

	Page
INTRODUCTION.....	01

PREMIERE PARTIE : CONSIDERATIONS GENERALES SUR LES MEDICAMENTS ET LEUR CONSOMMATION

1. LES MEDICAMENTS ESSENTIELS.....	03
1.1. Définition.....	03
1.2. Sélection des médicaments.....	03
1.3. Médicaments essentiels et soins de santé primaires.....	04
1.4. Consommation pharmaceutique.....	05
1.4.1. Les enquêtes de consommation pharmaceutique.....	05
1.4.2. Accessibilité aux médicaments et aux services de santé....	06
2. LA CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE.....	12
2.1. Les différences sociales dans la consommation de médicaments.	12
2.2. Le compte de consommation.....	14

DEUXIEME PARTIE : ETUDE DE LA CONSOMMATION DES MEDICAMENTS SANS PRESCRIPTION A ANJOZOROBÉ

1. CADRE D'ETUDE.....	16
1.1. Limites et organisation du Fivondronam-pokontany.....	16
1.2. Démographie.....	19
2. METHODOLOGIE.....	19
2.1. Méthode d'étude.....	19
2.2. Paramètres d'étude.....	20

	Page
3. RESULTATS.....	21
3.1. Répartition des personnes enquêtées.....	21
3.2. Les formations sanitaires.....	26
3.3. Connaissance des médicaments.....	28
3.4. Attitude.....	
3.5. Pratique.....	



LISTE DES TABLEAUX

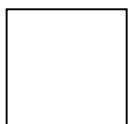
N° D'ORDRE	INTITULE	PAGE
<i>Tableau n° 1 :</i>	Raison pour ne pas chercher de traitement médical. Pourcentage et nombre d'épisodes Sierra Leone, 1990...	10
<i>Tableau n° 2 :</i>	Dépenses annuelles pour le traitement de maladie. A Sierra Leone, 1990.....	11
<i>Tableau n° 3 :</i>	Consommation nationale de médicaments.....	15
<i>Tableau n° 4 :</i>	Répartition de la population selon les communes.....	19
<i>Tableau n° 5 :</i>	Répartition des personnes enquêtées selon les tranches d'âge.....	21
<i>Tableau n° 6 :</i>	Répartition des personnes enquêtées selon le sexe.....	22
<i>Tableau n° 7 :</i>	Répartition des personnes enquêtées selon la situation matrimoniale.....	23
<i>Tableau n° 8 :</i>	Répartition des personnes enquêtées selon le niveau d'instruction.....	24
<i>Tableau n° 9 :</i>	Répartition des personnes enquêtées selon le domicile	25
<i>Tableau n° 10 :</i>	Répartition des formations sanitaires selon leur type par communes.....	26
<i>Tableau n° 11 :</i>	Répartition des formations sanitaires selon leur type et leur nombre dans le Fivondronana d'Anjozorobe.....	27
<i>Tableau n° 12 :</i>	Réponses des personnes enquêtées sur la connaissance des médicaments.....	28
<i>Tableau n° 13 :</i>	Réponses des personnes enquêtées sur l'attitude vis-à- vis des médicaments.....	29
<i>Tableau n° 14 :</i>	Réponses des personnes enquêtées sur la pratique des médicaments.....	30
<i>Tableau n° 15 :</i>	Réponses sur les circonstances d'utilisation des médicaments sans prescription.....	31
<i>Tableau n° 16 :</i>	Réponses sur les produits utilisés.....	32

LISTE DES FIGURES

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGE
<i>Figure n° 1 :</i>	Prix médian des médicaments pour 1 traitement antipaludique en Sierra Leone 1990. (Colporteurs et centres de santé).....	07
<i>Figure n° 2 :</i>	Prix médian des médicaments pour 1 traitement antipaludique en Sierra Leone 1990 (Hôpitaux).....	08
<i>Figure n° 3 :</i>	Raison du choix de distributeurs de médicaments par groupe socio-économique. Bénin 1989.....	09
<i>Figure n° 4 :</i>	Flux des médicaments : Analyse économique et financière de base.....	13
<i>Figure n° 5 :</i>	Situation géographique du Fivondronam-pokontany d'Anjozorobe.....	17
<i>Figure n° 6 :</i>	Division territoriale du Fivondronam-mokontany d'Anjozorobe.....	18
<i>Figure n° 7 :</i>	Répartition des personnes enquêtées selon les tranches d'âge.....	21
<i>Figure n° 8 :</i>	Répartition des personnes enquêtées selon le sexe.....	22
<i>Figure n° 9 :</i>	Répartition des personnes enquêtées selon la situation matrimoniale.....	23
<i>Figure n° 10 :</i>	Répartition des personnes enquêtées selon le niveau d'instruction.....	24
<i>Figure n° 11 :</i>	Diagramme de la répartition des enquêtés selon de domicile.....	25
<i>Figure n° 12 :</i>	Diagramme de la répartition des formation sanitaires selon leur type et leur nombre.....	27
<i>Figure n° 13 :</i>	Diagramme de la connaissance des médicaments par les enquêtés.....	28
<i>Figure n° 14 :</i>	Diagramme du comportement des enquêtés en cas de maladies.....	29
<i>Figure n° 15 :</i>	Diagramme des réponses à la question utilisez vous des médicaments sans prescription médicale.....	30
<i>Figure n° 16 :</i>	Diagramme des réponses sur les circonstances d'utilisation des médicaments sans prescriptions.....	31
<i>Figure n° 17 :</i>	Diagramme des réponses sur les circonstances d'utilisation des médicaments sans prescription.....	32
<i>Figure n° 18 :</i>	Schéma de l'utilisation des médicaments.....	38
<i>Figure n° 19 :</i>	Situation des formations sanitaires selon les normes d'accessibilité.....	39

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
CAP	: Connaissance, Attitude, Pratique
CHD	: Centre Hospitalier de District
CSB₁	: Centre de Santé de Base du niveau 1
CSB₂	: Centre de Santé de Base du niveau 2
FSP	: Formation Sanitaire Privée
IEC	: Information, Education, Communication
FIV	: Fivondronam-pokontany
SGS	: Société Générale de Surveillance



INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'automédication semble particulièrement se développer dans les pays en développement. Les raisons sont multiples : l'ignorance et l'insuffisance d'informations de la population ne protègent pas cette dernière contre l'utilisation « intempestive » des produits pharmaceutiques disponibles. Les médecins et le personnel de la santé ne sont pas présents dans toutes les localités. Et comme certains médicaments sont vendus un peu partout (sur le marché du village, dans les épiceries, au mieux au niveau des dépôts de médicaments) sans qu'il soit nécessaire de présenter une ordonnance, la tendance à s'automédiquer gagne progressivement les communautés.

Dans les pays développés, c'est la médecine scientifique qui est considérée comme traditionnelle, les autres voies thérapeutiques proposées correspondant à une médecine parallèle, empirique. On parle aussi de « médecines douces », concept regroupant des thérapeutiques anodines et des démarches grossières ou mystificatrices.

La médecine traditionnelle telle qu'on la comprend actuellement regroupe des actions aux objectifs, aux moyens et à l'efficacité variés. Pourtant, la médecine traditionnelle ne doit être ni méprisée ni magnifiée ; son rejet équivaldrait à nier les valeurs hier démontrées ou demain à déceler ; sa valorisation excessive apparaît souvent être la conséquence des carences de la médecine scientifique, parfois un maladroit transfert de préoccupations politiques ou la tentative opportuniste d'un retour à une « authenticité » mal intégrée. Sa place doit être définie sans à priori ni passion, en analysant tout autant ses vertus et ses inconvénients que ne peut manquer d'engendrer l'empirisme des choix de la pharmacopée et des méthodes de leurs prescriptions. (1)(2)(3)

« L'automédication dans le secteur médical d'Anjozorobe » est une étude qui a pour objectif de déterminer la place de l'utilisation sans prescription des médicaments par les communautés afin de suggérer une meilleure stratégie de consommation des médicaments.

Le travail entrepris n'inclut pas la pharmacopée traditionnelle, l'usage des plantes médicinales et autres produits recommandés par les guérisseurs.

La présente étude va comprendre :

- *une introduction,*
- *une première partie appelée « Considérations générales sur les médicaments et leur consommation »,*
- *une deuxième partie qui développe « L'étude de la consommation des médicaments sans prescription à Anjozorobe »,*
- *une troisième partie relative aux « Commentaires, discussions et suggestions »,*
- *la conclusion.*

PREMIERE PARITE
CONSIDERATIONS GENERALES SUR
LES MEDICAMENTS ET LEUR
CONSOMMATION

1. LES MEDICAMENTS ESSENTIELS

1.1. Définition (4)(5)(6)

Les médicaments essentiels sont ceux qui satisfont aux besoins de la majorité de la population en matière de soins de santé ; ils doivent donc être disponibles à tout moment en quantité suffisante et sous la forme pharmaceutique appropriée.

Le choix de tels médicaments dépend de nombreux facteurs, tels que la prévalence locale des maladies, les installations de traitement, la formation et l'expérience du personnel disponible, les ressources financières et les facteurs génétiques, démographiques et environnementaux.

1.2. Sélection des médicaments (5)

Pour les formations sanitaires et donc pour les communautés, seuls seront sélectionnés les médicaments pour lesquels il existe des données sûres et suffisantes sur l'efficacité et l'innocuité, qualités obtenues à partir d'études cliniques, et pour lesquels la preuve a été faite de leur utilité pour l'usage général dans divers types d'établissements médicaux.

Chaque médicament choisi doit être disponible sous une forme pour laquelle il est possible d'assurer une qualité suffisante, y compris en ce qui concerne la biodisponibilité ; sa stabilité dans les conditions prévues de stockage et d'utilisation doit être démontrée.

Lorsque deux ou plusieurs médicaments restent à peu près équivalents en ce qui concerne les critères ci-dessus, le choix sera déterminé par une évaluation soigneuse de leur efficacité, de leur innocuité, de leur qualité, de leur prix et de leur

disponibilité respective. Lors de la comparaison du coût des différents médicaments, on devra prendre en considération, non seulement le coût unitaire, mais aussi le coût total du traitement.

1.3. Médicaments essentiels et soins de santé primaires

On ne saurait trop insister sur le fait qu'en pratique, la sélection des médicaments pour les soins de santé primaires doit être opérée à l'échelon national, la formation et les responsabilités du personnel chargé d'administrer ces soins variant considérablement d'un contexte à l'autre. Les agents hautement qualifiés sont capables d'utiliser avec une sécurité acceptable un large éventail de médicaments correspondant à des compétences diagnostiques différentes, et les décisions concernant la mise à disposition de médicaments spécifiques aux agents de santé communautaires ne peuvent être prises que compte tenu de tous les facteurs inhérents à la situation locale. Les facteurs suivants influant sur les médicaments.

i) Systèmes médicaux existants

L'établissement de services de soins de santé primaires dans les pays en développement ne doit pas entraîner le rejet brutal des pratiques culturelles en usage dans les collectivités rurales. Par exemple, le travail des guérisseurs traditionnels devra être adapté et complété de façon à assurer que les nouvelles pratiques seront convenablement intégrées aux systèmes de soins existants.

ii) Infrastructure sanitaire nationale

Le type de services de soins de santé primaires qu'exige un pays donné dépend de la proximité et de la nature des installations de premier secours. Dans certains pays, il n'est pas rare que le poste sanitaire permanent le plus proche soit à un ou plusieurs jours de voyage des villages isolés qui relèvent de son secteur d'activité.

iii) Formation et approvisionnement

Les effectifs en personnel dûment formé, les installations dont ce personnel dispose, et le système d'approvisionnement déterminent la portée et les limites du système de soins de santé primaires. Il est évident que des

travailleurs ayant suivi une formation d'une ou plusieurs années peuvent connaître davantage que le personnel n'ayant suivi qu'un cours intensif de formation pratique de quelques semaines. Mais, quelles que soient les circonstances, ces agents ne pourront effectuer un travail valable que si la continuité de l'approvisionnement et de l'information est assurée.

iv) Tableau d'endémicité

La prévalence des principales infections endémiques et maladies parasitaires peut varier d'une région à l'autre d'un même pays en fonction de facteurs climatiques, géographiques, topographiques, sociaux, économiques et professionnels. Une planification soigneuse et, dans certains cas, des enquêtes épidémiologiques, sont nécessaires pour assurer que les médicaments les plus efficaces seront fournis et pour tirer le maximum de bénéfices de ressources limitées.

1.4. Consommation pharmaceutique (7)(8)(9)

Il est manifeste que souvent les médicaments ne sont pas utilisés au maximum de leurs possibilités ni conformément aux critères généralement admis. On sait peu de choses des conséquences cliniques que peuvent avoir les différences importantes qui existent dans les modalités de prescription d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre d'un même pays. Les ventes de médicaments sans Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et les consommations sans prescription font qu'on obtient rarement d'une manière systématique et exhaustive des données de consommation complètes.

1.4.1. Les enquêtes de consommation pharmaceutique

On peut mener des études de consommation pharmaceutique à différents niveaux, selon les buts visés et les moyens disponibles. L'intérêt de ces études sera renforcé par l'usage de procédures normalisées dans les différents pays ou régions (systèmes communs de classification des médicaments et d'unités de mesure). Il faut utiliser ces procédures pour fournir des données sur tous les médicaments importants d'une catégorie thérapeutique particulière, en tenant compte à la fois du coût et des

quantités prescrites, ainsi que des différences au niveau des modalités

thérapeutiques.

Les enquêtes de consommation pharmaceutique ont pour objet essentiel de quantifier l'usage actuel des médicaments et les exigences futures. Ces données peuvent être aussi utilisées

- *pour apprécier les effets des mesures prises dans le domaine de l'information et de la réglementation, de la politique des prix...etc ;*
- *pour définir des domaines de recherche ultérieure sur l'efficacité et la sécurité absolues ou relatives de la chimiothérapie ;*
- *pour faciliter la détermination des rapports avantages/risques et coût/efficacité ;*
- *enfin, moyennant une interprétation correcte, pour signaler toute consommation excessive, insuffisante ou abusive de certains médicaments ou catégories de médicaments.*

1.4.2. Accessibilité aux médicaments et aux services de santé

i) L'accessibilité des services de santé

L'accessibilité des services de santé, et la question qui en résulte de l'accès aux soins de santé par les différents groupes de population, ont plusieurs dimensions.

- *En premier lieu, il existe de grandes divergences dans la couverture sanitaire dans un même pays et dans un pays à l'autre. Le problème d'accessibilité géographique oblige plus ou moins les communautés à faire appel à d'autres types de prestataires de soins : médecine traditionnelle et guérisseurs.*
- *En deuxième lieu, l'insuffisance des moyens financiers, autrement dit le problème d'accessibilité financière, favorise l'appel aux prestataires les moins chers.*

ii) L'accessibilité aux médicaments (10)(11)(12)

- *L'insuffisance de couverture sanitaire peut favoriser l'existence de filières non autorisées et non contrôlées de distribution de médicaments. Ces points*

de vente illicites de produits pharmaceutiques permet en particulier le développement de l'automédication.

- Les différences de prix des médicaments entrent aussi en jeu. Les figures n° 1 et n° 2 présentent une comparaison des prix médians des médicaments provenant de 4 sources différentes en Sierra Leone et pour le traitement antipaludique : pour les médicaments vendus par les colporteurs, la moyenne était d'environ 30 léones (le cours du dollar EU étant de 60 léones au moment de l'étude) alors que les dispensaires publics faisaient payer un prix moyen de 70 léones.

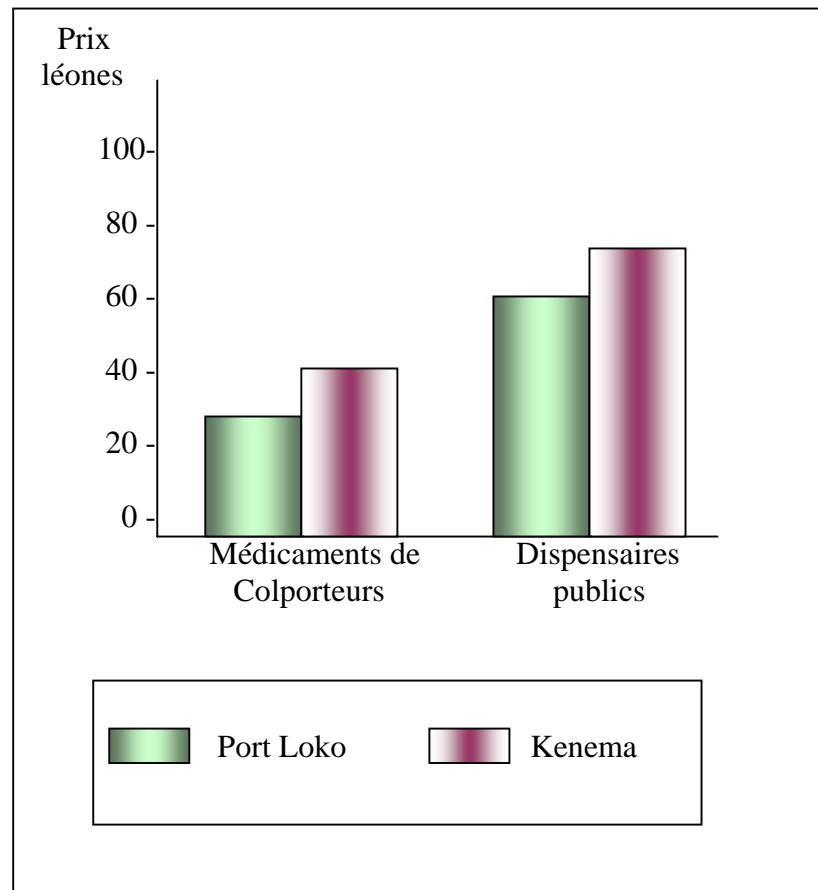


Figure n° 1 : Prix médian des médicaments pour 1 traitement antipaludique en Sierra Leone, 1990. (Colporteurs et centres de santé). (9)

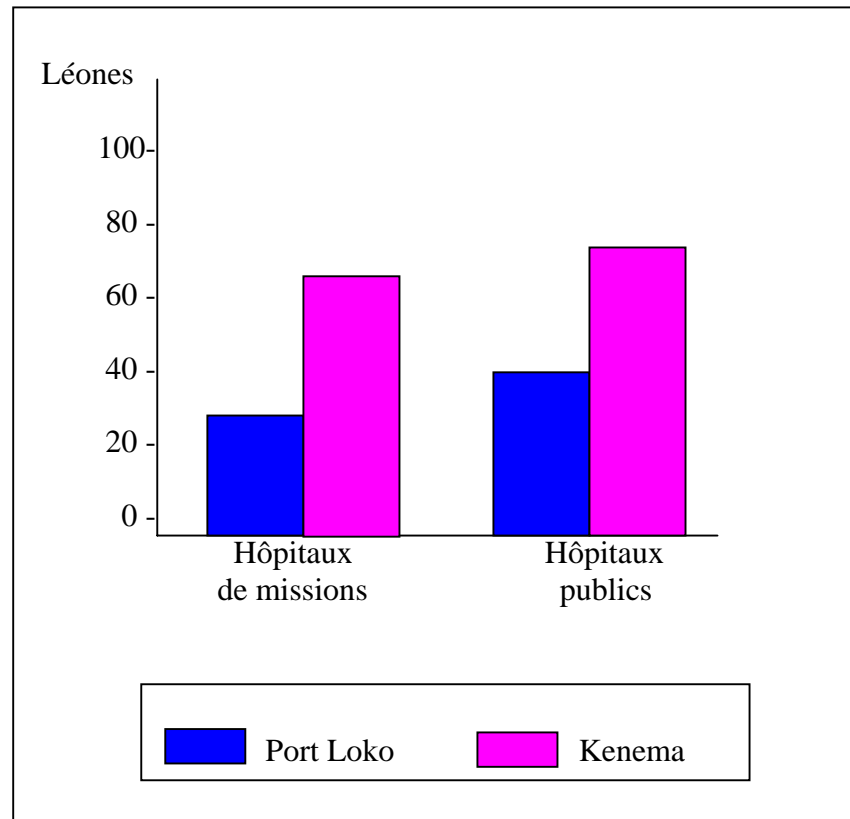


Figure n° 2 : Prix médians des médicaments pour 1 traitement antipaludique en Sierra Leone, 1990 (Hôpitaux). (9)

Les prix étaient considérablement plus élevés dans les formations sanitaires de plus haut niveau, qui offrent des produits de spécialités et qui ont des coûts plus importants. Le prix médian dans les hôpitaux des missions était d'environ 400 léones, et d'environ 600 léones dans les hôpitaux publics de district. Nous voyons là que le choix de la source doit refléter un équilibre entre les facteurs qualité, efficacité attendue des soins et prix. Les sources les plus proches du niveau local sont beaucoup moins chères.

Le choix des distributeurs de médicaments est déterminé par des facteurs socio-économiques. La figure n° 3 présente des données sur le choix entre dispensaires et autres sources de soins (dont les vendeurs libres, les colporteurs de médicaments, les formations sanitaires à un niveau plus élevé). La base de chaque élément du diagramme montre qu'un même pourcentage de population, environ 30%, avait recours aux dispensaires, avec toutefois quelques variantes selon le niveau socio-économique, allant de 32% dans le groupe à faible revenu à 25% dans celui à revenu élevé. Pour ceux qui utilisent d'autres sources, les considérations financières étaient quelque peu plus importantes pour les groupes socio-économiques bas et moyens par rapport au groupe plus élevé.

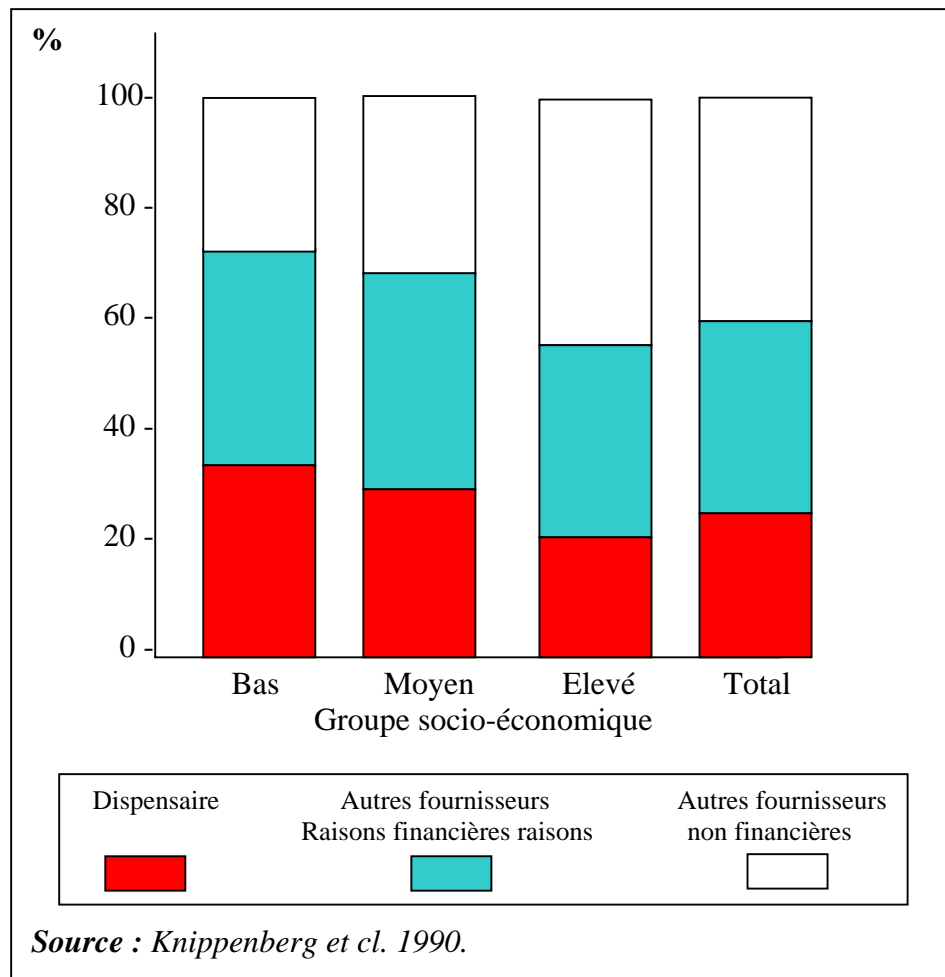


Figure n° 3: Raison du choix de distributeurs de médicaments par groupe socio-économique. Bénin 1989. (9)

Les données qui sous-tendent ce diagramme montrent que les riches dépensent plus que les pauvres pour les services de santé. Cependant là encore, pour les gens de niveau bas ou moyen, l'aspect financier est relativement plus important eu égard à leurs conditions socio-économiques. Cependant, pour ceux qui utilisent d'autres sources, les considérations financières étaient quelque peu plus importantes pour les groupes socio-économiques bas et moyens par rapport au groupe plus élevé.

Cependant, pour ceux qui utilisent les services de santé ; les considérations financières s'appliquent à tous les groupes socio-économiques, ce qui semble indiquer que le fait de disposer d'argent à différentes périodes de l'année peut avoir plus d'importance que le revenu en termes absolus.

- **Tableau n° 1 :** Raison pour ne pas chercher de traitement médical.
Pourcentage et nombre d'épisodes, Sierra Leone, 1990.
(9)

Raison principale	Saison sèche	Saison des pluies
-------------------	--------------	-------------------

Considérée pas grave ou santé recouvrée rapidement	11,9% (32)	26,7% (58)
Trop loin ou transport pas disponible	2,6% (7)	4,1% (9)
Pas suffisamment d'argent	54,3% (146)	37,8% (82)
N'aime pas le dispensateur de soins ou l'infirmier	2,2% (6)	2,8% (6)
Pensait que les médicaments n'étaient pas disponibles	2,2% (6)	1,4% (3)
Traitement médical considéré inefficace pour le problème	5,2% (14)	9,2% (20)
Savait personnellement se soigner	14,9% (40)	12,4% (27)
Autre, inconnue ou manquante	6,7% (18)	6,6% (12)
TOTAL	100,0% (269)	100,0% (217)

Source : Fabricant et Kamara, 1991.

Pour la Sierra Leone, on dispose de données supplémentaires sur les raisons qui font que l'on ne recherche pas de traitement médical pour une maladie, pendant la saison sèche et pendant la saison des pluies. Le tableau n° 1 permet de voir que les raisons ayant trait à la nature du problème de santé (problème pas grave, le traitement est inefficace, le malade savait se soigner de lui-même) expliquent une proportion importante des réponses...environ 32% et 48% respectivement pendant la saison sèche et la saison des pluies.

Le manque de fonds suffisants, essentiellement, était une raison plus importante, ne justifiant cependant que 54% des décisions de ne pas avoir recours au traitement médical pendant la saison sèche et 38% des décisions de ne pas y avoir recours pendant la saison des pluies. D'autres raisons (distance du centre de santé, attitude envers des prestataires particuliers) étaient relativement sans importance. Les résultats montrent que les considérations financières sont un facteur important dans le choix des pourvoyeurs de médicaments. Ils indiquent aussi des fluctuations

appréciables entre les saisons, un facteur qui n'est souvent pas pris en considération dans la conception des systèmes de financement.

Un troisième facteur déterminant l'accessibilité est la proportion des dépenses totales consacrée aux services de santé. Bien entendu, il s'agit ici d'un domaine subjectif, étant donné qu'il n'existe pas de montant « juste » ou « abordable » à dépenser pour les soins de santé : la dépense totale dépend des besoins en matière de santé, de l'accessibilité aux différentes sources de prestation et des coûts. De plus, un montant moyen « abordable » peut masquer la réalité de prix élevés pour certains ménages, ce qui les oblige à emprunter de l'argent à des taux d'intérêt élevés ou à vendre des biens, comme du bétail par exemple.

• **Tableau n° 2** : Dépenses annuelles pour le traitement de maladie.

Sierra Leone, 1990. (9)

Ménages/Groupe socio-économique	Bas	Moyen	Elevé	Moyenne
Revenu (Léones)	9,137*	10,991	15,986	11,360
Coût moyen par épisode	84,4	121,6	205,1	-
Coût moyen par personne	26,7	33,9	51,5	-
Dépense annuelle moyenne par personne	694	881	1.339	912
Pourcentage de revenu	7,6%	8,0%	8,4%	8,0%

* 65 Léones = 1 dollar E.U pendant la période de l'étude

Source : Fabricant et Kamara, 1990

Quoiqu'il en soit, les données de la Sierra Leone, tableau n° 2, indiquent que les dépenses de santé semblent être acceptables. On note que dans les groupes socio-économique plus bas, on dépense une proportion légèrement moins importante du revenu pour la santé que dans les groupes dont le niveau socio-économique est élevé. Toutefois, le résultat surprenant est que ces pourcentages de dépenses sont à

peu près au même niveau, à environ 8% des dépenses totales des ménages de tous les groupes. Les données indiquent que les ménages s'arrangent pour maintenir leurs dépenses dans des limites raisonnables, bien que cela puisse impliquer moins de soins ou des soins moins efficaces. Les résultats indiquent aussi que le statut socio-économique peut être mal évalué lorsqu'on se sert de la mesure du revenu, et qu'il est nécessaire d'étudier ultérieurement d'autres facteurs.

2. LA CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE

2.1. Les différences sociales dans la consommation de médicaments (13)(14)

Pour savoir si cette consommation est équitable, il faut connaître les inégalités de consommation par catégorie de population. Qui consomme des médicaments dans le pays ? Qui n'en consomme pas ou en consomme irrégulièrement ? Il y a des questions d'accessibilité pratique. (absences de pénuries, distances...etc) et d'accessibilité économique : les prix des médicaments et les prescriptions effectuées permettent-elles aux malades de se soigner effectivement ?

Il y a toujours des différences sociales dans cette consommation, mais sont-elles acceptables ou doit-on chercher à les réduire ? Dans certains pays où ces différences sont faibles, le rapport entre la consommation des groupes sociaux des plus faibles consommateurs et celle des plus forts consommateurs est de 1 à 1,5 ou 1 à 2. Par contre dans les pays où une part importante de la population n'a pas accès du tout aux médicaments, ce rapport est infini.

La consommation est définie comme l'acquisition des médicaments par les consommateurs. Du point de vue économique, on ne se soucie pas de savoir si le médicament est effectivement utilisé (observance), ou s'il l'est pas la personne l'ayant acquis ou par une autre (par exemple un enfant du consommateur). C'est la population, les « ménages » au sens de la comptabilité nationale qui acquiert des médicaments, par achat ou par transfert. Le détail de la consommation est fonction du circuit du médicament dans le pays considéré (figure n° 4).

2.2. Le compte de consommation (15)(16)(17)(18)

Le tableau n° 3 présente le type de compte de consommation nationale.

Les distributeurs en détail sont inscrits en colonne. On a ajouté les consommateurs pour ce qu'ils emportent directement de l'étranger. Comme dans le compte de distribution, on trouve les entrées dans la partie haute et les sorties dans la partie basse.

Dans la partie haute, les lignes désignent les médicaments reçus par les distributeurs au détail, classés selon les sources d'approvisionnement : distributeurs en gros (pharmacies centrales et grossistes) et importations directes. On distingue également les transferts reçus gratuitement et les achats.

Dans la partie basse sont indiqués la distribution en détail (consommation) et les autres sorties (variations de stocks et destructions – pertes). Les médicaments distribués sont distingués selon qu'ils sont vendues (paiement direct), vendus indirectement (le paiement est fait pour un service qui comprend la fourniture de médicaments), ou transférés (gratuitement), car ces catégories d'acquisition ont une signification différente pour le financement.

- **Tableau n° 3 :** Consommation nationale de médicaments. (17)

Opérations	Agents économiques de la distribution au détail			
	Officines et dépôts	Service de santé	Consom-mateurs	Total
Entrées (en provenance de :)				
• importations directes – distribution				
- pharmacies centrales				
* achats				
* transferts reçus – grossistes (achats)				
Coûts et marges de distribution				
Sorties				
Consommation				
- ventes				
- ventes indirectes				
- transferts				
Autres sorties				
- variations de stocks				
- détruits et perdus				

DEUXIEME PARTIE
ETUDE DE LA CONSOMMATION DES MEDICAMENTS SANS
PRESCRIPTION A ANJOZOROBÉ

1. CADRE D'ETUDE

La présente étude a été réalisée dans le Fivondronam-pokontany (FIV) d'Anjozorobe, province d'Antananarivo. (figure n° 5)

1.1. Limites et organisation du Fivondronam-pokontany (19)

Le Fivondronana d'Anjozorobe est situé à l'intérieur des hautes terres et s'étend sur 3.725 Km². Il est limité :

A Nord par les FIV de :

- *Tsaratanana*
- *Amparafaravola*

A l'Ouest par les Fivondronana de :

- *Ankazobe*
- *Ambohidratrimo*

Au Sud par le fivondronana de :

- *Manjakandriana*

A l'Est par le Fivondronana

- *d'Ambatondrazaka*

Le Fivondronana se compose de 12 communes :

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| • <i>Ambohibary [01]</i> | • <i>Betatao [07]</i> |
| • <i>Marotsipoy [02]</i> | • <i>Antanetibe [08]</i> |
| • <i>Alakamisy [03]</i> | • <i>Ambongamarina [09]</i> |
| • <i>Amboasary [04]</i> | • <i>Analaroa [10]</i> |
| • <i>Beronono [05]</i> | • <i>Anjozorobe [11]</i> |
| • <i>Ambatomanoïna [06]</i> | • <i>Mangamila [12]</i> |

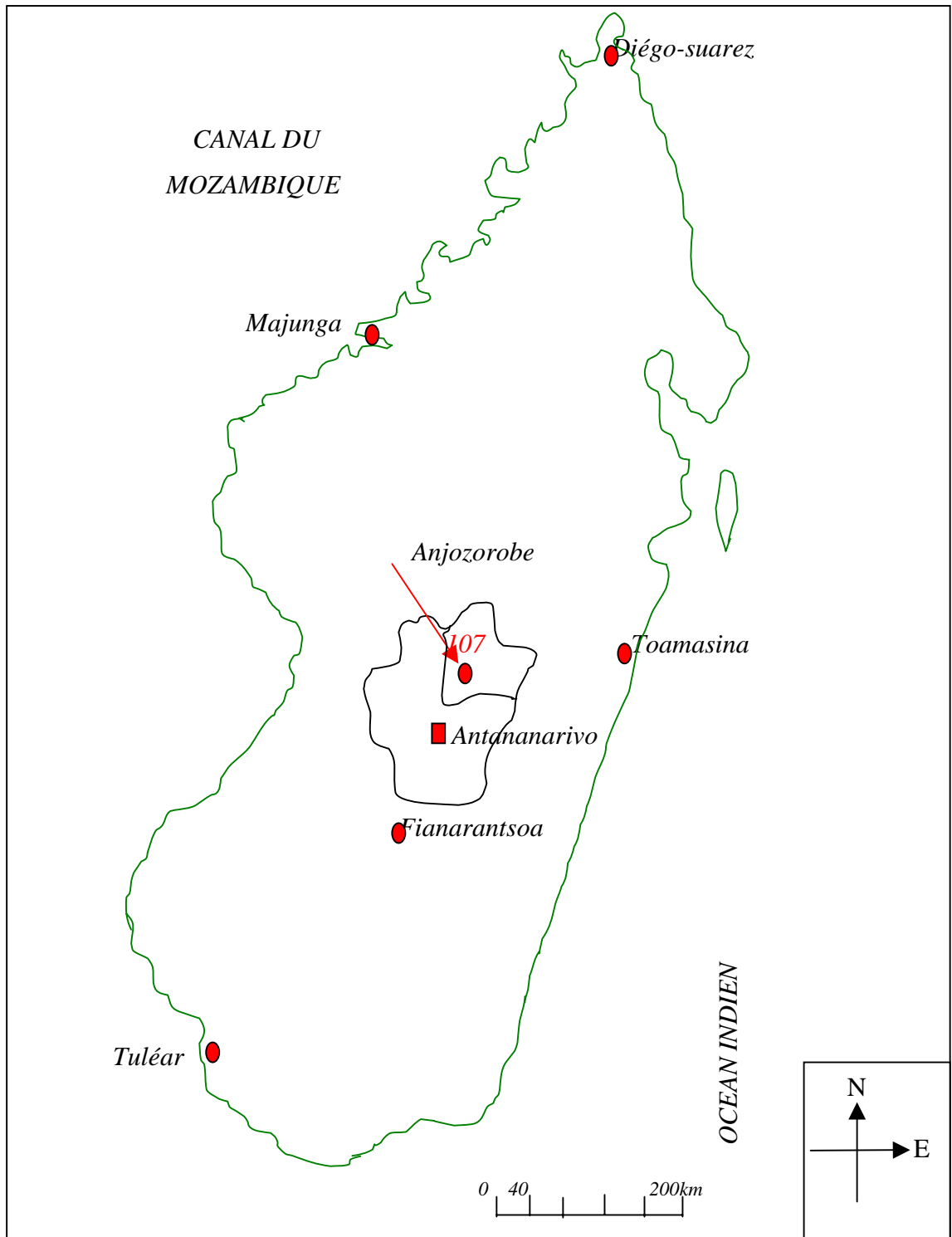


Figure n° 5 : Situation géographique du Fivondronana d'Anjozorobe à Madagascar (CP 107).

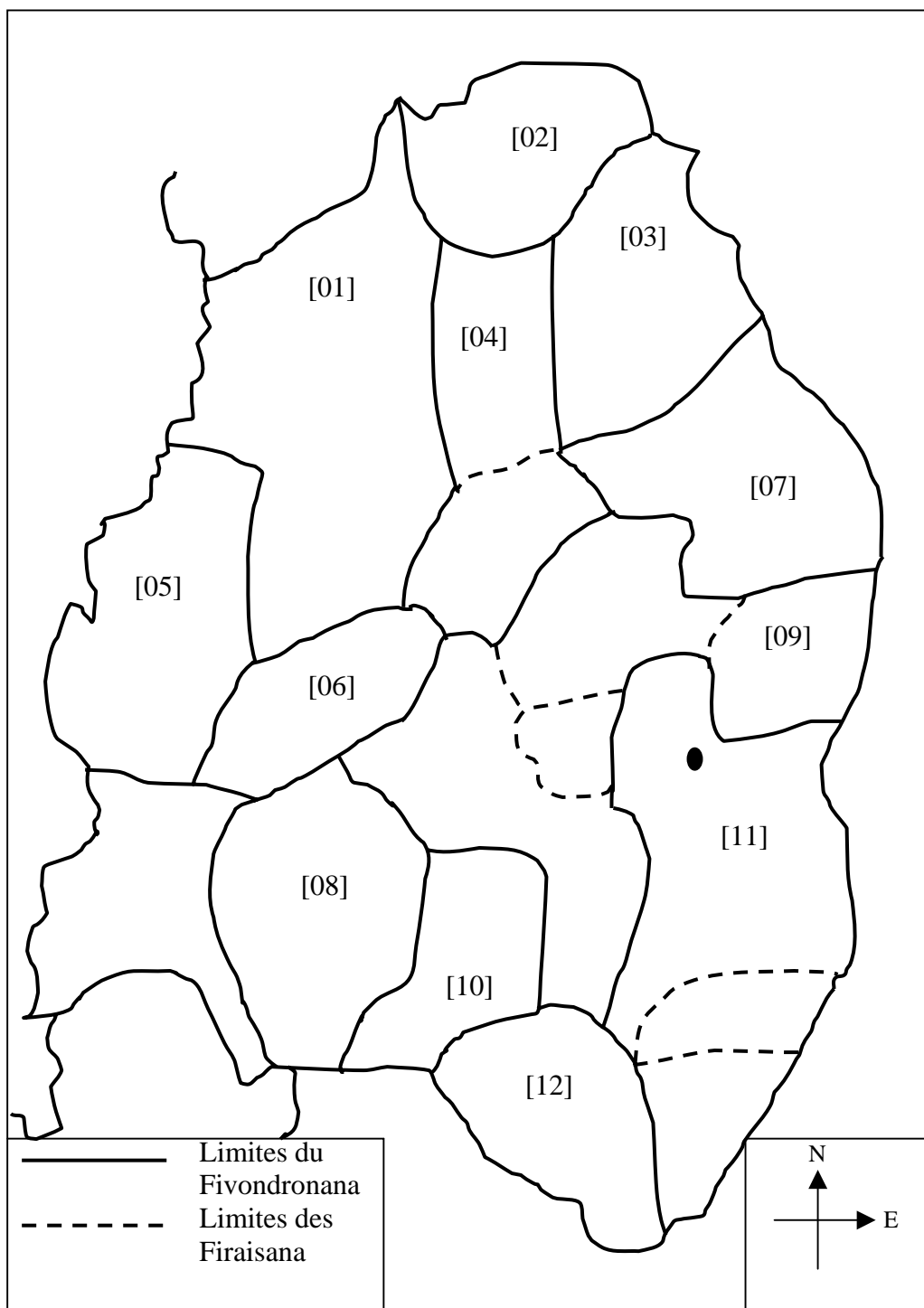


Figure n° 6 : Divisions territoriales du Fivondronana d’Anjozorobe.

1.2. Démographie

Le Fivondronana d’Anjozorobe compte 150.669 habitants en 2002 (Source : CHD₁ Anjozorobe). La répartition selon les communes est présentée au tableau n° 4.

- **Tableau n° 4 :** Répartition de la population selon les communes.

N°	Communes	Effectifs de la population
01	Anjozorobe	19.192
02	Mangamila	11.982
03	Ambongamarina	12.840
04	Betatao	15.551
05	Alakamisy	7.820
06	Analaroa	15.300
07	Antanetibe	22.295
08	Ambatomanoïna	18.136
09	Amboasary	8.992
10	Ambohibary	15.996
11	Marotsipoy	5.012
12	Beronono	13.231
	TOTAL	164.649

Remarque : Répartition de la population selon les communes.

Source : Au niveau de la sous-préfecture.

2. METHODOLOGIE

2.1. Méthode d'étude (20)(21)(22)

- La méthode d'étude repose sur une enquête CAP (Connaissance, Attitude, Pratique) menée auprès d'un échantillon représentatif de la population du Fivondronana d'Anjozorobe.

- Le questionnaire a été élaboré et testé avant son utilisation effective.
(Annexe 1)

- Echantillonnage.

L'enquête a été effectuée sur un échantillon représentatif de la population du Fivondronana obtenu par une méthode empirique appelée méthode des quota.

L'échantillon est constitué de sujets qui semblent refléter la population du Fivondronana par la catégorie professionnelle et le lieu de résidence : 210 personnes âgées de 15 ans et plus, forment l'échantillon. Elles proviennent de 10 Firaiana les plus peuplées du Fivondronana et exercent les professions suivantes :

- | | |
|----------------|------------------|
| - Cultivateurs | - Instituteurs |
| - Eleveurs | - Elèves |
| - Marchands | - Collecteurs |
| - Chauffeurs | - Ménagères |
| - Gendarmes | - Fonctionnaires |

- L'étude utilise en outre des éléments des techniques habituelles de l'épidémiologie descriptive.

- L'enquête a été réalisée du 20 Novembre au 18 Décembre 2002.

2.2. Paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

- Répartition des personnes enquêtées.
 - selon les tranches d'âge,
 - selon le sexe,

- selon le domicile,
 - selon la situation matrimoniale,
 - selon le niveau d'instruction.
- Les formations sanitaires publiques.
 - La connaissance des médicaments.
 - Attitude vis-à-vis de l'utilisation.
 - La pratique de l'utilisation des produits pharmaceutiques.

3. RESULTATS

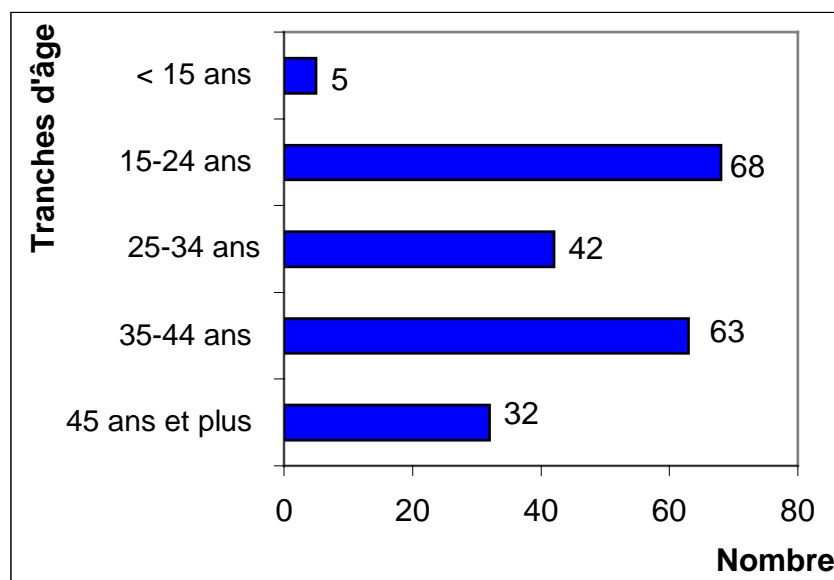
3.1. Répartition des personnes enquêtées

L'enquête concerne 210 personnes du Fovondronam-pokontany d'Anjozorobe.

- **Tableau n° 5** : Répartition des enquêtées selon les tranches d'âge.

Dénomination	< 15 ans	< 15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et plus	TOTAL
Nombre	5	68	42	63	32	210
Pourcentage	2,5	32,5	20	30	15	100%

- 32,5% environ des enquêtées sont âgées de 15 à 24 ans.



- **Figure n° 7 :** Diagramme de la répartition des enquêtées selon les tranches d'âge.
- **Tableau n° 6 :** Répartition des enquêtées selon le sexe.

Dénomination	Sexe masculin	Sexe féminin	TOTAL
Nombre	133	77	210
Pourcentage	63,3	36,7	100%

- 63,3% des personnes enquêtées sont du sexe masculin.

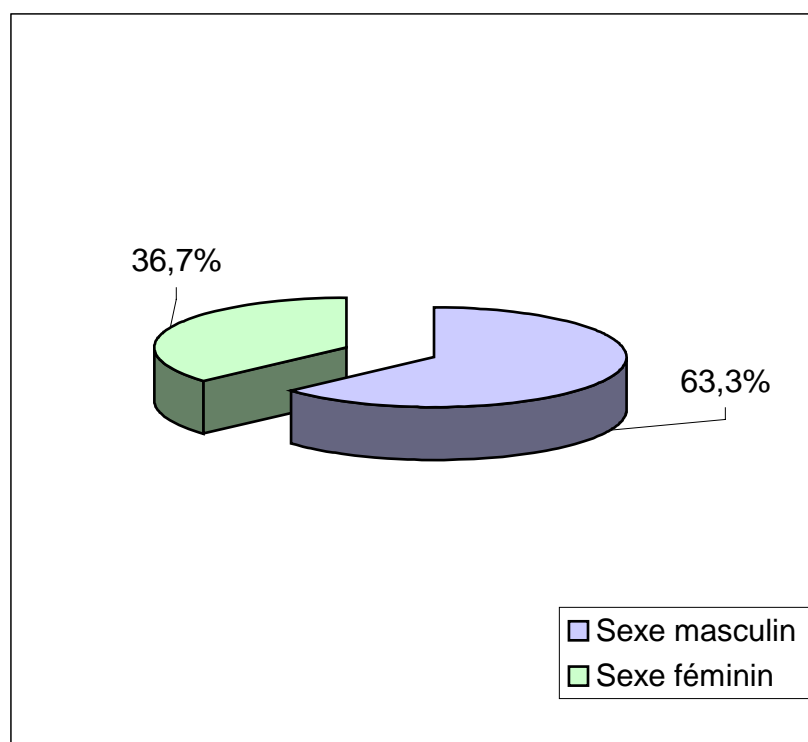


Figure n° 8 : Diagramme des enquêtées selon le sexe.

- **Tableau n° 7 :** Répartition des enquêtées selon la situation matrimoniale.

Dénomination	Mariées	Vivent en couple libre	Célibataires	Veufs (veuves)	Divorcées	TOTAL
Nombre	70	47	64	23	6	210
Pourcentage	33,3	22,3	30,5	11,1	2,8	100%

- 33,3% des enquêtées sont des personnes mariées.

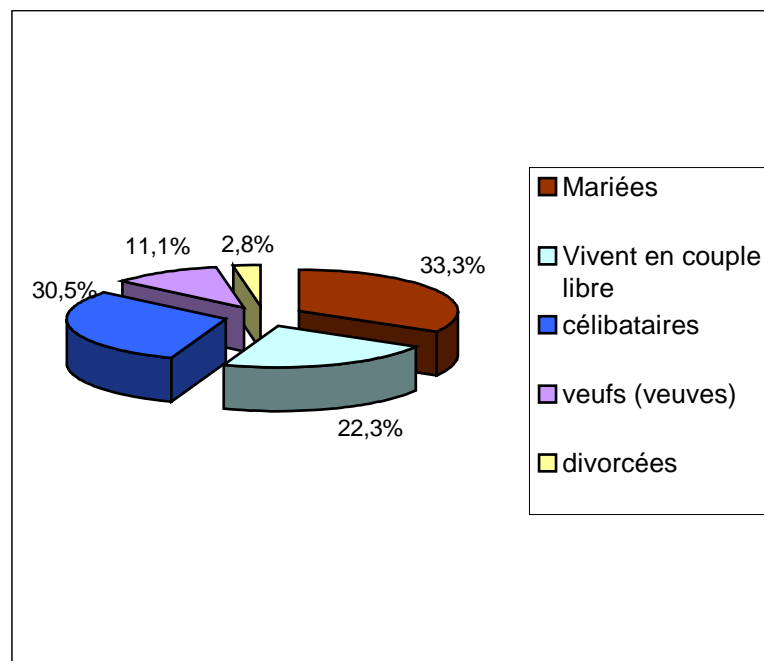


Figure n° 9 : Diagramme de la répartition des enquêtées selon la situation matrimoniale.

- **Tableau n° 8** : Répartition des enquêtées selon le niveau d’instruction.

Dénomination	Primaire	Secondaire	Universitaire	Illettrée	TOTAL
Nombre	66	108	12	24	210
Pourcentage	31,5	51,4	5,7	11,4	100%

- 51,7% des personnes enquêtées sont du niveau secondaire.

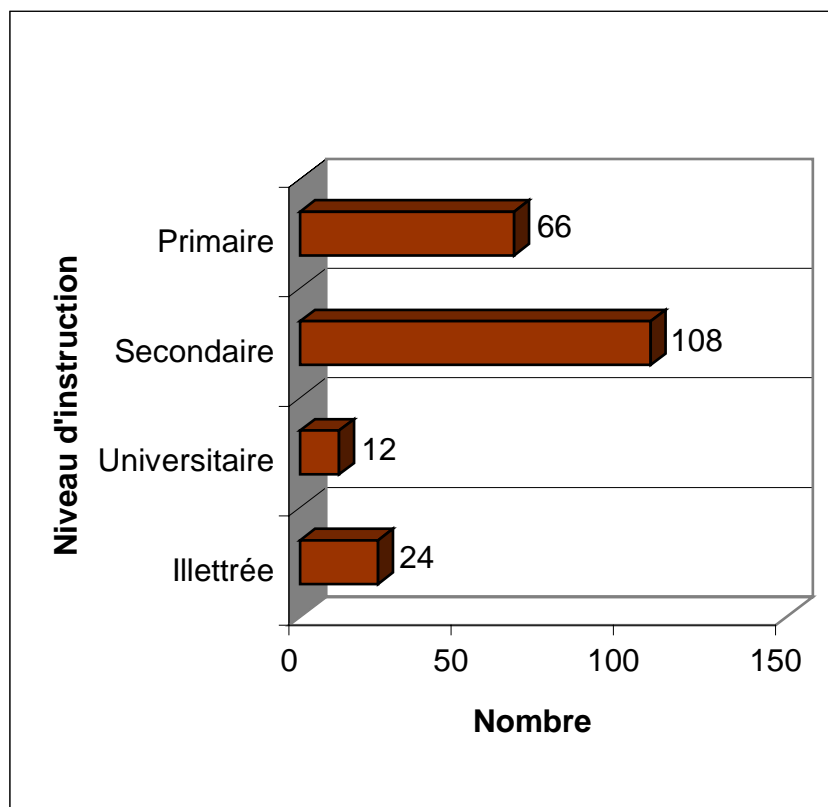


Figure n° 10 : Diagramme de la répartition des enquêtées selon le niveau d’instruction.

• **Tableau n° 9** : Répartition des enquêtées selon le domicile.

N°	Dénomination	Nombre	Pourcentage
01	Anjozorobe	70	33,3
02	Ambatomanoïna	20	9,5
03	Ambongamarina	20	9,5
04	Ambohibary	20	9,5
05	Antanetibe	20	9,5
06	Betatao	20	9,5
07	Mangamila	10	4,8
08	Beronono	10	4,8
09	Analaroa	10	4,8
10	Amboasary	10	4,8
	TOTAL	210	100%

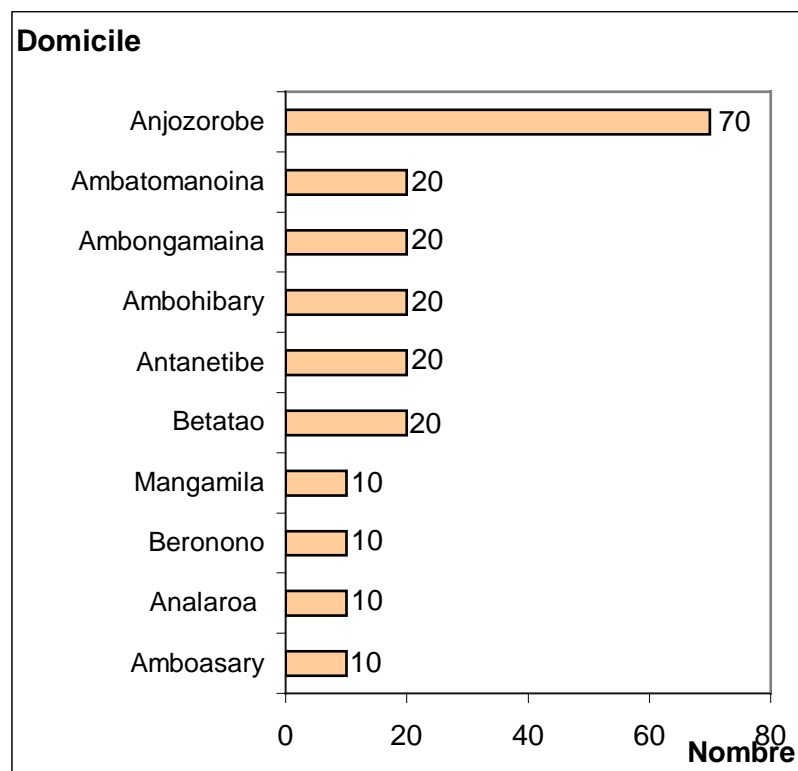


Figure n° 11 : Diagramme de la répartition des enquêtés selon de domicile.

3.2. Les formations sanitaires

Le tableau n° 10 présente la répartition des formations sanitaires par commune.

- **Tableau n° 10** : Répartition des formations sanitaires selon leur type par communes.

N°	Communes	Formations sanitaires publiques			Formations sanitaires privées
		CHD ₁	CSB ₂	CSB ₁	
01	Anjozorobe	1	1	1	2
02	Mangamila	0	1	1	0
03	Ambongamarina	0	2	0	1
04	Betatao	0	2	2	1
05	Alakamisy	0	2	0	0
06	Antanetibe	0	3	0	1
07	Analaroa	0	1	1	1
08	Ambatomanoïna	0	1	0	1
09	Amboasary	0	1	1	0
10	Ambohibary	0	1	2	0
11	Marotsipoy	0	1	1	1
12	Beronono	0	1	0	0
	TOTAL	01	17	09	08

L'éloignement est une des raisons de l'inéquité de la répartition des formations sanitaire .

- **Tableau n°11** : Répartition des formations sanitaires selon leur type et leur nombre dans le Fivondronana d'Anjozorobe.

Dénomination	CHD ₁	CSB ₂	CSB ₁	Formation sanitaire privées	TOTAL
Nombre	1	17	9	8	35
Pourcentage	3	49	25	23	100%

- 49% des formations sanitaires du Fivondronana d'Anjozorobe sont des CSB₂.

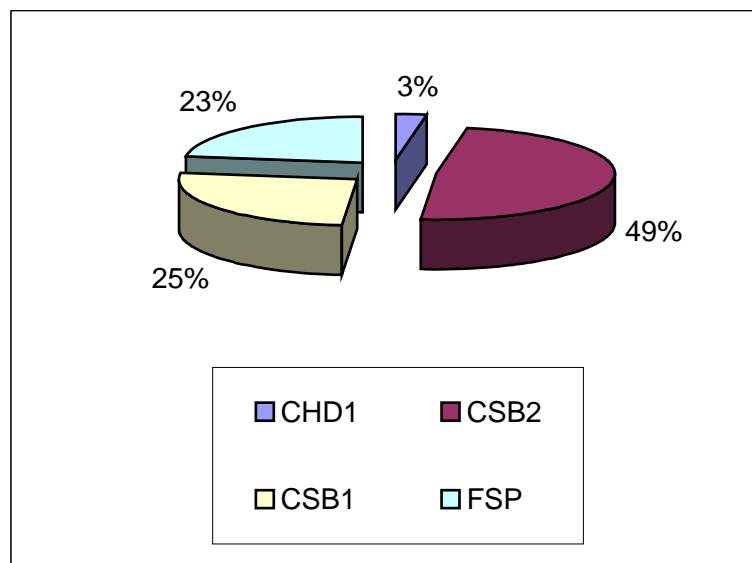


Figure n° 12 : Diagramme de la répartition des formation sanitaires selon leur type et leur nombre.

3.3. Connaissance des médicaments

- **Tableau n° 12 :** Réponses des enquêtées sur la connaissance des médicaments.

Question	Citez 3 médicaments que vous connaissez							
Dénomination	Paracé- tamol	Aspirine	Chloro- quine	Cotrim	Tétra- cycline	Furo- sémide	Autres	TOTAL
Nombre de personnes	207	182	74	83	58	13	13	630
Pourcentage	32,9	28,9	11,8	13,2	09,2	2,0	2,0	100%

Remarque : Les médicaments cités dépendent la réponse des personnes enquêtées.

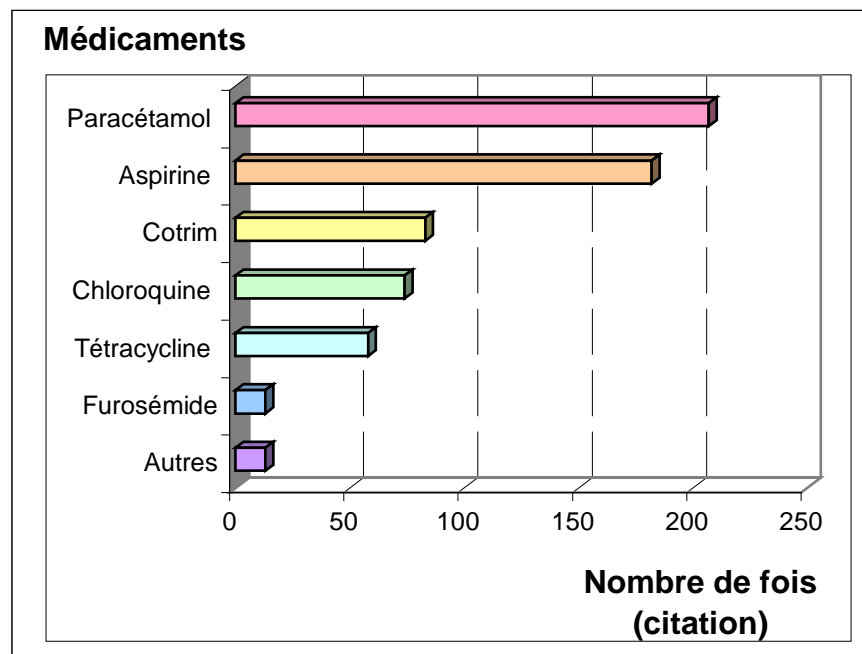


Figure n° 13 : Diagramme de la connaissance des médicaments par les enquêtés.

3.4. Attitude

- **Tableau n° 13 :** Réponses des enquêtées sur l'attitude vis-à-vis des médicaments.

Question	Que faites vous en cas de maladie ?				
Dénomination	Voir un médecin	Aller à l'hôpital	Aller à la pharmacie ou vendeur de médicaments	Autres (plantes, guérisseurs, sorciers, tambavy)	TOTAL
Nombre	108	7	40	55	210
Pourcentage	51,4	3,4	19,0	26,0	100%

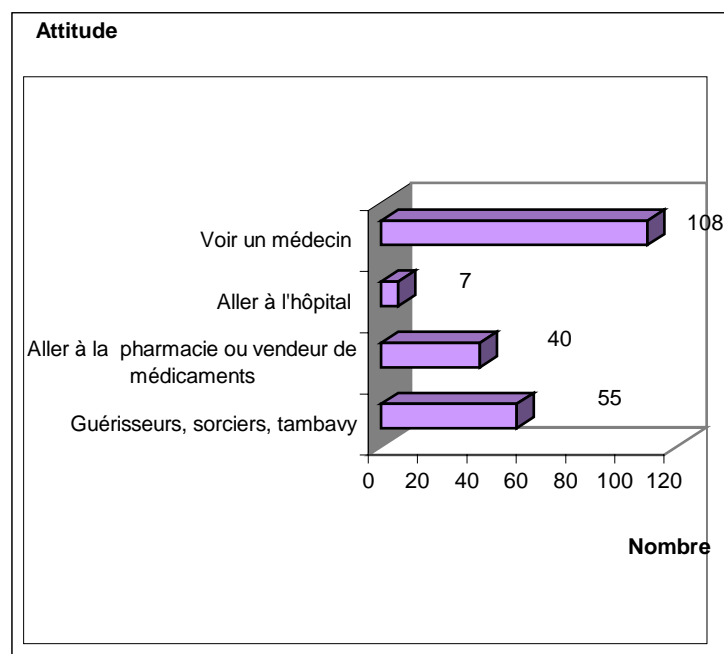


Figure n° 14 : Diagramme du comportement des enquêtés en cas de maladies.

3.5. Pratique

- **Tableau n° 14 :** Réponses des enquêtées sur la pratique des médicaments.

Question	Utilisez-vous des médicaments sans prescription médicale ?		
	Oui	Non	TOTAL
Dénomination	Oui	Non	TOTAL
Nombre	49	161	210
Pourcentage	23,1	76,9	100%

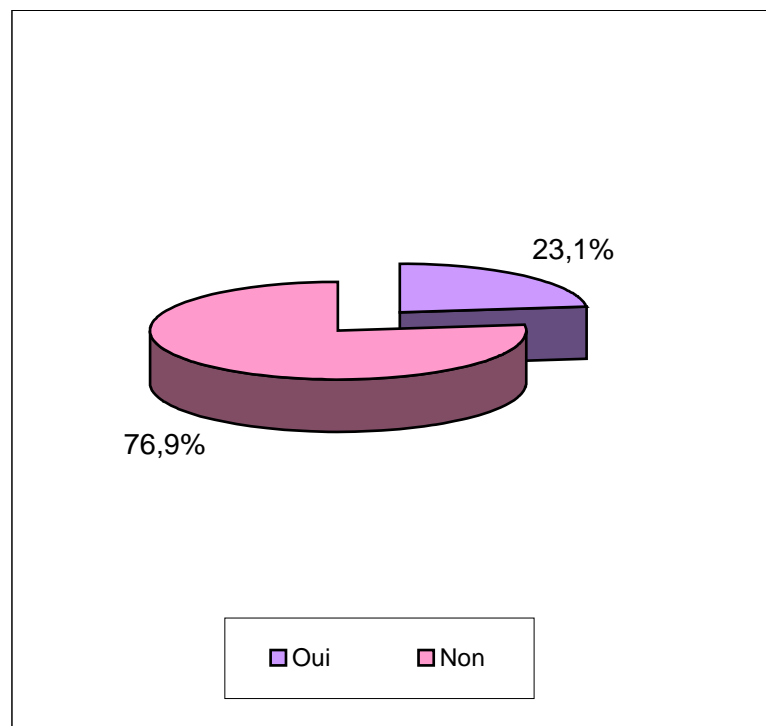


Figure n° 15 : Diagramme des réponses à la question utilisez vous des médicaments sans prescription médicale.

- **Tableau n° 15 :** Réponses sur les circonstances d'utilisation des médicaments sans prescription.

Question	Si oui, quand ? donnez 3 maladies					
Dénomination	Fièvre	Diarrhées	Toux	Céphalées	Autres	TOTAL
Nombre	45	27	31	24	20	147
Pourcentage	30,5	18,3	21,5	16,2	13,5	100%

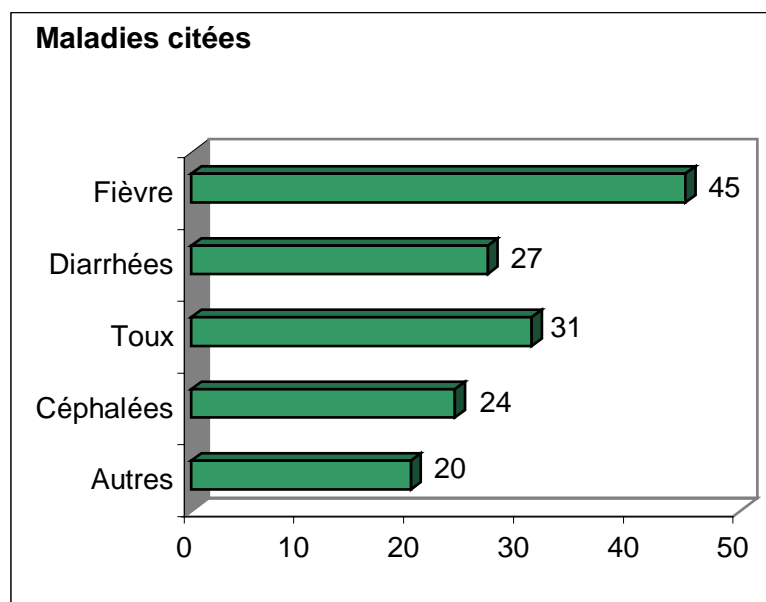


Figure n° 16 : Diagramme des réponses sur les circonstances d'utilisation des médicaments sans prescriptions.

- **Tableau n° 16** : Réponses sur les produits utilisés.

Question	Quels produits utilisez-vous ?						
Dénomination	Chloro- quine	Paracé- tamol	Aspirine	Tétra- cycline	Cotrim	Autres	TOTAL
Nombre	13	15	4	8	7	2	49
Pourcentage	25,9	31,	7,0	16,2	15,1	4,5	100%

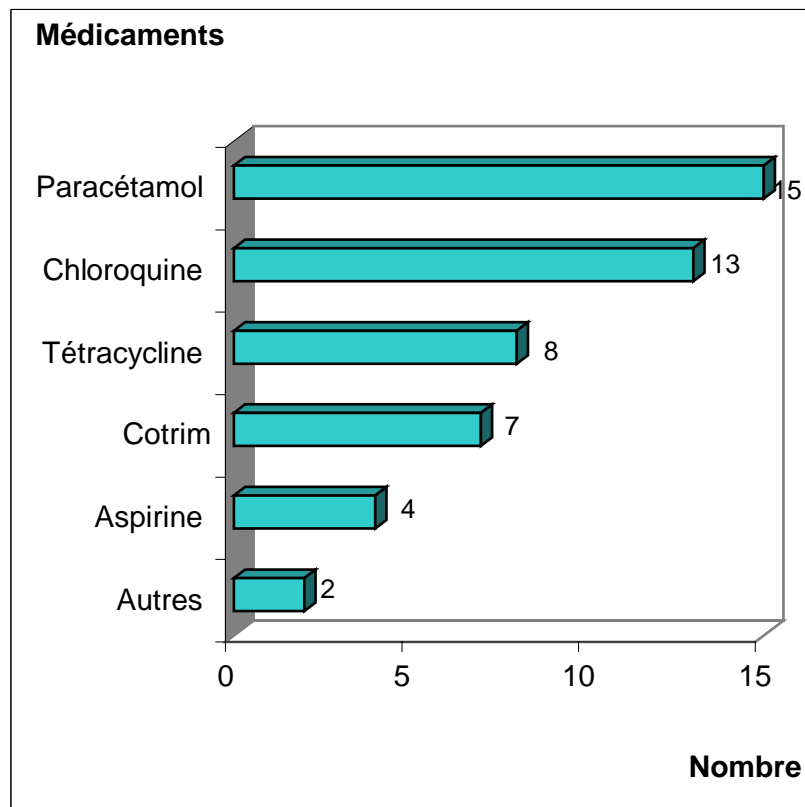


Figure n° 17 : Diagramme des réponses sur les circonstances d'utilisation des médicaments sans prescription.

TROISIEME PARTIE
COMMENTAIRES, DISCUSSIONS
ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1.1. La méthodologie

L'enquête CAP que nous avons menée dans le Fivondronana d'Anjozorobe utilise la méthode des quota dans la formation de l'échantillon représentatif. L'échantillon est constitué de 210 sujets des deux sexes, âgés de 15 ans et plus ; les sujets proviennent de 10 Firaïsa les plus peuplées du Fivondronana et exercent les professions suivantes : cultivateurs, éleveurs, marchands, chauffeurs, gendarmes, instituteurs, élèves, collecteurs, ménagères et fonctionnaires. Ces professions sont les plus fréquemment remontrées dans la zone d'étude.

1.2. Les résultats de l'étude

1.2.1. *Tranches d'âge et sexe.*

Les 210 sujets qui constituent l'échantillon se répartissent dans 5 tranches d'âge présentées dans le tableau n° 5. Les jeunes âgés de 15 à 34 ans constituent la majorité des personnes incluses dans l'enquête (52,5%). Le sexe masculin représente 63,3% des personnes enquêtées, selon le tableau n° 6.

1.2.2. *Situation matrimoniale et niveau d'instruction*

Selon le tableau n° 7, 33,3% des personnes enquêtées sont mariées légalement. 30,5% sont célibataires et 22,3% vivent en couple libre. Le tableau n° 8 montre la répartition des personnes enquêtées selon leur niveau d'instruction :

- 31,5% sont du niveau primaire,
- 51,4% sont du niveau secondaire,
- 5,7% sont du niveau universitaire,
- 11,4% sont illettrées.

Il s'agit d'un Fivondronam-pokontany où le niveau d'instruction de la population est supérieur à ceux de beaucoup d'autres.

Ici par exemple, ce niveau d’instruction moyen et relativement élevé par rapport à d’autres zones rurales, fait que des gens croient savoir mieux que les autres le diagnostic et le traitement de certaines maladies et ont confiance à l’automédication.

1.2.3. Répartition des formations sanitaires et domicile des personnes enquêtées

Le tableau n° 9 montre les communes domiciles des personnes enquêtées : les Fokontany les plus concernés sont respectivement :

- Anjozorobe
- Ambatomanoïna
- Ambongamarina
- Ambohibary
- Antanetibe
- et Betatao

Le tableau n° 10 montre que dans chaque commune où habitent des enquêtées existe au moins une formation sanitaire :

Exemple :

- Anjozorobe :
1 CHD₁, 1 CSB₂, 1 CSB₁ et 2 Formations sanitaires privées ou FSP.
- Mangamila :
1CSB₂, 1 CSB₁
- Ambongamarina
2 CSB₂, 1 F.S.P.

Le tableau n° 11 ; montre que la répartition des formations sanitaires selon leur type et leur nombre dans le Fivondronana d’Anjozorobe se présente comme suit :

- CHD₁ : 3 %
- CSB₂ : 49%
- CSB₁ : 25%
- F.S.P : 23%

1.2.4. Connaissance des médicaments

Le tableau n° 12 montre qu'à la question « citez trois médicaments que vous connaissez » les réponses se répartissent comme suit :

* Paracétamol	: 207 fois
* Aspirine	: 182 fois
* Cotrim	: 83 fois
* Chloroquine	: 74 fois
* Tétracycline	: 58 fois
* Furosémide	: 13 fois
* Autres médicaments	: 13 fois

Les médicaments les plus cités sont le paracétamol, l'aspirine, le cotrim, et la chloroquine.

1.2.5. Attitude

Le tableau n° 13 montre qu'à la question « Que faites vous en cas de maladie ? », les réponses sont :

- Voir un médecin	: 51,4%
- Aller à l'hôpital	: 3,4%
- Aller à la pharmacie	: 19%
- Autres réponses	: 26,2%

D'après ces résultats, 19% des personnes enquêtées utilisent des médicaments sans prescription en cas de maladie.

1.2.6. Pratique

➤ Le tableau n° 14 montre qu'à la question « utilisez-vous des médicaments sans prescription médicale ? », les réponses sont :

- « Oui »	dans 23,1% des cas
- « Non »	dans 76,9% des cas

➤ Le tableau n° 15 montre qu'à la question « si oui quand ? donnez 3 maladies » les réponses sont :

- Fièvre : 45 fois
- Diarrhées : 27 fois
- Toux : 31 fois
- Céphalées : 24 fois
- Autres : 20 fois

Les maladies les plus en cause sont (pour l'automédication) la fièvre, les diarrhées et la toux.

Tant que ces symptômes ne présentent pas un caractère de grande gravité, l'automédication suffit pour la plupart des gens, instruits ou non.

➤ Le tableau n° 16 montre qu'à la question « Quels produits utilisez-vous ? » les réponses sont :

- Paracétamol dans 31,3% des cas
- Chloroquine dans 25,9% des cas
- Le tétracycline dans 16,2% des cas
- Le cotrim dans 15,1% des cas
- L'aspirine dans 7% des cas
- Autres médicaments dans 4,5% des cas

➤ Les médicaments les plus utilisés en automédication sont apparemment :

- Le paracétamol
- La chloroquine
- Le tétracycline
- Et le cotrimoxazole

2. SUGGESTIONS

D'après les résultats de notre étude, 19 à 23,1% des personnes enquêtées pratiquent l'automédication. Pour une meilleure stratégie de consommation des médicaments, nos suggestions portent sur :

- une campagne d'IEC sur le danger de l'utilisation des médicaments en automédication, (inefficacité, toxicité, création de résistance etc)
- une meilleure couverture sanitaire,
- la non ouverture de dépôts de médicaments dans les endroits où il n'y a, à proximité ni médecins ni formations sanitaires.

2.1. Campagne d'IEC

- Le personnel de santé au niveau du service de santé de district d'Anjozorobe doit mener une campagne d'IEC sur le danger de l'utilisation des médicaments en automédication. La campagne d'IEC doit être menée au niveau de toutes les communes d'Anjozorobe comme le district de santé compte 12 communes et que à chaque commune contient au moins 3 Fokontany, le nombre de séances d'IEC par commune doit s'élever au minimum à 3 séances par commune par semestre. Ainsi, chaque Fokontany du district de santé d'Anjozorobe, bénéficierait au moins d'une séance d'IEC par an.

- La population doit être informée sur la date de péremption des médicaments, sur le fait qu'une conservation à domicile des produits pharmaceutiques risque d'abîmer les médicaments, et sur le fait qu'une utilisation incorrecte peut être dangereuse. (23)

- La population doit savoir que pour une utilisation sûre des médicaments, il faut la prescription d'un médecin ou d'un personnel médical qualifié. Ceci veut dire aussi qu'à chaque maladie, il faut voir un médecin ou aller au centre de santé. (Figure n° 18)

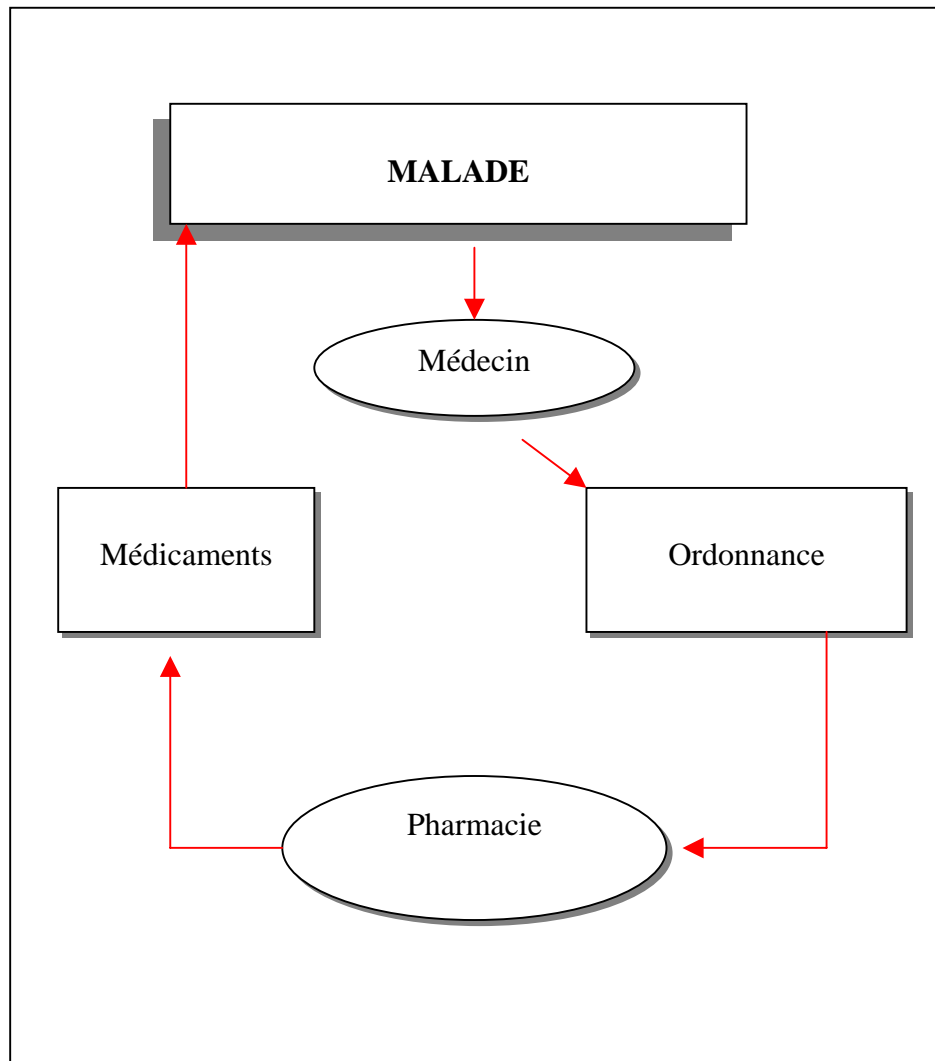


Figure n° 18 : Schéma de l'utilisation des médicaments.

2.2. Une meilleure couverture sanitaire

- Le contenu de la campagne d'IEC précédemment proposé ne peut être applicable que dans la mesure où la couverture sanitaire est acceptable, c'est-à-dire que toute la population se trouve à moins de 5 kilomètres d'une formation sanitaire ou d'un cabinet médical.
- Nous proposons donc l'encouragement de la mise en place de formations sanitaires publiques ou privées dans les endroits indiqués par les normes d'accessibilité ou sinon, l'installation d'un cabinet médical privé.
- Dans ces formations sanitaires ou cabinet médical (propharmaciens) doivent exister les médicaments qui correspondent aux besoins de santé de la population à des prix accessibles pour tous. (Figure n° 19)

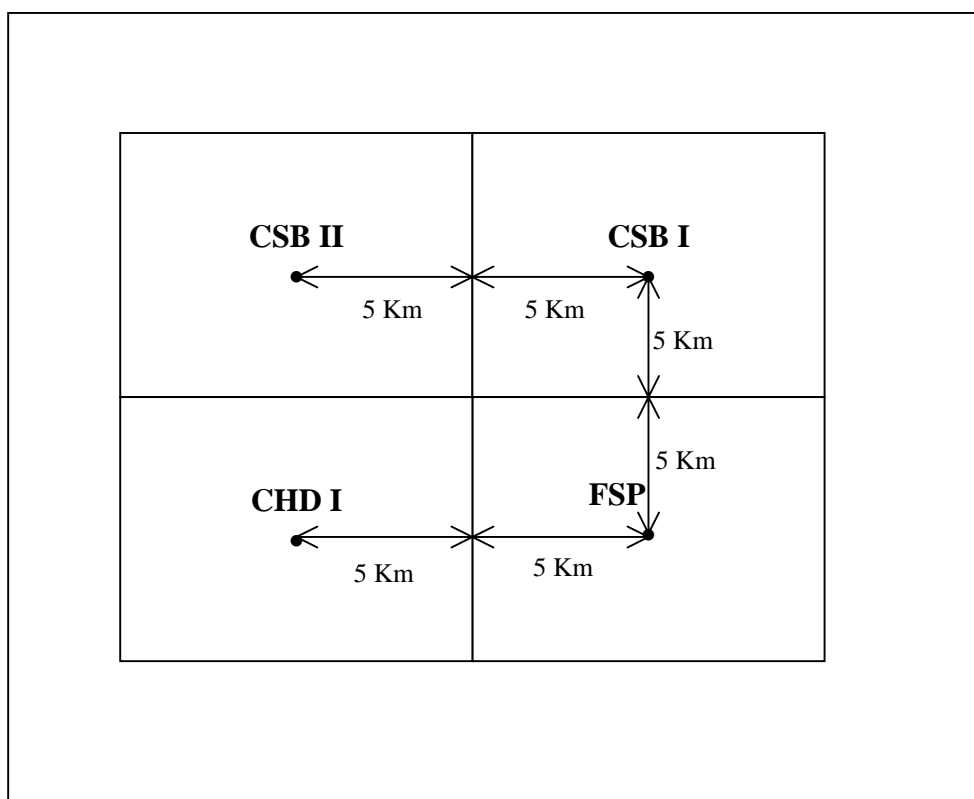


Figure n° 19 : Situation des formations sanitaires selon les normes d'accessibilité.

2.3. La non ouverture de dépôts de médicaments dans les endroits où les formations sanitaires et les cabinets médicaux font défaut

○ Le décret n° 62.046 du 24 Janvier 1962 relatif à l'exercice et à l'organisation de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme et de pharmacien à Madagascar stipule dans le titre V chapitre II article 81.

○ Dans les localités où il n'existe pas d'officine ou en cas d'insuffisance d'approvisionnement, le Ministre de la santé publique pourra autoriser temporairement les formations sanitaires administratives à délivrer à la population les médicaments prescrits par ordonnance, à titre onéreux, au prix de vente au public, tels que définis par la réglementation en vigueur.

Titre V, chapitre VI des dépôts de médicaments, article 101

○ Les dépôts de médicaments sont destinés, en l'absence d'officine de pharmacie, à pourvoir aux besoins de la population en médicaments et pansements de première nécessité.

L'ouverture régulière d'une officine rend automatiquement caduque toute autorisation d'ouverture de dépôt de médicaments sis dans un rayon de 5 kilomètres, sauf dérogations spéciales accordée par le Ministre.

Article 102

L'autorisation de détenir un dépôt de médicaments est accordée par arrêté du Ministre de la santé publique sur proposition de l'inspecteur de la pharmacie à la direction générale de la santé publique.

Article 103

Un arrêté du Ministre de la santé publique et de la population fixera le nombre des dépôts de médicaments à autoriser en raison de l'importance de la population desservie, les conditions à exiger des postulants, les conditions de fonctionnement des dépôts, la liste des médicaments autorisés, ceux-ci étant obligatoirement fournis par les pharmaciens diplômés résidant sur le territoire. (24)

Ces textes et réglementations encore en vigueur que nous avons sciemment cités sont actuellement dépassés. Il faudrait les réviser et les adapter à la situation actuelle afin de favoriser une distribution et une utilisation des médicaments conformes à la santé de la population.

Néanmoins, il conviendrait de voir pourquoi il existe des ventes clandestines de médicaments ? pourquoi les gens y ont recours, quel que soit leur niveau d'instruction ? Les pouvoirs publics auraient également intérêt à faire vérifier par des sondages la qualité de ces produits grâce à la Société Générale de Surveillance (SGS) et/ou à un laboratoire national de contrôle de qualité qui mérite création et opérationnalité.

CONCLUSION

Afin de mieux cerner l'importance de l'automédication dans la population, nous avons mené une enquête CAP dans le Fivondronana d'Anjozorobe dans le domaine de la consommation des médicaments sans prescription médicale.

Les résultats obtenus par notre étude montrent que 19 à 23,1% des personnes enquêtées pratiquent l'automédication pour des raisons diverses notamment, l'éloignement des formations sanitaires et l'inaccessibilité financière limitée en égard au contenu des prescriptions. La consommation des médicaments sans prescription médicale est pourtant dangereuse pour la santé et peut même devenir mortelle, car source d'inefficacité, chronicité, toxicité, résistance aux germes pathogènes.

Pour une meilleure consommation des produits pharmaceutiques, nous avons proposé trois lignes stratégiques qui sont les suivantes :

- Une campagne d'Information - Education et Communication ou IEC sur le danger de l'automédication. La campagne devrait être menée au niveau des Fokontany du Fivondronana d'Anjozorobe par le personnel du service de santé de district ou par des organisations non gouvernementales qualifiées.
- Une amélioration de la couverture sanitaire pour que la population ait accès aux formations sanitaires dans tout le territoire de la République de Madagascar.
- Une révision des textes et réglementations en vigueur afin de favoriser la distribution et la consommation des produits pharmaceutiques conformes à la santé de la population.

BIBLIOGRAPHIE

1. Brisset C. La santé dans le Tiers-Monde. Ed. La découverte. Le Monde, 1984 : 251.
2. Fattorurso V. Des médicaments essentiels pour le Tiers-Monde. Edition Santé du Monde, Genève. OMS, 1981 ; 3 : 34.
3. Velasquez G. L'industrie du médicament et le Tiers-Monde. Edition l'Harmattan, 1983 : 207.
4. OMS. Médecin traditionnelle et couverture des soins de santé. Genève, OMS, 1983 : 335.
5. Rosny Eric. DE. L'Afrique des guérisons. Edition Les Afriques Karthala, 1992 : 223.
6. Gentilini M. Médecine tropicale. Médecine sciences. Flammarion, 1993 : 77-89.
7. Foster S. Drager N. Comment assurer le succès des systèmes communautaires de vente de médicaments. Forum Mondial de la santé. Genève, OMS, 1988 ; 9 : 212-218.
8. Greenhalgh T. Drug prescription and self medication in India : an Exploratory survey, Editor social science and medicine, 1987 ; 3 : 25.
9. Dumoulin J. Kaddar M. Velasquez G. Accès aux médicaments et financement. Analyse financière et économique de base. Genève, OMS, 1991 : 13-69.
10. Howard L.M. Ou trouve l'argent pour donner la santé pour tous d'ici l'an 2000. Forum Mondial de la santé, 1981 ; 2 : 27-35.
11. Stinson W. Possibilités et limites du financement par les communautés, Forum Mondial de la santé, Sierra Léone, Afrique, 1984 ; 5 : 135-138.
12. Abel. Smith B. Leiserson A. Les politiques de santé réexaminées en fonction des problèmes du développement, Forum Mondial de la santé, Sierra Léone, Afrique, 1980 ; 12 : 168-180.

13. Hardon A.P. The use of modern pharmaceuticals in a Filipino village : Doctors Prescription and self medication. Editor social science and medicine, 1987 ; 3 : 25.
14. Farsin D. Farsin E. La santé publique sans l'Etat, participation communautaire et comités de santé au Sénégal. Revue Tiers-Monde, 1989 ; 30 : 120 – 122.
15. Velarquez G. Médicaments et financement des systèmes de santé dans les pays du Tiers-Monde. Revue Tiers-Monde, 1989 ; 118 : 30.
16. Abel – Smith B. Health economies in developing countries, Journal of tropical Medecine and Hygiene, 1989 ; 92 : 229-241.
17. Ellis R.P. The Revenue Generating Potential of Users Fees in Kenyan Government health Fucilities. Soc. Sci. Med, 1987 ; 25 : 995-1002.
18. Moon O.R. Vers l'équité des soins de santé. Edition Santé du Monde, 1986 : 20-21.
19. Min. Econ. Plan. Régions et développement. Faritany Antananarivo Madagascar. PNUD. Dirasset, 1991 : 145-209.
20. Dabis F. Drucker J. Moren A. Epidémiologie d'intervention, Arnette, 1992 : 79-137.
21. Lwanga S.K. Lemeshow S. détermination de la taille d'un échantillon dans les études sanométriques : Genève, OMS, 1991 : 84.
22. Hennekens C.H. Buring J.E. Epidemiology in medicine. Boston : Little. Brown, 1987 : 383.
23. De Landsheerc V. De landsheere G. Définir les objectifs de l'éducation. Presse Universitaires de France, 1977 : 22.
24. Min San. L'exercice et l'organisation de la profession de médecin, chirurgien dentiste, de sage-femme et de pharmacien à Madagascar. Décret JOURN. Imp. Mad., 1962 ; 62-046 : 259.

VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-mianatra 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 ampanatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaimpoana 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 anton-javatra 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 lalàn'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 mahatanteraka 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 : RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO PAUL

Name and first name : ANDRIAMANANTSOA Veloharinosy Lovalalaina

**Title of the thesis : “THE SELF-MEDICATION IN THE MEDICAL SECTOR
OF ANJOZOROBE”**

Heading : Public Health

Number of figures : 19 Number of pages : 42 Number of tables : 16

Number of appendix : 00 Number of diagrams : 07 Number of photographs : 00

Number of bibliographical references : 24

SUMMARY

“The self-medication in the medical sector of Anjozorobe” is a survey that has for objective to determine the place of use without prescription of medicines by communities in order to suggest a better strategy of medicine consumption.

The survey has been led under shape of CAP investigation in the Fivondronana of Anjozorobe from a representative sample determined by the method of the quota. Results of the investigation show that 19% to 23,1% of people investigated exercise the self-medication. Reasons are multiple: remoteness of health centers, inaccessible cost of the prescribed product at the level of the sanitary formations. Products the more used are the chloroquine, the paracetamol and the tetracycline.

In order to improve the pharmaceutical product consumption we suggested:

- A campaign of information - Education and Communication or IEC on the danger of the self-medication. This campaign should be led at the level of fokontany by the staff of the District Health Service.
- An improvement of the sanitary cover and the permanent existence (availability) of the essential medicines at the level of sanitary formations.
- A revision of texts and reglementations so that medicine distribution points are available there where prescriptors exist.

**Key-words : Self-medication - medicines - distribution –
consumption - security.**

Director of the thesis : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Reporter of the thesis : Professor RAMAKAVELO Maurice Philippe

Address of author : VAB 155 Anjozorobe (107)

Nom et Prénoms : ANDRIAMANANTSOA Veloharinosy Lovalalaina

**Titre de la thèse : « L’AUTOMEDICATION DANS LE SECTEUR
MEDICAL D’ANJOZOROBÉ »**

Rubrique : Santé publique

Nombre de figures : 19 Nombre de pages : 42 Nombre de tableaux : 16

Nombre d’annexes : 00 Nombre de diagrammes : 07 Nombre de photos : 00

Nombre de références bibliographiques : 24

RESUME

« L’automédication dans le secteur médical d’Anjozorobe » est une étude qui a pour objectif de déterminer la place de l’utilisation sans prescription des médicaments par les communautés afin de suggérer une meilleure stratégie de consommation des médicaments.

L’étude a été menée sous forme d’enquête CAP dans le Fivondronampokontany d’Anjozorobe à partir d’un échantillon représentatif déterminé par la méthode des quota. Les résultats obtenus par l’enquête montrent que 19% à 23,1% des personnes enquêtées pratiquent l’automédication. Les raisons sont multiples : éloignement des centres de santé, coût inaccessible des produits prescrits au niveau des formations sanitaires. Les produits les plus utilisés sont la chloroquine, le paracétamol et la tétracycline.

Afin d’améliorer la consommation des produits pharmaceutiques nous avons suggéré trois axes stratégiques :

- Une campagne d’Information – Education et Communication ou IEC sur le danger de l’automédication. Cette campagne devrait être menée au niveau des fokontany par le personnel du Service de Santé de District.
- Une amélioration de la couverture sanitaire et l’existence (disponibilité) permanents des médicaments essentiels au niveau des formations sanitaires.
- Une révision des textes et réglementation en vigueur pour qu’on dispose des points de distribution des médicaments là où il y a des prescripteurs.

Mots clés : Automédication – médicaments – distribution – consommation – sécurité.

Directeur de thèse : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Rapporteur de thèse : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

Adresse de l’auteur : VAB 155 Anjozorobe (107)