la suspension de la PFU

100% du personnel du CSB ont remarqué que les médicaments essentiels que l'Etat fournit au centre sont insuffisants tant en quantité qu'en qualité.

Tableau n°21: Avis du personnel sur la prestation de service

Avis du personnel	Effectif	%
Amélioration	2	16,67
Régression	10	83,33
Total	12	100

Tableau n°22 : Disponibilité des médicaments selon le nombre des ordonnances servies en 2001

Nombre\mois	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
Ordonnances prescrites	850	722	731	519	751	451	543	577	539	714	743	477	7617
Ordonnances servies	741	669	665	502	716	451	543	565	525	704	721	477	7279

Source : CSB II de Mahamasina

Le nombre des ordonnances prescrites en 2001 était de 7.617. Ainsi donc, 338 d'entre elles n'ont pas été servies.

Tableau n°23 : Disponibilité des médicaments selon le nombre des ordonnances servies en 2002

Nombre\mois	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
Ordonnances prescrites	583	310	309	385	532	565	672	1623	1434	1495	1397	1429	10735
Ordonnances servies	581	310	309	385	531	565	672	1623	1434	1055	1263	1412	10141

Source : CSB II de Mahamasina

D'après le tableau, 534 des ordonnances prescrites n'ont pu être servies durant l'année 2002 contre 338 ordonnances en 2001.

Tableau n°24 : Taux de disponibilité des médicaments par rapport aux ordonnances prescrites pendant les 2 années.

Nombre total	2001	2002
--------------	------	------

Ordonnances prescrites	7617	10735
Ordonnances servies	7279	10141
Ordonnances non servies	338	594
Taux des ordonnances non servies	4,43%	5,53%

Source : CSB II de Mahamasina

En 2001, les 4,43 % des consultants n'ont pu recevoir aucun des médicaments prescrits au CSB II de Mahamasina. Et ce chiffre a augmenté en 2002 à 5,53 %.

5- La gestion de la PFU au niveau du CSB II de Mahamasina en 2001 et 2002 jusqu'au début de la gratuité

Tableau n°25 : Les recettes réalisées au CSB II de Mahamasina en 2001 - 2002

Formation sanitaire CSB II de Mahamasina	Recettes attendues (Valeur des médicaments reçus) en Fmg	Recettes réalisées (Valeur de médicaments vendus) en Fmg
2001	25.030.180	32.039.516
2002	19.130.688	14.281.135

Source : CSB II de Mahamasina

Ainsi, nous pouvons alors constater que les recettes réalisées en 2001 sont de 32.039.516 Fmg. Et elles ont subi une nette baisse à 14.281.135 fmg en 2002 .

6 - Amélioration des soins dispensés au CSB

Tableau n°26 : Répartition des consultants ayant ressenti une amélioration ou non des soins dispensés depuis la gratuité

Amélioration des soins	OUI	NON	Total
Nombre	32	85	120

%	26,67	70,83	100
---	-------	-------	-----

70,83% des consultants n'ont pas remarqué une amélioration des soins dispensés au CSB depuis la gratuité

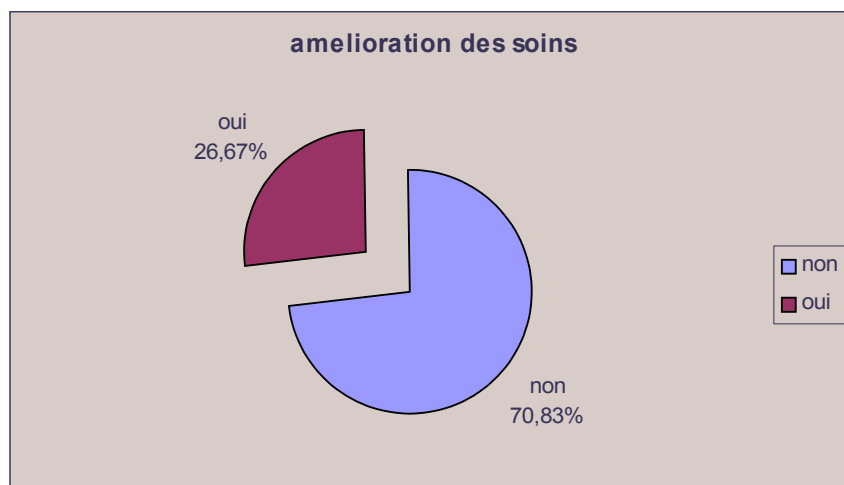


Figure n°14 : Répartition des avis des consultants sur l'amélioration des soins

7- Changements d'habitude depuis la suspension de la PFU :

→ Existence ou non d'une épargne destinée à la prise en charge d'une maladie éventuelle, pendant la PFU ou en l'absence de la PFU.

Tableau n°27 : Répartition des consultants selon l'existence ou non d'une épargne lors de la PFU et lors de la gratuité.

Existence d'une réserve d'argent pour chaque famille lors de la PFU/lors de la gratuité	Effectif	%
OUI/OUI	4	3,33
OUI/NON	22	18,33
NON/OUI	0	0

NON/NON	94	78,33
---------	----	-------

- la plupart des consultants enquêtés n'ont pas été habitués à mettre un peu d'argent de côté, destiné pour la prise en charge éventuelle d'une maladie, et même durant la PFU. Ils représentent 78,33% de l'échantillon d'étude.

- 18,33% ont l'habitude d'épargner de l'argent destiné à la prise en charge d'une éventuelle maladie auparavant, lors de la PFU. Et actuellement, avec la gratuité, ils ont changé d'habitude et ainsi, ils n'ont plus de réserve d'argent .

- seulement 3,33% ont eu toujours l'habitude d'épargner de l'argent pour les divers soins médicaux, même s'il y a la gratuité.

8 - *L'impact ressenti par les consultants de la suspension de la PFU sur leur niveau de vie (au niveau de leur ménage) ou au niveau du CSB même.*

8.1- *Impact ressenti par les consultants sur le niveau de vie de leurs ménages.*

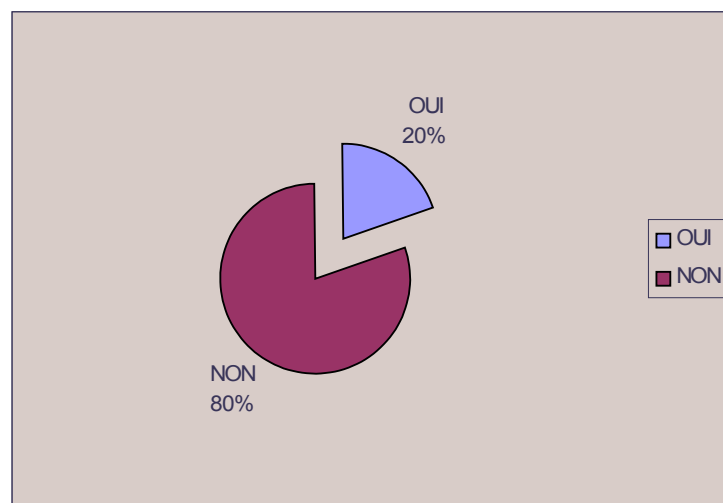


Figure n°15 : Répartition des consultants selon la constatation d'une amélioration de leur niveau de vie.

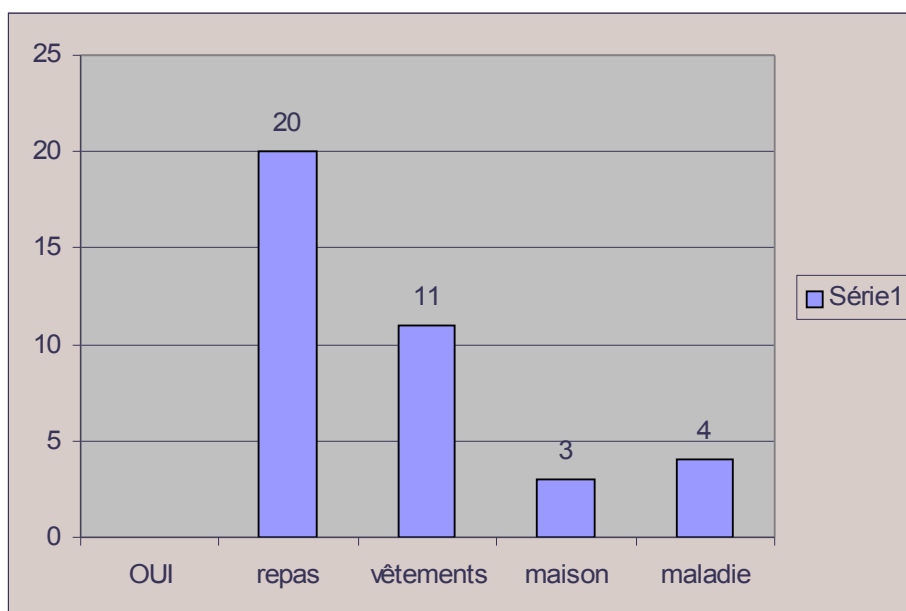
Seulement, 20% des consultants ont constaté une amélioration de leur niveau de vie ; donc la majorité avec 80% n'ont pas perçu une telle amélioration .

Tableau n°28 : Répartition des changements ressentis au niveau des ménages des consultants ayant constaté une amélioration de leur niveau de vie avec la gratuité.

Amélioration du niveau de vie au niveau de chaque ménage		
NON		96
OUI	repas	20
	vêtements	11
	maison	3
	Maladie*	4
sous-total		24
TOTAL		120

(*) diminution de leur venue chez le médecin

Figure n°16 : Distribution des changements ressentis au niveau des ménages des consultants ayant constaté une amélioration de leur niveau de vie avec la gratuité.



- parmi les 24 OUI, 20 d'entre eux ont pu constater qu'ils mangent mieux depuis la gratuité : par exemple, ils peuvent consommer de la viande, un peu plus que d'habitude.

- 11 ont pu par ailleurs améliorer leurs effets vestimentaires puisqu'ils ont pu en acheter tout en économisant de l'argent .

- 3 d'entre eux ont pu par contre, améliorer l'intérieur de leur maison car ils ont pu acheter quelques ustensiles de cuisine, meubles...

- Et 4 d'entre eux ont constaté qu'ils ont moins consulté le médecin. Cela pourrait être considéré comme une nette amélioration de l'état de santé du ménage, juste après le début de la gratuité.

8.2- *Les problèmes constatés par les consultants lors de leur venue au CSB depuis la gratuité des soins*

Tableau n°29 : Répartition des consultants selon le fait qu'ils ont pu constater ou non des problèmes au CSB.

Problèmes rencontrés	nombre	%
OUI	83	69,17
NON	37	30,83
Total	120	100,00

- 69,17% des consultants ont rencontré des problèmes lors de leur venue au CSB depuis la gratuité des soins.
- Seulement 30,83% n'ont rien remarqué.
- Les problèmes perçus par les consultants sont :

→ une attente trop longue du fait du nombre élevé des consultants : 80 consultants sur 83 l'ont mentionné ;

→ l'insuffisance des médicaments délivrés, tant en qualité qu'en quantité. Le traitement donné a été limité pour 2 jours si les médicaments existent ; et s'ils ne sont pas disponibles , les consultants doivent en acheter à la pharmacie de la ville c'est-à-dire dans les officines: 83 consultants sur 83 en ont parlé ;

→ l'infrastructure du CSB étant trop petite, il n'y a qu'une salle de consultation externe pour 2 médecins, et à la fois pour les consultations externes et la PCIME alors que les consultants sont très nombreux ; seulement, 21 consultants des 83 ont remarqué ce local non adéquat pour un effectif élevé des consultants.

8.3- *Impact ressenti par le personnel de santé au niveau du CSB II de Mahamasina*

10 sur les 12 enquêtés ont noté des changements dans l'accomplissement de leurs tâches journalières :

- Augmentation de leurs tâches ;
- Insuffisance de l'effectif du personnel ;
- Insuffisance des médicaments et rupture de stock fréquente ;
- Local incompatible avec le nombre élevé des consultants ;
- Matériels, outils de gestion et fournitures de bureau insuffisante : ils sont obligés d'acheter eux même avec leur propre compte les matériels et les fournitures nécessaires dans l'accomplissement de leur fonction

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

III.1- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

III.1.1- Sur l'attitude des gens face à la suspension du recouvrement de coût.(1) (11)

D'après le tableau n° 9 : 64,17 % sont pour la gratuité totale.

Ainsi, nous pouvons dire que les gens sont ravis que l'Etat leur vienne en aide surtout après la longue crise économique qu'ils ont endurée, toutefois ils sont conscients des conséquences à long terme de ce système . Par exemple, le fait le plus marquant dans notre étude, c'est l'insuffisance en médicaments tant en qualité qu'en quantité.

L'amélioration de la santé après la longue crise est, de toute évidence, l'un des principaux objectifs du Gouvernement en faisant appliquer la suspension provisoire du recouvrement des coûts. « Il s'agit à la fois d'atteindre le meilleur niveau de santé possible, ce qui suppose un système apte à bien répondre aux attentes de la population (*qualité*), et de réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes, c'est-à-dire assurer à chacun la même qualité de soins, sans discrimination (*équité*) » (1) Donc, avec la suspension du recouvrement de coûts, l'équité est atteinte, mais la qualité des soins se trouve en régression.

. Toutefois au cours de notre enquête, 73,13% ont affirmé que l'Etat aura du mal à continuer longtemps ce système.

III.1.2- Sur la fréquentation du centre (17)

Le taux de fréquentation du centre de 6,73 % (en 2001) a augmenté à 9,44 % en 2002 (tableau n°17). Ainsi, il y a eu une nette augmentation du taux d'utilisation du CSB II de Mahamasina depuis la mise en place du système de gratuité des soins. Toutefois, RAMAROJAONA Mamy Cyrille nous montre dans son étude (17) que le taux d'utilisation du CSB II de Mahamasina a connu une diminution depuis son installation en 1998 : 10,36 % en 1996, puis a augmenté à 12,50 % en 1998 pour diminuer à 10,02 % en 1999, et a chuté jusqu'à un taux de 6,73 % en 2001. Cette diminution n'est peut être plus due à l'incompréhension de la population de la signification du recouvrement de coût mais justement au faible niveau socio-économique de la population malgache. Ainsi, d'après le tableau n°21, le nombre des nouveaux cas du mois d'Août 2002 s'est presque triplé par rapport à celui du mois de Juillet (665 à 1614 nouveaux consultants). Rappelons que la mise en place de la gratuité a commencé le 31 Juillet 2002, d'où l'explication probable de cette augmentation considérable des consultants. Toutefois, nous pouvons remarquer que ce nombre a connu une diminution progressive jusqu'à atteindre 1380 au mois de Décembre 2002, ceci probablement, à cause du changement de la prestation de service, de la qualité des

soins ressenti par les 70,83 % de la population d'étude (tableau n°25), l'insuffisance en médicaments dont 80 % n'ont pas été satisfaits à cause de la rupture de stock (tableau n°19).

III.1.3 Sur la disponibilité des médicaments (18)

La liste des médicaments et consommables au CSB II de Mahamasina était de 70 variétés en Juillet 2002. Mais l'augmentation du taux de fréquentation du centre a vite entraîné une rupture de stock de certaines variétés de médicaments surtout les antibiotiques, alors que le traitement de 5 jours était déjà réduit à 3 jours. Ainsi, en Novembre 2002, il ne restait plus que 40 variétés de médicaments et de consommables disponibles, et ceux-ci encore de quantité insuffisante. Et que 80 % de la population enquêtée étaient obligés d'acheter dans les officines une partie ou même tous les médicaments prescrits par le médecin (tableau n°18), or d'après l'étude faite par RANAIVOARISOA Claire Bernadette dans sa thèse(18), le coût du traitement de certaines maladies fréquentes telles que les infections respiratoires, le paludisme et les maladies diarrhéiques acheté est nettement plus cher dans les officines que le prix des médicaments achetés au CSB II lui-même, avec perte de temps en plus.

Notons que la dernière date de commande de médicaments auprès de la Centrale d'achat SALAMA remontait au 20 Juin 2002, ce qui explique la disponibilité prolongée de certains médicaments par rapport à d'autres formations sanitaires publiques, car on sait que 20 % seulement d'entre elles ont adopté la suspension du recouvrement de coûts (Source : Ministère de la Santé) , et que seules les provinces autonomes d'Antananarivo et de Mahajanga ont adopté ce système (Source : DDDS).

III.1.4- Sur la prestation de service (19) (20) (21) (22)

Du fait de l'augmentation du taux d'utilisation du CSB, celle-ci a entraîné un certain changement :

- 70,83 % de la population d'étude a remarqué une régression de la prestation de service et des soins (tableau n°25) ;
- 10 sur les 12 membres du personnel de santé enquêté ont mentionné que leurs tâches ont considérablement augmenté. Ainsi, ils reconnaissent avoir une certaine difficulté dans l'accomplissement de leurs tâches journalières ;

- Leur salaire se trouve être insuffisant vu l'augmentation de leur travail ;
- Ils n'ont plus droit à des motivations ; en effet, le centre ne dispose plus d'appoint pour le budget de fonctionnement. Il n'existe plus de petite caisse pour acheter les fournitures de bureau, les produits d'entretien et certains consommables tels que les gants ;
- Les médicaments et les consommables sont devenus insuffisants, aussi pour pouvoir assurer l'objectif qui est l'équité des soins sanitaires pour toute la population, les médecins ont-ils été obligés de réduire en 3 jours un traitement de 5 jours, et de demander aux patients de revenir directement au CSB en cas de non amélioration.

III.2- SUGGESTIONS

Le système de recouvrement de coût des médicaments appliqué par le Ministère de la Santé depuis quelques années présente plusieurs avantages notamment :

- La participation de la communauté dans la gestion du CSB (le président du comité de gestion, le dispensateur, les membres du comité de santé, les agents communautaires), cette collectivité assure avec les agents de santé le bon fonctionnement du centre (3) ;
- Le renouvellement permanent des stocks de médicaments ;
- Les prix abordables des médicaments ;
- L'amélioration de la qualité de service par la réhabilitation des centres de santé et surtout l'existence de motivation du personnel (système FIB) (13).

Toutefois , il est dit dans la déclaration d'ALMA-ATA que « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés » (14)

Auparavant, le système de recouvrement de coût semble avoir été accepté par toute la population malgache et par conséquent a déjà été appliqué dans toutes les formations sanitaires publiques de Madagascar, car en fin 1999, la PFU est déjà généralisée dans 100 % des Districts Sanitaires (4). Mais face à la crise politique et économique qu' a traversé le pays , le Gouvernement actuel a décidé de suspendre provisoirement la PFU ; et cela a été notre travail .

Nous allons donc à partir des résultats de notre enquête émettre quelques propositions :

A- Venant des malades :

1 - Continuer et même améliorer ce système de gratuité des soins pour certaines personnes enquêtées illettrées ,de revenu égal à 100.000fmg/mois .

Les solutions qu'elles ont elles-mêmes proposé sont les suivantes :

→ augmenter le nombre de médecins surtout ceux qui font les consultations externes, en fait, leur proposition se résume à une augmentation de l'effectif de tout le personnel (20);

→ approvisionner correctement les CSB en médicaments tant en qualité qu'en quantité (21) ;

→ les médicaments doivent être livrés en totalité aux patients(21) ;

→ faire une réhabilitation des CSB, les équiper et les mettre dans les normes internationales ;

→ la limitation du nombre des consultations pourrait se faire par un système de rendez-vous ;

→ améliorer la qualité d'accueil pour certains agents ;

→ améliorer la gamme de médicaments et augmenter les spécialités tant en qualité qu'en quantité.

2 - certaines catégories préféreraient revenir au système de la PFU mais par contre il faudrait apporter les correctifs ci-après:

→ Réviser les prix de certains médicaments déjà supposés bas mais encore inabordables pour certaines classes sociales ou augmenter le niveau de vie de la population , son pouvoir d'achat , créer des emplois pour tous les chômeurs de la crise ; cela relève surtout de l'Etat ;

→ Certains consultants ont mentionné aussi la mise en place d'un statut spécial pour les indigents pour tous les soins et ce sera seulement pour les démunis qu'on devrait appliquer la gratuité (1) . Sinon, les autres devraient participer mais cela en fonction de leur possibilité, c'est-à-dire de leur niveau de vie. Les mesures d'accompagnement relatives à tout cela seraient la détermination de critères précis des indigents avec l'aide des fokontany, avant de pouvoir leur offrir la gratuité ;

→ Augmenter aussi le budget destiné à la santé pour pouvoir aider davantage les démunis, le financement extérieur pourrait y arriver dans un premier temps (20) ;

→ Approvisionner régulièrement les CSB en médicaments à partir des recettes pour éviter les ruptures de stock. Distribuer équitablement surtout aux indigents les médicaments reçus par l'intermédiaire des dons (21);

→ Augmenter le nombre de formations sanitaires publiques et les cabinets privés ;

→ Augmenter le nombre de médecins dans les CSB, c'est-à-dire : recruter de nouveaux médecins, par exemple, un médecin pour 5000 habitants ;

→ réhabiliter les CSB à partir des recettes de la PFU, équiper correctement le centre en matériels .

B - Venant du personnel de santé (22) (23) (24)

→ Améliorer la qualité des prestations sanitaires par les formations et les remises à niveau du personnel de santé ;

→ Mettre en place un système de motivation pour le personnel de santé et les membres de la communauté (comité de gestion et dispensateur) ;

→ Disposer d'un personnel suffisant et compétent . « la gestion du personnel de santé est caractérisée par l'absence d'une politique de l'emploi assurant l'adéquation entre la formation et les besoins ; il en résulte des écarts importants entre profil des postes et ceux des titulaires ; des sessions de formation continue s'imposent;

→ faire un plaidoyer auprès de la population sur la nécessité et les avantages de la PFU ; cela se fait surtout en améliorant la qualité des soins ;

→ Améliorer la qualité et l'approvisionnement des médicaments utilisés dans les centres de santé (22).

C - Pour l'Etat

La protection et la promotion de la santé constituent, de toute évidence, le principal objectif du Gouvernement dans la mise en place provisoire de ce système de santé, qu'est le retour à la gratuité. « Cet objectif est en fait double : il s'agit à la fois d'atteindre le meilleur niveau de santé possible, ce qui suppose un système apte à bien répondre aux attentes de la population (*qualité*), et à réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes, c'est-à-dire assurer à chacun la même qualité de soins, sans discrimination(*équité*) » (1) (23). Donc, avec la suspension du recouvrement de coût, l'équité est atteinte, mais la qualité des soins se trouve en régression.

La question qui se pose est : « Est-ce –que l'Etat va supporter à long terme cette gratuité ? » 73,13% de la population d'étude ne croient pas à la pérennité de ce système. En effet, l'Etat perd beaucoup d'argent dans cette suspension du recouvrements de coûts, on a constaté environ 300 milliards Fmg de perte en 3 mois depuis. D'où nous pouvons dire que l'Etat doit trouver un système de santé performant permettant la réalisation des trois grands objectifs proposés par l'OMS : « *améliorer la santé, répondre aux attentes de la population et répartir équitablement la contribution financière* » . (1)

Nous pouvons aussi constater dans cette étude que seul le système payant reste adéquat au faible niveau socio-économique de notre pays comme tous les pays en voie de développement, tout en protégeant les pauvres.

Notons que l'objectif à long terme du Ministère de la Santé est l'autonomie financière du centre : les recettes de la PFU assureront le bon fonctionnement du centre, l'approvisionnement régulier en médicaments (qualité et quantité), l'équipement et la

réhabilitation selon les normes, le paiement des salaires de tout le personnel (fonctionnaires et ceux de la communauté).(24)

Ainsi , nous avançons à partir de notre étude les propositions suivantes pour l'Etat (1):

- « le pré paiement est la meilleure forme de collecte de recettes, alors que les paiements directs sont un système de type dégressif qui entrave souvent l'accès aux soins ».L'observation de nombreux systèmes de santé montre que le pré paiement dans le cadre d'un régime d'assurance rend le financement plus équitable ;
- Les systèmes d'assurance consistent à regrouper les ressources provenant de chaque cotisant pour les mettre en commun et répartir le risque entre tous les membres de la population (11) (exemple du cas des PHACOM) ;
- Des stratégies de répartition des risques doivent être mises au point afin de favoriser le développement de ces subventions, car un financement équitable ne peut être obtenu qu'au moyen de cette répartition des risques, c'est-à-dire d'un système permettant à tout moment à ceux qui sont en bonne santé de subventionner ceux qui sont malades et aux riches d'aider les pauvres ; l'éducation permanente par les associations et les églises y apparaît indispensable ; (25)
- Accroître le pourcentage des recettes publiques destinées à la santé et faire appel au budget de l'Etat pour financer la prise en charge des pauvres; (26)
- Faire appel à des donateurs internes et extérieurs pour couvrir davantage la prise en charge des pauvres dans ce système de pré paiement à visage mutualiste et humain; (19)
- Promouvoir le système de pré paiement basé sur l'emploi dans les secteurs aussi bien privés que publics (CNAPS , OSTIE) ; (1)
- Toutefois pour les non cotisants au pré paiement, ils peuvent bénéficier de tous les soins, seulement après paiement à l'acte, mais toujours à un prix abordable accessible pour tous. (1)

CONCLUSION

Dans notre travail, nous avons vu que la suspension provisoire de la PFU que l'Etat a appliqué pour venir en aide à la population malgache après la crise du premier semestre 2002 a entraîné beaucoup de problèmes :

- le système de gratuité n'arrivait plus à couvrir les dépenses en matière de santé ,
- les médicaments sont insuffisants tant en qualité qu'en quantité (le traitement est ramené à 3 jours au lieu de 5 , les malades achètent leurs médicaments dans les officines car il existe souvent des ruptures de stock, alors que le nombre de consultants augmente considérablement de mois en mois (6 ,73 % en 2001 à 9 ,44 % en 2002) ;
- la surcharge de travail et le manque de personnel se font sentir,
- il n'y a plus de budget de fonctionnement et de motivation du personnel (centre FIB),
- la qualité des prestations a beaucoup diminué ,
- la subvention en médicaments offerte par l'Etat ne suffit plus depuis la gratuité.

Nous suggérons donc d'appliquer à la fois le système payant à l'acte et le système de cotisation annuelle : ce serait le système de pré paiement (1) (système mixte) . Les adhérents paient une cotisation mensuelle ou annuelle et seront dotés d'une carte de membre. Ils bénéficieront de consultations et de médicaments gratuits (c'est un système de pré-paiement genre PHACOM ou Pharmacie à Gestion Communautaire). (11) Toutefois, les non cotisants peuvent aussi gratuitement consulter mais ne recevront les médicaments qu'après paiement .

Les médicaments seront disponibles pendant toute l'année et accessibles pour tous et le centre aura plus tard une autonomie financière, pourra même payer le salaire de tout le personnel (public et communautaire) .(24)

Toutefois , la réussite de ce nouveau système dépendra du renforcement du système CCC (Communication en vue d'un Changement de Comportement), refaire accepter la nécessité de la participation de la population aux dépenses de santé. Le rôle de l'Etat y apparaît déterminant à terme (subventions, politique de l'emploi, gestion saine dans tous les secteurs).

Il faudra aussi et surtout penser aux indigents et aux démunis, prendre des mesures spéciales pour leur assurer des soins gratuits; avec la création d'une caisse spéciale ou une subvention du Gouvernement en négociant auprès des donateurs extérieurs et/ou nationaux. (26)

Il faudrait réviser la politique nationale de la Santé à Madagascar surtout

- en matière de médicaments : approvisionnement , gestion étude du rapport coût / qualité, gestion rationnelle ; (21)
- en matière de formation du personnel et en sa capacité d'accueil,
- en instaurant et pérennisant un système de suivi (monitorage) tous les six mois (3), ce qui permettra d'évaluer l'efficacité et l'impact de ce nouveau système proposé sur la santé de la population.

QUESTIONNAIRE AUPRES DES CLIENTS

Sexe
Age

Masculin ☐

Féminin

☐

Lieu de résidence

Niveau d' instruction

Primaire ☐

Secondaire 2nd cycle ☐

Secondaire 1^{er} cycle ☐

Universitaire ☐

Profession

Situation familiale

Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐

Nombre d' enfants à charge

Coût du revenu mensuel

Ancien /Nouveau consultant Ancien ☐ Nouveau ☐

1. Est-ce que vous êtes pour la gratuité des soins ? Oui ☐ Non ☐
Pourquoi ?

2. Depuis le début de la gratuité des soins, combien de fois êtes vous venu au dispensaire ?fois
Pour quelle maladie ?

3. Est-ce que vous avez pu trouver au CSB les médicaments prescrits ?
En totalité ☐ En partie ☐ Aucune ☐

4. Est-ce que vous avez ressenti une amélioration des soins dispensés depuis la suspension du recouvrement de coût ? Oui ☐ Non ☐

5. Est-ce que vous disposez toujours d'une réserve d'argent destinée pour la prise en charge d'une maladie éventuelle pour un membre de la famille ?
a- durant le recouvrement de coût ? Oui ☐ Non ☐
b- maintenant en l'absence du recouvrement de coût ? Oui ☐ Non ☐

6. Maintenant qu'on a suspendu le recouvrement de coût , est-ce que vous avez ressenti une amélioration de votre niveau de vie ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, pour les repas ☐
les effets vestimentaires ☐
l'amélioration de l'intérieur de votre maison ☐
la diminution de votre venue chez un médecin ☐

7. Avez-vous constater pu constaté des problèmes lors de votre venue au CSB depuis la gratuité des soins ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, les quels et quelles solutions proposez-vous ?

8. Quelles sont vos suggestions pour l'amélioration de la santé à M/car, surtout dans les CSB, ainsi que l'amélioration des prestations de service et la qualité des soins ?

9. D'après vous, la suppression du recouvrement de coût a-t-il une influence sur le comportement du personnel médical au niveau de :

- l'accueil	Oui ☐	Non ☐
- la qualité de la prestation de service	Oui ☐	Non ☐
- la qualité des soins	Oui ☐	Non ☐

10. Croyez vous que l'Etat va supporter très longtemps cette gratuité des soins ?

Oui ☐ Non ☐

SANTE

QUESTIONNAIRE AUPRES DU PERSONNEL DE

Sexe :

Masculin ☐ Féminin ☐

Age :

Fonction occupée

1. Est-ce que vous avez remarqué un changement du taux de fréquentation du CSB par les clients depuis la suspension du recouvrement de coût ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, en hausse ☐ en baisse ☐

Si C'est en hausse, est-ce que vous arrivez toujours à accomplir convenablement vos tâches journalières ? Oui ☐ Non ☐

2. Est-ce que la répartition des tâches est compatible au volume du travail ? Oui ☐ Non ☐

3. Est-ce que le nombre du personnel au CSB est suffisant ? Oui ☐ Non ☐

4. Depuis la gratuité des soins existe-t-il une modification de :
- la qualité des soins Oui ☐ Non ☐

- l'accueil Oui ☐ Non ☐

5. Quels problèmes avez-vous rencontré depuis la suppression du recouvrement de coût dans l'accomplissement de votre travail ? Donnez vos suggestions face à ces problèmes.

6. Est-ce que les médicaments essentiels que l'Etat vous donne sont satisfaisants :
- en quantité Oui ☐ Non ☐

- en qualité Oui ☐ Non ☐

7. Est-ce que vous avez ressenti une amélioration du système de santé à M/car depuis la suspension du recouvrement de coût ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles ?

8. Quelles sont vos propositions pour améliorer le système de santé à M/car à votre niveau ?

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant. Genève : OMS , 2000 :1-49 , 107-130.
2. OMS. Notre planète, notre santé. Rapport de la commission OMS, Santé et Environnement. Genève : OMS, 1992 :1-9 , 40-53 , 266-273.
3. Ministère de la Santé. Instructions permanentes sur la Participation Financière des Usagers. Tananarive : Ministère de la Santé, 1999 : 8 –24.
4. Ministère de la Santé, S.G. Ministère de la Santé, le défi du millénaire. Madagascar, une politique, un engagement. Tananarive : Ministère de la Santé, 2001.
5. Ministère de la santé. Projet « Instauration d'un système de recouvrement des coûts des prestations des soins de santé au niveau des établissements sanitaires publiques ». Antananarivo : Ministère de la Santé, 1995.
6. PNUD, INSTAT. Tableau de bord social. Appui à la mise en place d'un système national intégré de suivi de la pauvreté 2000. Tananarive : PNUD, 2001 :16-27 , 97-101.
7. Ministère de la santé. Programme pays 1995-1999. Plan d'opération sectoriel, soins de santé primaire. Antananarivo : Ministère de la Santé , 1993.
8. Paul SR , Charles C Griffin. Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance. Banque mondiale. Washington, 1995 :1-69.
9. Blaise P . « Qui paie quoi ? A qui ? Combien ? Et pour quoi faire ? ». Paiement des soins et des médicaments, tarification, gestion des recettes au niveau périphérique, les différentes modalités exprimées. Paris : CIE, 1991 :1-34.
10. Carring G . Financement des soins de santé primaire sur la collectivité. Genève : OMS, 1998 : 12-38.

11. Ministère de la santé. Règlement du ministère de la santé pour l'organisation et la gestion des pharmacies communautaires. Antananarivo : Ministère de la Santé, 1990.
12. Djibrilla K. Tests pilotes sur le recouvrement de coûts des soins de santé. Paris : CIE, 1991 : 21-42.
13. Gottlibl, Monekosso. L'Initiative de Bamako. Quelques principes généraux. Brazzaville : OMS, 1989 : 4-41.
14. Mc Pake B, Hanson K, Mills A. Application de l'Initiative de Bamako. London School of Hygien, Tropical Medecine, 1990:1-59.
15. UNICEF/MADAGASCAR. Compte rendu sur la journée de réflexion sur l'Initiative de Bamako en Octobre 1992 à l'Espace Dera. Antananarivo : UNICEF, 1992.
16. Ministère de la santé. Plan d'action nationale de l'Initiative de Bamako. Fahasalamana Iraisam-bahoaka. Antananarivo : Ministère de la Santé , 1993.
17. Ramarojaona M C. Réflexions sur la consommation de médicaments dans le CSB II de Mahamasina avant et après le recouvrement des coûts. Thèse médicale. Antananarivo 2000 ; 5453 : 36-37 , 54-56.
18. Ranaivoarisoa C B. L'analyse de l'accessibilité financière des utilisateurs deux ans après la Participation Financière des usagers dans le CSB II de Mahamasina. Thèse médicale. Antananarivo, 2000 ; 5374 : 47 , 62-63 , 65 , 68-75.
19. Brunet J . Le financement de la santé dans les pays pauvres. Recouvrer les coûts et les séduire. World Bank, 1989 : 15.
20. OMS. Les soins de santé primaire. Evaluation des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Genève : OMS , 1984 : 1-4.

21. OMS. L'usage rationnel des médicaments. Rapport de la conférence de Nairobi.
Genève : OMS, 1987 : 205.
22. Velasquez G. Médicaments et financement des systèmes de santé dans les pays du tiers monde : le recouvrement des coûts un concept à revoir. Revue du tiers monde, 1989 ; 41 : 10-16.
23. Monekosso G L . Le défi de la santé pour tous. La gestion sanitaire au niveau du district. OMS, Brazzaville, 1994 : 15.
24. Panqu K A, Van L W . Autofinancement et autogestion des services de santé de base.
Genève : OMS, 1990 ;11 : 474-489.
25. Vaughan P, Mils A, Smith D. De l'importance d'une gestion de décentralisation.
Forum mondial de la santé. Genève : OMS, 1984 : 31-33.
26. OMS . Santé et réforme économique. Genève : OMS, 1992 : V-142.

VELIRANO

Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy sy ireo mpiaramianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity, ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Ho tsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho, dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoaafady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny antonjavatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona, na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalan'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahantanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy ho rabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.

**PERMIS D'IMPRIMER
LU ET APPROUVE ,**

Le Président de Thèse

Signé : Professeur RAKOTOMANGA Samuel

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de

Médecine d' Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

Name and firstname : RAKOTOSOA Ny Avo Lalaina Patricia Murielle

Thesis title : The provisional suspension of costs recovery
(according to inquiry in CSB II of Mahamasina)

Rubric : Public Health **Number of pages** : 81

Number of charts : 29 **Number of figures** : 16

Number of annexes : 4 **Number of references** : 26

SUMMARY

The President of the Republic Marc Ravalomanana gave instructions for the provisional suspension of costs recovery after the post election economic and political crisis, in order to help Malagasy people.

The objective of this work is then to evaluate the immediate repercussions of the free medical care mostly for the community and eventually for the Government.

A prospective research among the patients consulting at the CSB II de Mahamasina was done as well during 22nd of October to 05th of November 2002.

The survey's result bring to the fore the rising of the frequency rate of the CSB from 6,73 % in 2001 to 9,44 % in 2002 in spite of drugs stock shortage and the insufficient help from the Government which cold IPPTE.

So, the free medical care is not the best way to get an improvement of health for poor country like Madagascar.

We suggest in this work to opt for the cost recovery by looking for a better system as "pre payment". And the free medical care is recommended only for the poor people.

Key words : PFU - Suspension - Drugs - Frequentation -
Consequences - Community - Government

Director of thesis : Professor RAKOTOMANGA Samuel

Thesis reporter : Doctor RAZAFINDRABESA Régina

Author address : Lot II E 48 AV Ampanotokana Ambatomaro
Antananarivo 101

Nom et prénoms : RAKOTOSOA Ny Avo Lalaina Patricia Murielle

Titre de la thèse : LA SUSPENSION PROVISOIRE DU RECOUVREMENT DE
COUTS (étude faite au CSB II de Mahamasina)

Rubrique : Santé publique **Nombre de pages :** 81

Nombre de tableaux : 29 **Nombre de figures :** 16

Nombre d'annexes : 4 **Nombre de référence bibliographique :** 26

RESUME

Suite à la longue crise économique et politique post électorale du 16 Décembre 2001, le Président de la République Marc Ravalomanana a donné les instructions inhérentes à la suspension provisoire de la Participation Financière des Usagers (PFU), afin d'aider toute la population malgache à surmonter l'après crise mais surtout les chômeurs, les démunis . Cette mesure prise contribue au redémarrage rapide des activités économiques et au développement rapide et durable du pays.

L'objectif de ce travail est donc de faire un état de lieu des conséquences immédiates de cette gratuité des soins au niveau communautaire et éventuellement au niveau de l'Etat.

Pour cela, il a été également effectué une étude prospective sur 120 consultants, ayant consulté au CSB II de Mahamasina durant la période de 22 Octobre au 05 Novembre 2002.

Les résultats de l'enquête ont pu mettre en évidence l'augmentation du taux de fréquentation du CSB, de 6,73 % en 2001 à 9,44 % en 2002 malgré l'apparition fréquente de rupture de stocks de certains médicaments. Ainsi, le taux des ordonnances non servies a également connu une hausse de 4,43 % en 2001 à 5,53 % en 2002. Une aide venant de l'Etat (crédit IPPTE : Intentions Pour les Pays Pauvres très Endettés) est fournie au CSB mais elle se trouve être encore insuffisante. De ce fait, la participation communautaire est incontournable . Et l'Etat ne pourra pas supporter trop longtemps cette suspension de la PFU.

Ainsi, nous suggérons dans notre étude le retour au recouvrement de coûts mais en recherchant un autre système plus performant et une mesure particulière pour les indigents et un système de « pré paiement » pour le reste de la population.

Mots clés : PFU – Suspension – Médicaments – Fréquentation –
Conséquences – Communautaire - Etat

Directeur de thèse : Professeur RAKOTOMANGA Samuel

Rapporteur de thèse : Docteur RAZAFINDRABESA Régina

Adresse de l'auteur : Lot II E 48 AV Ampanotokana Ambatomaro
Antananarivo 101