

FACULTÉ DE DROIT, DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, DE GESTION ET DE
MATHÉMATIQUES, INFORMATIQUE ET APPLICATIONS

DÉPARTEMENT ÉCONOMIE

MÉMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME DE MAÎTRISE ÈS
SCIENCES ÉCONOMIQUES

**ANALYSE DU DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR
DE LA SANTÉ DE LA RÉGION ATSIINANANA**

Présenté et soutenu par :

Deborah Nomenjanahary RAKOTONDRAFARA

Promotion : 2014-2015

Sous la direction de :

Encadreur Pédagogique

Monsieur Andrianasy Angelo

DJISTERA

Enseignant chercheur à l'Université de
Toamasina

Encadreur Professionnel

Monsieur Jocelyn TSIRAVA

Chef de Cellule des suivis et
d'évaluation en DRSP Atsinanana
Toamasina I

Octobre 2016



UNIVERSITÉ DE TOAMASINA



FACULTÉ DE DROIT, DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, DE GESTION ET DE
MATHÉMATIQUES, INFORMATIQUE ET APPLICATIONS

DÉPARTEMENT ÉCONOMIE

MÉMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME DE MAÎTRISE ÈS
SCIENCES ÉCONOMIQUES

ANALYSE DU DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ DE LA RÉGION ATSIANANANA

Présenté et soutenu par :

Deborah Nomenjanahary RAKOTONDRAFARA

Promotion : 2014-2015

Sous la direction de :

Encadreur Pédagogique

Monsieur Andrianasy Angelo

DJISTERA

Enseignant chercheur à l'Université de
Toamasina

Encadreur Professionnel

Monsieur Jocelyn TSIRAVA

Chef de Cellule des suivis et
d'évaluation en DRSP Atsinanana
Toamasina I

Octobre 2016

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

GLOSSAIRE

INTRODUCTION..... 1

PREMIÈRE PARTIE : L'ORGANISATION STRUCTURELLE ET

FONCTIONNELLE DU SECTEUR DE LA SANTÉ..... 4

CHAPITRE I : L'ÉVOLUTION DES ACTIVITÉS DE SOINS À MADAGASCAR..... 5

SECTION I : LE MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE 5

SECTION II : LES ENJEUX DU SYSTÈME DE SANTÉ 10

SECTION III : LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTÉ DE LA
REPRODUCTION..... 17

CHAPITRE II : LA STRUCTURE SANITAIRE DE LA RÉGION ATSIANANANA..... 23

SECTION I : LES GÉNÉRALITÉS SUR LA RÉGION..... 23

SECTION II : LE CADRE SANITAIRE DE LA RÉGION ATSIANANANA 31

SECTION III : LES STRUCTURES ORGANISATIONNELLES DE LA DRSP 37

DEUXIÈME PARTIE : L'ANALYSE DES CONTRAINTES DU DÉVELOPPEMENT

DU SYSTÈME DE SANTÉ..... 43

CHAPITRE I : L'ÉTUDE MICRO-ÉCONOMIQUE SUR LA DEMANDE DE SANTÉ .. 44

SECTION I : LE CHOIX DE CONTACT MÉDICAL 44

SECTION II : L'ÉTUDE DE LA DEMANDE DES SERVICES DE SANTÉ..... 51

SECTION III : LA PRATIQUE DE LA DÉONTOLOGIE 57

CHAPITRE II : L'ÉTUDE DE LA GESTION DES RESSOURCES DU SYSTÈME DE
SANTÉ 64

SECTION I : LES RESSOURCES FINANCIÈRES..... 64

SECTION II : LES RESSOURCES HUMAINES 74

SECTION III : LES RESSOURCES MATÉRIELLES ET ÉQUIPEMENTS 82

CONCLUSION..... 89

BIBLIOGRAPHIE 91

ANNEXES..... 94

LISTE DES ILLUSTRATIONS 99

TABLES DES MATIÈRES 100

REMERCIEMENTS

La réalisation de cet ouvrage est la consécration de la fin du second cycle de notre cursus universitaire. Ce présent mémoire n'aurait pu être réalisé, sans la participation active de certaines personnes, à qui nous adressons notre profonde reconnaissance.

Nos premiers remerciements vont aux enseignants du département d'économie de l'Université de Toamasina, qui ont su nous dispenser des connaissances, pendant notre parcours universitaire. Notre gratitude va plus particulièrement à l'honneur de notre encadreur pédagogique, Monsieur **Andrianasy Angelo DJISTERA**, enseignant chercheur à l'Université de Toamasina, qui a bien voulu manifester avec plaisir, de nous encadrer, malgré ses multiples responsabilités. De même, nous tenons à remercier également Monsieur **Jocelyn TSIRAVA**, chef de cellule et des suivis en DRSP Atsinanana Toamasina I, pour les conseils qu'il nous a prodigué tout au long de ce travail, ainsi que le temps qu'il nous a consenti ; tout cela nous a été d'une utilité précieuse.

L'enquête menée dans cet ouvrage nous a fourni beaucoup de connaissances sur la région Atsinanana, surtout dans le cadre de la Direction Régionale de la Santé Publique. Nous apportons nos remerciements à toute l'équipe de cette direction, de nous avoir accordé un temps précieux, pour notre intégration dans la vie professionnelle, et aussi aux médecins qui ont accepté de se soumettre à cette enquête.

Nous dédions nos chaleureux remerciements à tous les membres de notre famille, en particulier nos parents, pour leurs soutient moral, financier et matériel, durant nos études, et d'avoir été présent à nos côtés, pendant cette période, parfois difficile.

Enfin, nous remercions aussi nos amis et toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin, à l'aboutissement de ce travail de mémoire.

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

AC	: Agent Communautaire
AMI	: Assistance Médicale Indigène
BIT	: Bureau International du Travail
CDT	: Centre de Dépistage et de Traitement
CEFOM	: Centre d'Etude et de Formation en Multimédia
CHRD	: Centre Hospitalier Régional de District
CHRR	: Centre Hospitalier de Référence Régionale
CHSP	: Comité d'Hygiène et de la Santé Publique
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNOH	: Commission National d'Organisation Hospitalière
CoGe	: Comité de Gestion
CoSan	: Comité de Santé
CREDES	: Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé
CSB	: Centre de Santé de Base
DIR	: Direction Inter-Régionale
DIU	: Dispositif Intra-utérin
DRSP	: Direction Régionale de la Santé Publique
DSRP	: Document Stratégique pour la Réduction de la Pauvreté
EMAD	: Équipe Managériale de District
ENSOBD	: Enquête National pour le Suivi des Objectif de Millénaire pour le Développement
FANOME	: Fond d'Approvisionnements Non-stop en Médicaments Essentiels
FS	: Formation Sanitaire
GAVI	: Global Alliance for Vaccination and Immunization
GIS	: Gestion de l'Information Sanitaire
IDH	: Indice de Développement Humain
INSTAT	: Institut National de la Statistique
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MFB	: Ministère des Finances et de Budget
MID	: Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à efficacité Durable
MINSAP	: Ministère de la Santé Publique
OFCE	: Observatoire Français des Conjonctures Économiques
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PASSOBA	: Programme d'Appui aux Services Sociaux de Base
PCA	: Paquets Complémentaires d'Activité
PDSS	: Plan de développement du Secteur Santé
PhaGeDis	: Pharmacie de Gros de District
PhaGeCom	: Pharmacie à Gestion Communautaire
PMA	: Paquet Minimum d'Activité
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNS	: Politique National de Santé
PRMP	: Personne Responsable des Marchés Publics
PSRSIS	: Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire
PTA	: Plan de Travail Annuel
PTF	: Partenariats Techniques et Financiers
PVVIH	: Personne Vivante avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
RMA	: Rapport Mensuel d'Activité
SDSP	: Service de District du Secteur de la Santé
SMGSSE	: Service de la Maintenance, du Génie Sanitaire et de Santé Environnementale
SPAT	: Société du Port à gestion Autonome de Toamasina
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SIG	: Système d'Information et de Gestion
SIRAMA	: Siramamy Malagasy
SIS	: Système d'Information Sanitaire
SR	: Santé de la Reproduction
SSD	Secteur de la Santé de District
TIC	Technologie de l'Information et de la Télécommunication
UGPM	Unité de Gestion et de Passation des Marchés Publics
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	United States Agency of International Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO	World Health Organization

GLOSSAIRE

Artériel : est un terme qui donne un sens à une artère qui est un vaisseau qui conduit le sang du cœur aux autres tissus de l'organisme.

Budget : est un document récapitulatif des recettes et des dépenses prévisionnelles déterminées et chiffrées pour un exercice comptable à venir.

Chirurgie : est un ensemble de techniques médicales consistant en une intervention physique.

Déontologie : est la théorie éthique qui affirme que chaque action humaine doit être jugée selon sa conformité à certains devoirs.

Diagnostic : est une démarche à partir de laquelle, un expert ou un spécialiste évalue un bâtiment, selon des indicateurs ou des critères propres à l'objet de l'étude

Esperance de vie : est une mesure statistique qui mesure l'état de santé d'une population.

Mutuelle : est un terme désignant la réciprocité entre deux ou plusieurs personnes.

Pathologie : est la science qui a pour objet, l'étude des maladies et notamment leurs causes et leurs mécanismes.

Prévalence : ensemble des cas de maladies, enregistrés sur une population donnée sans considération du temps.

Usager : est un nom donné à une personne qui utilise un bien ou un service public.

INTRODUCTION

Seule une personne saine et en bonne santé peut contribuer au développement du pays et s'adapter à tout niveau de mutation technologique, à la croissance et au développement économique. L'économie du bien-être désigne une branche de la théorie néoclassique, qui étudie les différents états de l'économie, sous l'angle du bien-être social (niveau de satisfaction atteint par les individus). A partir de la théorie de Pareto¹ (1908) et Pigou² (1908), il devient un état qui touche à la santé. Pour cela, ils présentent la santé comme la convergence des notions de bien-être.

Ainsi, la santé revêt une importance vitale pour tous les êtres humains dans le monde. Quelles que soient nos différences, la santé est notre bien le plus précieux ; une personne en mauvaise santé ne pourra pas profiter de sa vie. Dans sa constitution de 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme étant « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement à une absence de maladie ou d'infirmité ».

À Madagascar, le secteur santé constitue un secteur prioritaire pour le gouvernement. Ce secteur ne se limite pas uniquement au ministère de la santé et planning familial, mais comprend tous les acteurs en matière de santé, y compris le privé, les partenaires financiers et techniques, les associations et ONG, les opérateurs économiques. Sa performance conditionne l'aide budgétaire apportée par les bailleurs de fonds au gouvernement.

Par ailleurs, comme tous les Etats membres des Nations Unies, Madagascar concourt à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), dont cinq sur huit objectifs concernent directement la santé, entre autres, l'amélioration de la qualité de service et de la sécurité alimentaire, l'élimination des principales maladies, le renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA, la mise en œuvre d'une stratégie efficace de planning familial, la réduction de la mortalité infanto-juvénile, maternelle et néonatale, et l'approvisionnement de la population en eau potable³.

La politique nationale de santé est un des documents stratégiques du Ministère chargé de la santé, qui sert à la planification de tous les projets et programmes de développement

¹Vilfredo Pareto, Economiste et sociologue italien, théoricien néoclassique (1848-1923)

²Arthur Cecil PIGOU, Economiste anglais, théoricien néoclassique (1877-1959)

³ Malika DELASSALE, « Madagascar : un nouvel élan, de nouvel défi », Madagascar 2007, Ed.CERIC, P.220

sanitaires depuis 2005. Ses axes principaux sont la décentralisation, la participation communautaire, et le recouvrement financier de la population dans le monde rural. Parmi l'administration du système de santé, le niveau périphérique est la plus proche des gens à bas revenu.

La majorité des Malagasy vivent dans des conditions vulnérables, ainsi, ils sont incapables de disposer la mise en valeur de leur capacité individuelle, qui leur permettrait de se soustraire à la pauvreté et de vivre pleinement¹. Malgré les efforts du gouvernement, la santé de la population reste faible, surtout dans les zones périphériques. Alors, la question se pose : comment fonctionne le développement du secteur de la santé, en tenant compte des obstacles qui empêchent cette population à avoir une vie sanitaire pleine ? C'est pour cette raison que nous avons choisi le thème « Analyse du développement du secteur de la santé de la région Atsinanana ».

L'objectif de notre étude est d'essayer de mettre en exergue la raison de l'inefficacité des politiques stratégiques du gouvernement, dans le processus de développement du secteur de la santé.

Pour ce faire, nous avons collecté des données récentes auprès de la Direction Régionale de la Santé Publique Atsinanana. Ensuite, nous avons effectué une étude bibliographique afin d'appuyer théoriquement nos assertions. Enfin, pour de plus amples informations, nous avons également mené des recherches sur internet.

Notre travail de recherche se divise en deux grandes parties, qui comportent chacune deux chapitres. La première partie s'intitule organisation structurelle et fonctionnelle du secteur de la santé, tandis que la deuxième partie est intitulée analyse des contraintes du développement du système de santé. Dans la première partie, l'évolution des activités de soins à Madagascar, les structures sanitaires de la région Atsinanana sont traitées. Quant à la deuxième partie, elle est focalisée sur l'étude microéconomique de la demande de santé et l'étude sur la gestion des ressources du système de santé.

¹ Malika DELASSALE, « Madagascar : un nouvel élan, de nouvel défi », Madagascar 2007, Ed. CERIC, P.212

**PREMIÈRE PARTIE : L'ORGANISATION
STRUCTURELLE ET FONCTIONNELLE DU
SECTEUR DE LA SANTÉ**

CHAPITRE I : L'ÉVOLUTION DES ACTIVITÉS DE SOINS À MADAGASCAR

L'évolution des activités des soins à Madagascar est connue à travers l'intervention du pouvoir public dans ce domaine. Pour améliorer la santé de la population, le gouvernement Malagasy a mis en place un Ministère en charge de la santé, du système pour pouvoir activer ses politiques stratégiques, et enfin une politique nationale sur la santé de reproduction. Le représentant de l'État dans le secteur de la santé c'est le Ministère chargé de la Santé Publique.

SECTION I : LE MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le pouvoir public exerce une influence importante et étendue sur les avantages que son peuple peut avoir sur le plan du-bien-être. Comme les autres activités publiques, le soin médical à Madagascar a son historique et régit par des codes législatifs, que montre le paragraphe suivant dans le cadre administratif.

§ 1 : Le cadre administratif

A- L'historique des soins médicaux à Madagascar

a) Une médecine traditionnelle vers une médecine moderne

La genèse de la conception du soin est connue à travers la pratique des médecines traditionnelles, dans la société Malgache. Au temps où régnait la monarchie, la croyance du peuple reposait sur le savoir des « guérisseurs », des devins ou sorciers appelés « mpisikidy ou mpimasy » ; ce sont des experts pragmatiques, dans l'observation des maladies et l'utilisation des plantes. À l'époque, il n'y avait pas de ministère propre pour la santé publique, l'assistance médicale était confiée à des organismes charitables, qui assumaient la guérison selon leur propre moyen¹.

En 1862, des missionnaires protestants arrivent à Madagascar et ils pénètrent pour la première fois à Toamasina » (chef-lieu de la région Atsinanana d'aujourd'hui). Ce sont des missionnaires médecins et ils se sont rendu compte que pour surmonter l'influence des guérisseurs traditionnels des peuples, ils mettent en place l'instruction générale et médicale. Ils ont construit en 1864, le premier établissement sanitaire de Madagascar, l'« hôpital d'Analakely ».

¹ Blanche Nirina RICHARD, *Hôpital et système de soins de santé à Madagascar*, L'Harmattan 2005, P.17

b) Pendant la colonisation

La colonisation a débuté le 16 novembre 1896, et à partir de ce jour, les colons ont désorganisé toute forme de structure existante, au détriment de leurs organisations. Le General Gallieni fut gouverneur Général de Madagascar de 1849 à 1916. Dès sa prise de fonction, il prend en main diverses responsabilités administratives et porte surtout une attention particulière au domaine de la santé publique.¹En 1897, ouverture de l'école de médecine pour la formation des médecins auxiliaires. En 1899, fondation d'une école Institut Pasteur, pour la prophylaxie de la variole et de la peste, qui étaient des maladies mortelles à cette époque. A la tête du protectorat, il institua l'assistance Médicale Indigène (AMI) pour soigner les malades, lutter contre les endémies, les épidémies et enfin pour favoriser la natalité infantile très élevée en ce moment-là. L'AMI délivrait des soins et des médicaments gratuits.

La constitution de Madagascar du 29 Avril 1959, amena le Président de la République Philibert Tsiranana au pouvoir. Différents Ministères ont été mis en place, y parmi le Ministère de la Santé Publique, par le décret N°59-153.

La législation sanitaire à Madagascar comprend un nombre varié de textes législatifs et réglementaires dont certains sont obsolètes, mais restent en vigueur. Ainsi, un des éléments essentiels de cette législation est l'ordonnance N°62-072 du 29 septembre 1962, portant codification des textes législatifs concernant la santé publique.

B- La législation sanitaire

a) Le code de santé²

Ce code comporte huit livres, demeure à ce jour la référence réglementaire principale dans le domaine de la santé à Madagascar. Sa mise à jour a été jugée prioritaire par le Ministère de la Santé Publique, mais on attend. Le premier livre traite de la protection générale de la santé publique, c'est-à-dire des contrôles sanitaires aux frontières aériennes et maritimes, de la lutte contre les épidémies liées à des mesures de prévention et enfin, des

¹ Stephan Dimby RALANDISON, *Bilan des efforts dans l'amélioration de la formation médicale à Madagascar*, Université de la faculté de médecine de Tananarive, Madagascar 2003, P.12

² Blanche Nirina RICHARD, *Hôpital et système de soins de santé à Madagascar*, L'Harmattan 2005, P.31-33

règlements sanitaires obligatoires et des sanctions propres à chaque préfecture. Le deuxième livre définit les conditions de l'exercice légal des professions médicales (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et infirmier) ainsi que des auxiliaires médicaux (masseur kinésithérapeute, pédicure, opticien lunetier). Le troisième livre définit les médicaments et les conditions d'ouverture des officines et des conditions générales d'exercice de la profession de pharmacien, et des rôles de pharmacien. Le quatrième livre traite des institutions de la santé publique. Il définit l'organisation de l'ensemble des services médicaux administratifs, prévoit la mise en place de la commission Nationale d'Hygiène et de la Santé Publique (CNHPS), constituée par le Comité Supérieur d'Hygiène (CSH) et le Comité National d'Organisation Hospitalière(CNOH). Le cinquième livre traite de la création, de l'ouverture, de la suppression, de la fermeture des hôpitaux, hospices, maternité, postes d'accouchement et dispensaires. Le sixième livre présente la lutte contre les fléaux sociaux : comme le vaccin BCG. Le septième livre présente la protection sanitaire de la famille et de l'enfance avec obligation périodique des visites médicales scolaires. Le dernier livre traite des laboratoires d'analyses qui ne peuvent être ouverts, sans l'autorisation du Ministère chargé de la santé, après avis du CHSP. Tout manipulateur de produit d'origine microbienne doit déclarer, par contrôle, son identité, sa fonction, ainsi que les substances manipulées. »

Parallèlement, plusieurs textes ont été promulgués, par exemple, ceux sur les PVVIH (Personne Vivante avec le VIH), sur les FANOME ou la pharmacie à gestion communautaire au niveau des centres de santé de base CSB.

En tant que meneur d'un ministère, la raison d'être du MINSAP est d'accomplir ses attributions envers le peuple.

b) Les missions et attributions de MINSAP

Dans le cadre de la politique Générale de l'Etat défini par le gouvernement, le Ministère de la Santé publique conçoit, élabore et met en œuvre la Politique Nationale de Santé, et le Programme de Développement du Secteur Santé en conformité avec les dispositions des lois n°2011-002 du 15 juillet 2011 et n°2011-003 du 01 août 2011, sus visées, afin de réduire toute forme d'exclusion sanitaire. D'après l'article 02 du décret ministériel n°2015 concernant l'attribution du Ministre de la santé publique, le Ministère de la santé publique est chargé d'exécuter les directives gouvernementales en matière de santé publique, d'assurer la synergie des politiques sectorielles concourant à l'amélioration de la santé de la

population et à la sécurisation des initiatives des partenaires, et de créer une plate-forme multisectorielle pour la mise en place d'un système de mutualisation, en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle minimisant les risques financiers et les barrières à l'accès des soins.

À part son cadre administratif, les soins médicaux à Madagascar sont axés sur l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, par l'intermédiaire des différentes stratégies mises en œuvre. Le paragraphe suivant montre le cadre politique et stratégique du MINSAP.

§ 2 : Le cadre politique et stratégique : le PDSS

A- Les axes prioritaires

Le développement sanitaire d'un pays dépend de la performance de sa politique, qui doit être claire et réalisable. La politique doit servir aussi à tout un chacun une vie socialement et économiquement productive avec un niveau de santé qui répond aux besoins de la population. Afin de mener une stratégie concernant l'encadrement des activités lié à la réduction de la pauvreté au niveau du secteur santé, des documents ont été élaborés tels que la PNS (2005), et le DSRP (2008).

Ces deux stratégies servent de référence pour le PDSS de 2007 à 2011, qui a été réactualisé en 2014 par le PDSS de 2015 à 2019 et le CDMT. Ce plan est axé plus particulièrement sur les priorités sanitaires, concernant la santé de la population. Cette priorité a été fixée comme suit : la valorisation des ressources humaines, le renforcement de la décentralisation du système de santé, à travers le transfert de compétence et des mécanismes de financement de santé suffisant et stable, la mise en place d'une offre de soins équilibrés et intégrés, ainsi que sa répartition équitable sur l'ensemble du territoire, l'intensification des activités de promotion de santé, de prévention et de lutte contre les maladies, l'amélioration du management du service de la santé et de la qualité des soins¹.

B- Les axes spécifiques

Le PDSS est l'un des objectifs encourus par le Ministère afin d'atteindre l'OMD. C'est à partir de 2007 que ce plan a été mis en œuvre, mais à cause du problème politique que le

¹MINSAP, Plan de Développement du Secteur Sanitaire, Tananarive 2011-2014, P. 15

gouvernement a subis en 2008, l'élaboration de ce plan reste suspendue.

Alors, compte tenu des efforts et de la prise de conscience du Ministère, avec l'appui des partenaires technique et financiers, la réactualisation de la PDSS a été effectuée en 2014. Avec l'aide des bailleurs de fonds, les points suivants sont spécifiques à l'amélioration de la qualité des soins de la population, surtout dans des zones les plus enclavées. Ils sont de l'ordre de six, cités ci-après :

L'amélioration de l'offre de service intégré à la qualité des soins à tous les niveaux :

Il s'agit de rendre plus facile l'accès des populations aux soins de qualité, surtout dans les couches vulnérables. Au niveau des services du district, il y a ce qu'on appelle PMA ou Paquet Minimum d'Activités, où tous les services de santé de base consignent leur rapport d'activités, en simplifiant la lecture de cette fiche, afin de juger les points forts et les points faibles. Au niveau central : il est essentiel de développer les disponibilités de différentes ressources financières et matériaux aux soins médicaux, et de renforcer la capacité productive du système de santé, ainsi que les politiques mises en œuvre.

La stimulation de la demande pour une meilleure utilisation des services de santé à tous les niveaux

C'est dans le but d'une forte utilisation des structures sanitaires par la population, tels sur les centres de santé de base que sur les centres hospitaliers ; cela concerne aussi l'appui à l'éducation de la santé et le suivi de la réalisation de la promotion de la santé, afin de stimuler la demande de soins.

Le renforcement de la gestion du système de santé

C'est d'assurer la performance managériale sur l'organisation du système de santé, rendre visible le principe de transparence à tous les niveaux. Améliorer la capacité des systèmes d'informations de la structure pyramidale de la santé, en intégrant le sous-système existant, comme le GESIS des formations sanitaires et de la gestion des ressources humaines.

L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant

Il s'agit de la qualité des soins maternels et néonataux, avec l'utilisation des équipements conformes aux normes, et surtout au niveau des CSB. Il y a aussi l'accès de la

population au planning familial ; un élargissement en nombre des personnels de santé.

Par exemple : Le recrutement de 600 paramédicaux, y compris les sagefemmes.

Il y a aussi l'objectif de la réduction du taux de mortalité infantile, et de préserver l'enfant contre la malnutrition.

Le renforcement de la lutte contre les maladies.

Il s'agit de l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des principales maladies, telles que le paludisme, la tuberculose, l'IST/SIDA. L'action concernée est la distribution des MID de façon continue, pour protéger de la conséquence de la piquûre des moustiques ; il y a aussi le renforcement de la facilité de l'adhésion des patients au traitement normal de la maladie tuberculose.

Promouvoir le comportement sains et la protection de la santé¹:

Le fait d'avoir un environnement sains et durables, valorise la participation aux processus de rendre la santé de la population en meilleure qualité, assure l'accès à l'eau potable et aux services de l'assainissement de chaque localité, protéger les faunes et les flores, améliorer la gestion de risque et de catastrophes.

Le Ministère de la Santé Publique est un organisme qui priorise la santé de la population et il a comme raison d'être de faire fonctionner le secteur santé dans le territoire avec ses stratégies et politiques nationales bien organisées. La performance d'une réalisation de la politique stratégique dans le domaine de la santé est visible par la mise en œuvre de système de santé. Nous allons voir les enjeux de ce système dans la section suivante.

SECTION II : LES ENJEUX DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le système de santé se définit comme l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières, ainsi que les institutions et les activités destinées à assurer la promotion, la protection et la réhabilitation de la santé de la population².

¹ MINSAP, Plan de Développement du Secteur Sanitaire, Tananarive 2011-2014, P. 04

² MINSAP, Politique Nationale de Santé, Tananarive 2005, P.15

§1 : Aspect sur le système de santé

A- Les objectifs du système de santé

a) Les objectifs relatifs aux politiques stratégiques de MINSAP

Toutes les démarches opérationnelles effectuées au niveau des services de santé, surtout dans les districts, sont tirés d'un document appelé PTA ou Plan de Travail Annuel, qui varie, chaque année, selon les besoins de la population. Les objectifs du Ministère concernant le système de santé sont les suivants : la mise en place du système de santé de district (SSD) qui s'attache au renforcement des soins et des services de santé périphériques, l'amélioration de la lutte contre la maladie, l'augmentation de l'inadéquation des partenariats et de la participation communautaire, le renforcement de l'action intersectorielle concertée dans le cadre de l'eau potable et de l'assainissement, de la nutrition et de l'alimentation de base, ainsi que l'amélioration de l'éducatons des mères et des adolescents.

b) Les objectifs relatifs aux principales maladies

Autre les programmes prioritaires, des politiques et des stratégies nationales sont aussi mises en place pour les principales maladies. Il est mentionné ici le plan stratégique national sur le paludisme, la politique nationale de la santé de la mère et de l'enfant, de la santé de reproduction, le plan stratégique national de la lutte contre le VIH/SIDA.

Le paludisme : est une maladie qui frappe la plupart de la population à Madagascar, c'est la cause la plus répandue de la mortalité, surtout dans les zones enclavées ; les enfants moins de cinq ans et les mères enceintes sont les plus touchés. Scientifiquement, dans la plupart des cas, ce sont les moustiques femelles qui transportent cette maladie dans le corps humain. D'après les politiques stratégiques du MINSAP concernant la santé publique, la mise en place des actions prioritaires pour lutter contre cette maladie est essentielle. Les activités prioritaires sont les suivant une activité de prévention et lutte conte le vecteur de paludisme en distribuant gratuitement et universellement le MID de façon continue et poursuite des campagnes d'Aspersion Intrans-Domiciliaire, dans les zones ciblées ; une activité curative dans la prise en charge des paludéens, en renforçant le diagnostic et le traitement correct des cas de fièvres pour chaque tranche d'âge, et à tous les niveaux, y compris les niveaux périphériques.

Quant à la maladie comme la tuberculose, les plus touchées ce sont la population

rurale. Afin de lutter contre cette maladie, le MINSAP fixe les objectifs suivants : décentraliser les centres de diagnostic, de traitement et les centres de dépistage, améliorer les suivis et l'évaluation des activités, augmenter le taux de dépistage, réduire la charge à la morbidité. Il y a quelque CHRD public et privé qu'on peut trouver des CDT (Centre de Dépistage et de Traitement de la Tuberculose).

Concernant les MST ou Maladie Sexuellement Transmissible : ce sont les adolescents qui en sont victimes. L'effort fait par le MINSAP est une opportunité pour ces jeunes, afin de pouvoir éradiquer cette maladie. Les objectifs relatifs à ce genre de maladie se présentent comme suit, l'amélioration des capacités de prévention et de prise en charge du VIH Sida et de l'IST, l'amélioration de l'accès aux sources de prévention des infections à VIH, le renforcement de la capacité des SSD et de la communauté à mener des activités de surveillance efficace, y compris la surveillance aux frontières.

B- L'administration des niveaux du système de santé

Sur le plan administratif, on distingue trois niveaux de services de santé, comme premièrement, le niveau central, qui se charge la coordination générale du secteur santé, la normalisation, le développement des ressources humaines et les priorités de la politique nationale. Deuxièmement, le niveau régional ou intermédiaire qui soutient et assure le fonctionnement du secteur sanitaire, dans le district, et enfin le niveau périphérique ou district qui comporte le service de santé de base et les services hospitaliers de district.

a) Au niveau central

Le service sanitaire du MINSAP suit une structure descendante. Il est regroupé autour du cabinet du Ministre, ayant à sa tête le Secrétaire Général. L'organisation du MINSAP est composée de différentes directions et de services, du niveau central jusqu'au niveau périphérique. En matière de santé, tous les services rattachés et les directions sont placés sous l'autorité du Ministre de la Santé Publique. Des fonctions et attribution relatives à quelques services dans l'organisation du MINSAP se présentent comme suit :

- ◆ Le Secrétaire Général : selon l'article 5 du décret ministériel de l'année 2011, assure, sous l'ordre du Ministre de la Santé Publique, la coordination des actions des responsables du Ministère de la Santé, plus précisément, il est secondé le Ministre dans l'exercice de ses fonctions

administratives. Il est aussi chargé de diriger et de superviser les actions du Directeur Général de la Santé.

- ◆ Le Directeur Général de la Santé : est chargé d'exercer les missions de conception, de coordination, de contrôle et de suivi de l'évolution du niveau de santé de la population, et d'exécuter les directives du Ministre de la Santé Publique, dans la réalisation de la politique gouvernementale en matière de santé communautaire.
- ◆ Le Directeur du système d'information : est chargé d'assurer le bon fonctionnement et l'équipement des matériaux informatiques et techniques du Ministère de la Santé Publique.
- ◆ Le Directeur de la Santé Familiale : est le responsable de l'amélioration de la santé des mère-enfant et de l'accès des familles aux services de planning familial.
- ◆ Le Directeur Régional de la Santé Publique : est le représentant du Ministre de la Santé au niveau de la région. Il est chargé de la coordination de la mise en œuvre des politiques gouvernementales, des activités de services de santé de district.

Concernant la lutte contre les maladies, chaque direction relative à la lutte contre certaines maladies tient aussi de grandes responsabilités envers la population victimes de cette maladie.

- ◆ La Direction de la Lutte contre le Paludisme est chargée d'assurer la responsabilité d'organiser, de suivre et d'évaluer les actions de Lutte contre le Paludisme, d'une manière harmonisée, à tous les échelons du système de santé, et entre les directions techniques (promotion, prévention, diagnostic, traitement du paludisme) et de coordonner le développement du partenariat multisectoriel et décentralisé.
- ◆ La Direction de Lutte contre la Tuberculose_a comme fonction de suivre et d'évaluer les actions de lutte contre la Tuberculose, de façon bien organisée, à tous les intervenants du système de santé et entre les directions techniques (promotion, prévention et prise en charge) et d'harmoniser le bon fonctionnement du partenariat, dans différents secteurs et aux périphériques.

- ◆ La Direction de Lutte contre les IST/SIDA est chargée d'organiser, d'accomplir, de constater les activités de lutte contre les IST/SIDA, en harmonisant tous les besoins du système de santé, et aussi entre les directions techniques, comme la prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant, le conseil, le dépistage, le diagnostic, le traitement des infections sexuellement transmissibles et la prise en charge médicale des PVVIH (ou soins et traitement).

b) Le système de santé régionale et de district

Du côté régionale, ce niveau de système a comme rôle principal d'assurer l'encadrement dans le domaine de la santé du district. C'est le représentant de l'autorité centrale en matière de santé de la population au niveau périphérique. Il met en œuvre des stratégies prioritaires. Parmi les priorités en matière de santé publique, la préoccupation générale de la politique de décentralisation est axée sur l'amélioration des services de soins au niveau périphérique. Les services sont constitués selon les trois catégories suivantes : Centre de Santé de Base ou CSB, les Centres Hospitaliers de Référence de District CHRD, qui forment le service de 1^{er} recours, et le Centre Hospitalier Universitaire CHU combiné au Centre Hospitalier de Référence Régional CHRR qui forment le service de santé de 2^{ème} recours.

Suivant le décret du Ministère de la santé publique, le Service de District de la Santé Publique (SDSP) est structuré comme suit :

1. Bureau de Santé de District BSD
2. Centre Hospitaliers de Référence de District CHRD
3. Centre de Santé de Base CSB
4. Cellule de Suivi et d'Evaluation des Performances CSEP

Concernant les établissements de soins, elles sont à l'ordre de trois, entre autre, le CSB, le CHRD, le CHU et CHRR.

➤ Le CSB

C'est le centre qui assure le premier contact avec les usagers, avant de passer aux centres hospitaliers de districts ou même de référence en cas de nécessité. En 2010, le Ministère chargé de la Santé Publique a recensé 3 219 CSB dont 2 546 sont des CSB publics

à Madagascar.

➤ Le CHRD

Le CHRD constitue le deuxième échelon du système de santé. En ne tenant pas compte les chirurgies, il assure le paquet complémentaire d'activité ou PCA ; mais doté d'une intervention chirurgicale, il représente les hôpitaux de 1^{er} recours ou premier niveau de référence. Il est installé en général au niveau du chef-lieu de district. Il comprend : les CHRD I ou centre hospitalier de référence de district de niveau 1 assurent les références médicales venant des CSB, avec des traitements, en excluant le service chirurgical, dirigé par des médecins chefs. Le CHRD II ou centre hospitalier de référence de district de niveau II qui prennent en charge les diagnostics des maladies, jusqu'aux interventions chirurgicales. Pour le cas de Madagascar, il existe 63 CHRD I et 75 CHRD II en 2011.

➤ Le CHU et CHRR

Ils représentent les centres de services de santé de 2^{ème} recours. C'est le troisième échelon du système de santé. Ce sont des hôpitaux de deuxième référence et de deuxième niveau. Ce sont des établissements réservés aux consultations externes de référence, les examens complémentaires, en vue de confirmer les diagnostics de la maladie traitée, la prise en charge médicale, comme les chirurgies spécialisées et les urgences. Ils ont installé uniquement au niveau du chef-lieu de la région.

L'utilisation d'information fiable et disponible en temps opportun assure le bon fonctionnement du système de santé. Nous allons maintenant parler du système d'information sanitaire du MINSAP.

§ 2 : Le système d'information sanitaire

Le système d'information se définit comme la gestion de la transmission des renseignements ou des informations basées sur les données recueillies auprès de la population.

A- Présentation du SIG/RMA

a) La Définition

Le SIG/RMA est un système de gestion de suivi et d'évaluation des rapports d'activités des formations sanitaires des districts, par l'intermédiaire d'un logiciel appelé

GESIS ou Gestion de l'Information Sanitaire¹. Un des moyens de transmission des données, surtout au niveau des districts, c'est l'application d'un outil informatisé connu sous le nom de logiciel GESIS.

Le mot information est utilisé pour théoriser des choses pratiques, relevant de la réalité de la perception. Selon G. Akerlof² 1970, dans son travail « les marchés avec asymétrie d'information », l'information est un outil de décision qui affecte la décision économique d'un agent quelconque. La performance d'un système de santé est mesurée à partir des indicateurs qualitatifs ou quantitatifs obtenues au niveau des formations sanitaires de chaque catégorie de la structure sanitaire. Suite au Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire PSRSIS 2013/2017 et à d'autres intervenants de la SIS ; l'objectif à atteindre c'est de disposer de plusieurs informations de qualité, du système de santé pour la prise de décision et pour mener des actions. À partir de 2010, afin de satisfaire les besoins en information, pour les indicateurs spécifiques, et pour faciliter le traitement de données obtenues à partir des rapports d'activité, deux stratégies ont été adoptées par le MINSAP : la mise à jour périodique du Système d'Information et de Gestion/Rapport d'Activité Mensuel SIG/RMA qui sont des outils de gestion, et la mise en place d'un RMA complémentaire.

b) Son intérêt pour le développement sanitaire

Le Ministère a appliqué ce système, pour pouvoir collecter des données nécessaires, afin de faire un bilan et une analyse des faits, avant de prendre des décisions au niveau des formations sanitaires des districts. L'objectif de la mise en place de ce système est d'alléger la disposition des informations et des indicateurs des données sanitaires, pour avoir une gestion d'informations fiables, et pour renforcer l'efficacité de la coordination de l'exploitation des données impliquant les principaux intervenants et les utilisateurs de ce système. Selon G. Akerlof 1970, l'économie de l'information est un facteur d'orientation économique qui vise à expliquer des phénomènes auparavant inexpliqués ou attribués à des causes externes. C'est une interférence des gouvernements.

Les étapes du processus de l'information de la collecte des données à la prise de décision se sont montrés dans le paragraphe suivant.

¹ Centre d'Etude et de Formation en Multimédia (CEFOM), Formation sur l'utilisation des logiciels GESIS, Madagascar 2012.

² George Arthur AKERLOF, Économiste américain, Professeur à l'Université de Californie à Berkeley

B- Le circuit du système d'information

a) Le traitement de GESIS.

C'est un système basé sur des soins de santé primaire et une nouvelle version 2010 appliquée au SIG/RMA, à tous les niveaux du système de santé. Les cibles sont toutes les formations sanitaires. Les types de rapport périodique gérés par le GESIS sont, soit mensuels, soit hebdomadaire, soit trimestriel ou annuel. Les catégories de rapport existant sont pour le RMA CSB, c'est le GESIS CSB ; pour le RMA CHRD, c'est le GESIS CHDR et pour le RMA CHU/CHRR, c'est le GESIS CHU/CHRR. Le chef CSB est le responsable de la traduction des données recueillies à partir du registre de la consultation externe en version papier. Il est à la charge du Chef CSB de collecter toutes les informations concernant la répercussion de la politique gouvernementale auprès du CSB, leur situation sanitaire, les points forts et les points faibles et de les traduire dans un papier, d'abord, et après il les envoie auprès du secrétaire du SSD, pour les saisir et les transcrire en version électronique. Une fois que ce dernier est fini, il les transmet auprès de la DRSP pour la compilation et la sélection, avant de les envoyer au niveau central. Après un traitement et une étude de cas, le centrale émet des programmes verticaux afin de réhabiliter et d'améliorer ce qui est biaisé, en envoyant le Rétro-Information ou RI à chaque trimestre.

Le volet sur la santé de la reproduction tient une grande place dans la santé de la population à Madagascar. Nous allons l'aborder, pour terminer le chapitre concernant l'évolution de soins à Madagascar, dans la section suivante.

SECTION III : LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

La majorité des cas de problème de santé surtout dans les pays doté d'une population jeune comme Madagascar est la contrainte sur la santé de la reproduction. L'Etat pris en charge afin que toute personne puisse accès aux soins de la maladie provoqué par la santé de reproduction. Dans cette section, nous allons voir le principe de la santé de reproduction et après l'intervention publique dans ce genre de santé.

§ 1 : Le principe de la santé de la reproduction

A- La notion de la santé de la reproduction

a) Définition

Du côté de la biologie, la santé de la reproduction c'est le bien-être général d'une personne, tant physique que mental, en tant qu'être humain, concernant le fonctionnement de l'appareil génital. C'est l'ensemble des méthodes, des techniques et des services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation, en prévenant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser à chacun concernant ce domaine. Elle concerne presque la catégorie, genre de la personne.

b) La vision

La santé de la reproduction vise à aider les concernés à choisir la méthode de régulation efficace de la fécondité, permettant aux couples d'avoir accès aux services de santé et aux enfants d'obtenir des soins de qualité, ainsi qu'aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse. Ainsi, elle dispense des conseils et soins relatifs à la procréation et aux infections sexuellement transmissibles.

On peut classer la santé de la reproduction comme un moyen pour réduire la mortalité maternelle, car sa vision est centrée sur les quatre stratégies suivantes :

- ◆ Utilisation des méthodes modernes de la contraception ;
- ◆ Un accouchement assisté par un personnel de santé qualifié ;
- ◆ une disponibilité des obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- ◆ Un accès à l'information en matière de santé de la reproduction.

Concernant le droit à la santé de la reproduction, tous les individus sont égaux en droit et en dignité de bénéficier de soins de santé de la reproduction performante, surtout les enfants qui ont le droit d'être soignés par leurs parents, en évitant le risque de mortalité ; c'est pourquoi l'Etat doit prendre sa responsabilité, en protégeant ce droit, et en mettant en œuvre différentes stratégies et politique dans ce domaine.

Nous passons maintenant aux offres de soins de la santé de la reproduction, relatifs au programme du MINSAP.

B- Les Offres de soins de service de la santé de la reproduction

a) Les soins obstétricaux et néonataux

Il s'agit des soins apportés aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le soin des nouveaux nés. Ils visent à prévenir les problèmes qui peuvent se produire pendant et après la grossesse, détecter les états anormaux, et d'apporter l'assistance médicale, en cas de besoin. L'un des objectifs du MINSAP concernant la réduction de la mortalité maternelle et infantile est de mettre à disposition des Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence ou SONU, des Soins Obstétricaux Néonataux de Base ou SONUB, au sein des CSB, et enfin des Soins Obstétricaux Néonataux Complets ou SONUC au sein des CHRD, pour améliorer l'offre de soins de services en la matière.

b) Le service de planning familial

C'est une méthode de régularisation des comportements utilisés par chaque personne en matière de sexualité, et de relation entre les couples, ainsi que la santé des adolescents. La théorie Malthusienne (1978) sur l'essai de la population montre que l'accroissement de la population plus rapide que la croissance économique est un signe de la pauvreté. Il faut alors réguler le nombre de la population. En suivant les objectifs de l'État concernant l'utilisation de cette méthode, il existe différents types de mesures pratiques comme l'utilisation des injections contraceptives ou pilules, l'abstinence sexuelle, l'utilisation des condoms, l'implantation de disposition intra-utérin ou DIU.

L'État mobilise sa performance au niveau des offres de soins correspondant, pour pouvoir stimuler la santé de la population, surtout au niveau des couches vulnérables comme les femmes enceintes, les enfants moins de 5 ans et les adolescents. Le paragraphe suivant montre la priorité de l'État dans le cadre de la politique de la santé de la reproduction.

§ 2 : Les prioritaires de la politique de la santé de reproduction

Dans la santé de reproduction, puisqu'il s'agit de la santé qui touche aux femmes, aux enfants et aux adolescents, et aux couples, les soins à offrir dans ce domaine ce sont ceux qui correspondent en général à la santé de la mère et de l'enfant.

A- La santé maternelle

On parle ici de l'aspect de la santé de la femme pendant sa grossesse, son accouchement. En général, ceux qui veulent travailler au niveau des maternités, pensent quelque fois que c'est un poste où l'on peut acquérir des expériences agréables, mais pour les femmes, la maternité est synonyme de souffrance, de la maladie et même parfois de la mort.

Dans la PNS 2011, un des objectifs majeurs de l'État c'est l'amélioration des soins de la santé maternelle, tant en quantité qu'en qualité. Madagascar connaît un point très élevé de taux de mortalité maternelle, qui est de 478/100 000 naissances vivantes en 2012.¹ L'objectif de PDSS en 2015 est de 127/100 000 naissances vivantes ; et cela est sur le point d'être réalisé.²

La mise en place de soins de qualité comme les SONU (Soins Obstétricaux et Néonatale d'Urgence) met en valeur le résultat obtenu sur l'accès des femmes enceintes au service de soins de qualité. Le SONUC s'installe au niveau des centres hospitaliers et le SONUB au niveau des centres de santé de base.

Les principales causes de la morbidité et de la mortalité maternelle sont l'hémorragie, l'hypertension artérielle et les complications de l'avortement. Nous essayons de les appréhender un à un :

- ♦ Sur l'hémorragie. D'après la définition médicale, c'est une perte importante de sang ou des saignements qui continue toujours, et est difficile à arrêter. Le rôle du sang dans notre organe c'est de transporter des oxygènes. C'est l'une des causes de la mortalité maternelle à Madagascar, avec un taux de 20 %, par rapport au nombre total des femmes ayant accouché³.
- ♦ Sur les complications d'avortements. Il s'agit d'un avortement spontané, qui est une perte de l'embryon, avec une fausse couche. C'est l'expulsion du fœtus hors de l'organisme de la mère, suite à une condition de santé de la mère, ou à un trouble de l'accouchement. Cela représente un taux de 16 % par rapport à l'effectif total des femmes ayant accouché à Madagascar.

¹MINSAP, Politique National de Santé, Tananarive 2005, P.15

² MINSAP, Plan de Développement du Secteur Sanitaire 2015-2019, Tananarive 2015, P.31

³ MINSAP, Plan de Développement du Secteur Sanitaire 2015-2019, Tananarive 2015, P.32

- ♦ Sur l'hypertension artérielle : C'est l'augmentation soudaine de la tension de la mère et qui se termine par l'arrêt du cœur et la rupture des artères du cerveau.

L'atteinte de l'OMD, sur la santé maternelle, est un grand effort pour le gouvernement Malagasy. Les objectifs prioritaires ici sont l'amélioration de la qualité des soins maternels, avec une maternité à moindre risque, le renforcement en nombre et en qualité de SONUC, et SONUB afin de répondre aux besoins de la population, l'accès des couches les plus défavorisées, dans les zones périphériques, aux soins maternels de qualité.

L'intérêt de la santé des femmes dans le développement économique est montré par le cercle vicieux de la santé de reproduction suivant : une femme en bonne santé a le plus de chance de s'éduquer, et avec une femme plus éduquée, l'espacement de naissance se produit c'est-à-dire il y a une faible pression démographique. Ce dernier est un des facteurs qui réduisent les dépenses en soins médicaux et assure le développement économique.

L'OMS déclare que l'avenir d'une société est entre les mains des petits enfants, c'est pourquoi il faut assurer leur bonne santé, pour qu'ils aient une longue espérance de vie. Nous allons aborder la santé de l'enfant, dans le sous-paragraphe suivant.

B- La santé de l'enfant

La santé des enfants est très fragile. Ils sont susceptibles d'être victimes de maladies infectieuses, de malnutritions, surtout les nouveaux nés. Les vaccins sont des moyens efficaces pour préserver la santé de l'enfant.

Dans la plupart des cas, à Madagascar, les principales maladies qui peuvent causer la mort de l'enfant sont les suivants : la pneumonie, la maladie diarrhéique, le paludisme, ...

La pneumonie : c'est la maladie de la cage thoracique. Les causes sont très variées comme la pollution de l'air dans l'habitation de l'enfant et ainsi la malnutrition.

La maladie diarrhéique : qui est très répandue dans les pays en voie de développement comme Madagascar.

Le paludisme : est la principale maladie mortelle, car l'utilisation de la moustiquaire imprégnée contre les insecticides est encore limitée dans les zones rurales.

L'État Malagasy priorise la santé de l'enfant, en mettant en place de différentes politiques, des objectifs avec des dispositions de traitements et des préventions efficace pour protéger leur santé. On site, entre autres, les objectifs concernés sont l'amélioration de la santé de l'enfant surtout dans les zones très enclavées, le renforcement des couvertures vaccinales et nutritionnelles et la dynamisation de l'éducation en santé de la mère pour le soin de son enfant.

En matière de santé, le Gouvernement Malagasy s'est fixé comme objectif, l'accès de la population à un service de santé de qualité. Cela est vu à travers l'adéquation du système d'information sanitaire et l'éradication des différentes maladies dont souffre la population, ainsi que la réhabilitation des formations sanitaires des districts, de chaque région de Madagascar. La région Atsinanana est une de ces régions, nous allons constater ses structures sanitaires, dans la suite de notre travail.

CHAPITRE II : LA STRUCTURE SANITAIRE DE LA RÉGION ATSIINANANA

Dans ce chapitre, nous apportons des précisions sur l'organisation de la structure sanitaire de la région Atsinanana via les généralités de ladite région, son cadre sanitaire, et enfin la structure organisationnelle de la direction chargée de la santé publique dans cette région.

SECTION I : LES GÉNÉRALITÉS SUR LA RÉGION

La région Atsinanana présente une spécificité qui la rend différente des autres régions de Madagascar.

§ 1 : Situation géographique

A- Localisation

La région Atsinanana est une des 22 régions de Madagascar. Elle est limitée au Nord par la région d'Analanjorofo, à l'Ouest, par la région Alaotra Mangoro, la région Vakinankaratra, et la région Amoron'i Mania ; au Sud par la Région Vatovavy Fitovinany et à l'Est par l'Océan Indien. Sa façade linéaire mesure approximativement 285 Km, avec une largeur moyenne de 75 Km, sur une superficie de 22 382 Km². La région est liée à la capitale par la Route Nationale (RN2).

Les 7 Districts qui la composent sont : Toamasina I, Toamasina II, Brickaville, Manapotsy, Mahanoro, Marolambo et Vatomandry, qui disposent tous des CSB et quelques CHRD. Les CHU et CHRR ont été implantés uniquement au niveau du chef-lieu de la région.

B- Le climat

Le climat de la côte-Est est dominé par une très forte humidité, et une chaleur constante, avec une température modérée, dont la moyenne se situe entre 18 et 28°C. En 2012, le cyclone « Giovanna » faisait des dégâts énormes dans la région Atsinanana tant humains, environnementaux que matériels (bâtiments administratifs,...). En 2015, c'était plutôt des inondations (montée des eaux) ayant occasionné des lots de sinistrés pour près de 100 toits. Le climat de type tropical chaud et humide présente un impact sur la santé de la population. Des fortes et terribles pluies qui se succèdent très fréquemment inondent toutes les villes de la région, surtout à Toamasina (une ville très plate). La gestion des eaux de

pluies, des déchets urbains et le ramassage des ordures restent une source de problème pour la région à cause du manque de canaux d'évacuations d'eau, de l'incivisme des gens qui jettent et posent des déchets n'importe où. Par ailleurs, cette stagnation de l'eau partout, avec des ordures, assure la multiplication des moustiques, mouches, microbes, rats,...qui sont les vecteurs et intermédiaires de nombreuses maladies et des infections.

Si telle est la situation géographique, nous entrons maintenant dans le prochain paragraphe, concernant la situation socio-économique de la région.

§ 2 : La situation socio-économique

A- Le concept démographique

La situation démographique est une des facteurs importants pour apprécier le développement économique d'une localité quelconque. Elle intervient sur la vie sociale, la vie politique et surtout la vie sanitaire d'une population. La région compte 1.420.289 habitants pour 22.382km² qui se répartissent sur les 7 districts ou les 86 communes. Les 70% des habitants de la région sont tous des betsimisaraka, on y trouve aussi des immigrants composés des Merina, Betsileo, tsimihety,... et même des étrangers. C'est une région cosmopolite, par la présence effective de personnes de nationalité diverse, facilitant l'entrée des maladies sexuellement transmissibles. Le tableau suivant montre la densité de la population de chaque district de la région, mesurée à travers la surface de leurs territoires.

Tableau N° I : La densité de la population de la région Atsinanana énuméré par district

District	Superficie	Population	Densité (Hab. /Km ²)
Toamasina I	2 8 km ²	289 737	102,16
Toamasina II	5 063 km ²	282 616	55,82
Brickaville	5 297 km ²	198 370	37,45
Vatomandry	2 732 km ²	179 418	65,67
Mahanoro	3 857 km ²	251 551	65,22
Marolambo	3 764 km ²	157 762	41,91
Manampotsy	1 641 km ²	60 834	37,07
Région	22 382 km ²	1 420 289	63,46

Source : DRSP Toamasina, 2014

Le district de Toamasina I dispose de la densité la plus forte, par rapport aux autres

districts, avec 102,16Hab/Km². Cela est dû au système d'agglomération rencontré dans cette ville. Les différentes infrastructures existantes, comme les sociétés commerciales semi-privées, les centres hospitaliers de référence régionale, avec une économie performante, attirant les immigrants à s'y installer ; et il y a un effet d'entraînement. Le district de Manapotsy connaît une densité de 37,07Hab/Km² qui est la plus faible de tous les autres districts, due à son enclavement causé par le mauvais état de la route rendant difficile le transport des produits et même des médicaments. La distribution de la population, par rapport à la superficie de leurs territoires est très inégale dans chaque district de la région. Cela provoque des problèmes pour les administrateurs du secteur de la santé, au niveau de la région, pour gérer la mise en place des centres de santé, répondant aux besoins de la population de chaque district.

L'inégale répartition du nombre de la population mesurée à partir de la structure par âges et par sexe, présente aussi un des volets essentiels de l'étude à caractère démographique. Cela est montré par le tableau suivant.

Tableau N° II : La répartition de la population par âge et par sexe de la région Atsinanana

AGE	HOMME	FEMME	TOTAL
0- 4	17 239	16 516	33 755
5- 9	16 525	16 737	33 262
10-14	15 988	17 117	33 105
15-19	14 026	16 443	30 469
20-24	15 559	17 227	32 786
25-29	14 169	15 773	29 942
30-34	11 209	12 492	23 701
35-39	10 016	10 480	20 496
40-44	9 246	8 503	17 749
45-49	6 422	5 459	11 881
50-54	3 795	3 387	7 182
55-59	2 239	2 404	4 643
60-64	1 472	1 721	3 193
65-69	1 560	2 021	3 581
70-74	878	1 315	2 193
75-79	458	713	1 171
80et +	265	363	628
Total	141 066	148 671	289 737

Source: INSTAT, DIR-Toamasina, 2008

D'après une lecture simple de ce tableau, on remarque que le nombre des femmes trouve des effectifs plus grands que celui des hommes, surtout pour l'effectif des femmes à l'âge de procréer qui est, selon la science biologique, à partir de la puberté, jusqu'aux temps de la ménopause(en général, la puberté commence chez les garçons à l'âge de 13ans, et chez les filles à l'âge de 12ans). Pendant cette période, la santé de la femme est très sensible, car c'est le moment où elle a le plus de chance de tomber enceinte, d'obtenir des maladies sexuellement transmissibles comme les IST/VIH,...Il y a aussi le risque de maladies telle que la fistule surtout chez les femmes rurales, provoqué par l'absence de soin, pour encadrer de près la santé de la femme enceinte.

Ici, le nombre de la population augmente suivant l'évolution de l'âge, surtout entre l'âge de 10 à 59 ans, tant pour les femmes que pour les hommes, par rapport à l'effectif de la population totale. Ce chiffre diminue à partir de l'âge de 60 ans (c'est l'âge de la retraite suivant les normes internationales) où l'être humain commence à s'affaiblir. En effet, il s'agit ici d'une population jeune, avec un pourcentage de 70% de la population totale. Les jeunes aussi sont très sensibles aux maladies surtout concernant la santé de la reproduction. Un des objectifs de la région est de développer la santé des adolescents.

L'effectif des enfants de moins de 5 ans est aussi très distingué ici. On remarque que le nombre des enfants de moins de 10 ans est supérieur à celui du nombre des gens de plus de 60 ans. Cela est dû à la faible utilisation des moyens de limitation des naissances, qui est lié à une forte considération de la coutume et de la religion. La santé de l'enfant est très sensible, surtout aux disparités de la maladie épidémique que la région rencontre souvent, car l'enfant a un anticorps faible par rapport aux adultes, et faciles à attaquer par des maladies.

B- La potentialité économique

La population urbaine se répartit dans toutes les activités professionnelles comme le commerce, la pêche, le tourisme, les transactions douanières et les différents modes et types de transport...Tandis que la majorité plutôt rural, vivent dans l'agriculture (culture de rente, vivrière, industrielle et fruitière,...), l'élevage et la pêche¹. Le grand port de Toamasina I, les deux sociétés d'exploitations minières qui sont implantés dans le district de Toamasina II comme le projet Ambatovy et l'établissement Gallois, donnent une potentialité économique à la région. Il y a aussi le centre hydro-électrique de JIRAMA à Volobe.

¹ Malika DELASSALE, *Madagascar aujourd'hui : un pays ouvert sur l'avenir*, Éd. CERIC, Tananarive 2005, P.187

Avant 2008, le district de Brickaville produisait de la canne à sucre, sous l'impulsion de la société SIRAMA, mais cette société est désormais fermée, et le district perd sa place comme ayant réalisé le record de la production de canne à sucre.

Les sites touristiques valorisent le secteur tourisme de la région. L'insécurité va en grandissant presque dans toute les villes ainsi que la prostitution qui augmente la prévalence des maladies IST/SIDA, et le plus grave encore c'est que ce dernier touche presque les structures de la population par âge et par sexe. On note également un accroissement de la consommation de drogue, d'alcool, de tabac, etc., aggravé par l'émancipation des « Jiromena », que les administrations locales n'arrivent plus à contrôler.

Dans le domaine de l'éducation, les établissements privés et publics participent, d'une manière active, dans l'ensemble du territoire. Le taux de scolarisation est environ 48%. Le problème d'analphabétisme touche certaines localités de Vatomandry et de Mahanoro. Le taux de fréquentation scolaire chez les enfants de 10 à 14 ans est particulièrement bas. En milieu rural, les enfants entrent plus jeunes dans le monde du travail.

Dans le domaine de l'accès à l'eau potable, le chef-lieu de la région présente un taux un peu élevé à l'accès à l'eau potable, tandis que dans les autres districts comme Toamasina II et Mahanoro, la principale source d'eau c'est les puits, les rivières, et le canal de Pangalane, etc., quelque villages disposent de bornes fontaines fabriquées par des associations ou des ONG, mais elles sont plus ou moins sécurisées et servent de l'eau non pur.

Remarque : D'après une enquête auprès des CSB I et CSB II de quelque district de la région, 80% des Centres de Santé de Base puisent leur eau à la rivière et aux puits, afin de les utiliser pour le service de la santé.

a) Le travail

D'après le concept des économistes, le travail est une façon de dynamiser une ressource quelconque, dans le but de l'augmenter. Si une personne a un travail, il peut prendre soin de son bien-être, ainsi que celui de sa famille, à partir d'une contrepartie qu'il gagne en retour.

Selon le BIT, la population active ce sont ceux qui occupent un emploi légal, et arrivent à compenser les besoins des gens qui sont sous leurs charges. Le travail est différent pour chaque individu, selon ses moyens et surtout sa capacité. La plupart des travailleurs dans

le monde urbain occupent des emplois administratifs publics qui sont reconnues formellement, mais cela n'empêche pas l'existence des emplois illicites.

En général, dans les pays en voie de développement, la plupart des activités rémunérées se présente au niveau des marchés noirs. Ces derniers sont faciles à accéder et peuvent échapper à tout genre de prélèvements obligatoires imposés par l'Etat sur tout citoyen. Bon nombre de gens dans les milieux ruraux sont plus concernés par ce travail informel. Le tableau suivant montre le pourcentage des structures institutionnelles de l'emploi existant dans la région Atsinanana.

Tableau N° III : La structure des emplois selon le secteur interprofessionnel (en %)

	Administrations publiques	Entreprises formelles	Entreprises informelles hors agricoles	Entreprises informelles agricoles
Atsinanana	3,2	4,6	19,8	71,6
Madagascar	2,5	3,9	17,7	75,3

Source : INSTAT/DIR-Toamasina/ENEMPSI 2012

Le travail formel se définit comme des emplois pris en compte par l'administration publique et sous la direction du Ministère concerné ; ce n'est pas le cas pour le travail informel. La plupart des entreprises se spécifie dans le domaine du commerce, surtout au niveau de la région Atsinanana. Pour fuir les dépenses lourdes dans le paiement des différentes charges publiques, y compris les impôts et taxes, des Entreprises préfèrent le marché illicite.

À la lecture de ce tableau, le secteur agricole tient une place importante dans les activités de la région Atsinanana, avec un taux de 71,6%, connue informellement. La plupart des activités dans la branche agricole sont donc des activités informelles. Cela montre que l'agriculture est le premier source et moyen de procuration d'argent dans la vie économique des gens. Par rapport à Madagascar, les fonctions dans l'administration publiques sont peu développées, avec 3,2% seulement. L'effectif des Entreprises qui effectue des activités informelles est plus nombreux que celui dans les branches d'activités formelles.

En général, les sociétés légales réclament des capacités et des compétences spécifiques et peuvent servir aux mutations technologiques. Pour y accéder, l'effort en éducation s'avère

un avantage exceptionnel, alors que la majorité de la population qui travaille dans l’informel sont des pauvres agriculteurs ayant un faible taux de scolarisation. Quelques fois aussi, l’ignorance amène à des actions simples et rapides, sans relation avec les systèmes de prélèvement public. La population rurale est des populations qui ont l’habitude de se plonger dans des marchés noirs qui ne tiennent surtout pas de leur bien-être. On peut illustrer ce comportement à partir des branches d’activités occupées par ces gens.

Le tableau suivant indique le pourcentage des gens qui occupent chacun de leur branche, dans les trois secteurs d’activités.

Tableau N° IV : La structure des emplois selon le secteur et la branche d'activité (%)

	Secteur primaire	Secteur secondaire	Secteur tertiaire
Atsinanana	75,8	7,9	19,8
Madagascar	72,3	7,7	19,2

Source : INSTAT/ DIR/Toamasina, 2012

Le secteur primaire assure, en général, l’agriculture, qui est le secteur le plus reconnu, ici, avec un taux de 75,8%. La majorité des Malagasy vivent de l’agriculture dans les milieux ruraux.

Le secteur secondaire englobe les activités dans le domaine industriel, qui ne connaît qu’un taux de 7,9%, le plus faible de tous les secteurs d’activités. La plupart des industries dans la région sont des sociétés commerciales, telles que SPAT, SMMC, Ambatovy, etc. Le trafic industriel de la région se spécialise dans la filière agro-industrielle.

Le secteur tertiaire, comme le commerce, le transport, la santé, l’éducation, etc., connaît un taux de 19,8%. Le dynamisme des activités portuaires, les trafics fluviaux du canal de Pangalane, combiné avec le modernisme de l’aéroport de Toamasina, ont favorisé la performance économique et sociale. Parmi cela, l’activité en matière de santé est ici peu développé, due à la défaillance de l’encadrement sanitaire, tant en formation qu’en équipement. L’éducation, elle aussi, connaît un taux très bas, face aux autres activités, alors que la santé et l’éducation sont des indicateurs essentiels dans l’accroissement de la capacité de l’individu qui les détient, et surtout dans le développement économique durable. La corruption, qui ne cesse être décelée dans la région, est un des facteurs qui bloque l’élévation

du taux de ce secteur.

Le chômage

Le chômage est désigné comme l'absence et la recherche d'un emploi déclaré et rémunéré. Sont chômeurs, ceux qui n'occupent pas un travail, mais sont en train d'en chercher un. On peut classer de chômeurs, les personnes qui vivent du sous-emploies dans l'économie informelle et qui échappent aux procédures de taxation. Le taux de chômage est mesuré par le nombre des chômeurs, rapporté aux effectifs de la population active totale. Le taux de chômage, selon le BIT, au niveau de la région Atsinanana est estimé à 2,8%, avec 1,3% pour celui de Madagascar. Mais en termes de chômage élargi, qui prend en compte le chômage déguisé, au niveau urbain, il est évalué à 15%, tandis qu'en milieu rural, il est de 6%. Cela est dû à l'accroissement des salaires minimums dans ce lieu. En absence ou d'insuffisance de ressources allouées à leurs dépenses, surtout en dépense de santé, la population vit dans des conditions vulnérables.

b) Le revenu

De nombreuses économistes et politiciens affirment que le manque de revenu dans une localité de base est une catastrophe au niveau du développement économique de cette société. Le revenu a une influence sur le bien-être d'un individu, surtout sur sa santé. La manière d'obtenir la valeur en terme réel de cette ressource est différente pour chaque population, c'est-à-dire que le revenu est très inégal pour chaque personne. En général, la variation dépend de la qualification de l'individu dans le domaine du travail. Le revenu peut se présenter sous forme de salaire. Le tableau suivant montre l'inégale répartition des salaires annuels moyens, selon la catégorie socioprofessionnelle.

Tableau N° V : Les revenus salariaux annuels moyens selon la catégorie socioprofessionnelle (En milliers d'Ar)

	Cadre supérieur	Salarié qualifiés	Salariés non qualifiés	Ensembles
Atsinanana	4 361	2 437	1 498	2 277
Madagascar	3 817	2 229	1250	1 813

Source : INSTAT, DIR, Toamasina 2012

Ici, le revenu de la population pour le cadre supérieur moyen est de 4 361 en milliers

d'Ar, contrairement à ceux qui occupent le travail des ouvriers non qualifiés, avec un montant de 1 498 en milliers d'Ar au niveau de la région Atsinanana et c'est le même cas pour Madagascar qui trouve des salaires 3 817 en milliers d'Ar, pour les cadres, et 1 250 en milliers d'Ar pour les non qualifiés. Il y a une grande dispersion et une différence de salaire dans la région, pour dire aussi que le niveau de vie de chacun est très inégal, c'est un des points marquant pour désigner l'indicateur de la pauvreté dans un pays.

En ce qui concerne la théorie du capital humain, la rémunération et l'efficacité productive d'un individu est strictement lié. La prolongation de l'éducation peut conduire à l'augmentation du salaire c'est-à-dire que l'éducation a un bénéfice sous forme de salaire¹. La dotation en capital humain est faible, dans cette région, due à la négligence de l'Etat dans ce domaine ; et cela a une répercussion l'inégale répartition de revenu dans chaque secteur. C'est pourquoi, dans le domaine des dépenses de la santé, ce sont ceux, qui ont des ressources bas, n'arrivent pas à couvrir le coût de la santé. C'est pourquoi la masse populaire dit que « l'hôpital est destiné aux riches ». On peut dire que le panier de revenu de la population, dans la région Atsinanana, est similaire au revenu des ouvriers non qualifiés dans la majorité des cas car la plupart des gens occupent des sous-emplois, avec un salaire très bas et vivent dans l'agriculture.

Malgré la pauvreté constatée dans cette région, elle est dotée d'une capacité économique importante parmi d'autres régions à Madagascar. Nous allons maintenant voir dans la section suivante la structure sanitaire de cette dernière.

SECTION II : LE CADRE SANITAIRE DE LA RÉGION ATSINANANA

Le cadre sanitaire de la région Atsinanana est axé sur la structure sanitaire au niveau de cette région et le concept démographique de la santé de cette dernière.

§ 1 : La structure sanitaire

La structure sanitaire est présentée par les différents services sanitaires existants au niveau de la région. La raison d'être de la Direction régionale de la santé publique est d'assurer le fonctionnement des services de santé dans les établissements de soins.

A- Les établissements de soins

a) Les CSB

Ce sont les formations sanitaires de base pour les premiers contacts : les Centre de Santé de Base CSB1, CSB2. Ce premier niveau des soins comprend le CSB1 et le CSB2. C'est un centre de santé qui assure les soins primaires, c'est-à-dire des soins généraux en opérant un premier contact avec les patients. Les CSB1 ne dispensent que les services de vaccination et les soins de santé de base, et il est dirigé par des infirmiers, accompagnés des aides soignant (e)s. Les CSB2 offrent des soins de maternité et sont sous tutelle d'un médecin titulaire d'un diplôme de doctorat.

En général, la région présente des CSB qui se dispersent dans chaque territoire de ses 7 districts. Le tableau suivant présente le nombre des CSB1 et CSB2 fonctionnels existants dans tous les districts de la région Atsinanana, tant public que privé.

Tableau N° VI : L'effectif des CSB 1 et CSB 2 tant public que privé dans la région

	Public fonctionnel		Privé fonctionnel	
District	CSB 1	CSB 2	CSB 1	CSB 2
Toamasina I	1	7	-	12
Toamasina II	18	18	3	3
Brickaville	12	17	2	2
Vatomandry	5	20	-	1
Manapotsy	8	5	-	-
Mahanoro	18	13	1	1
Marolambo	23	14	-	1
TOTAL	85	94	6	20

Source : DRSP Atsinanana, 2015

D'après l'examen de ce tableau, dans le domaine public, c'est le district de Marolambo qui dispose du plus grand nombre du CSB1, et après Toamasina II et Mahanoro, avec 18 centres chacun. Contrairement de celui de Toamasina I, avec 1 CSB1 seulement. Au niveau des CSB2, c'est Vatomandry qui détient le record. Du côté privé, Toamasina I est doté de plus de CSB 2 au nombre de 12, par rapport aux autres districts, tandis que Manapotsy ne possède aucun. Le nombre total des CSB 1 publics est de 85 et pour les CSB 2, 94. L'insuffisance en nombre des CSB a un impact négatif sur le soin de la santé de la population.

b) Les CHRD, CHU et CHRR

Les CHRD constituent le deuxième échelon du système de santé. Sans tenir compte des interventions chirurgicales, ils assurent le paquet complémentaire d'activité ou PCA ; mais avec une intervention chirurgicale, ils représentent les hôpitaux de 1^{er} recours ou premier niveau de référence. Le nombre des CHRD, avec sa localité au niveau de la région Atsinanana, est montré dans le tableau suivant.

Tableau N° VII : L'effectif des CHRD 1 et CHRD 2 dans la région tant privé que public

District	Publics fonctionnel		Privés fonctionnel	
	CHRD 1	CHRD 2	CHRD 1	CHRD 2
Toamasina I	-	-	-	3
Toamasina II	-	-	-	-
Brickaville	-	1	-	-
Vatomandry	-	1	-	-
Manampotsy	1	-	-	-
Mahanoro	-	1	-	-
Marolambo	-	1	-	-

Sources : DRSP Toamasina, 2015

Le CHRD ou Centre Hospitalier de Référence de District se présente en deux sous-services : le CHRD 1 dispense des soins de diagnostic simple, hors intervention chirurgicale, tandis que le CHRD 2 fait des diagnostics complets, avec des soins chirurgicaux non compliqués. En tant que complémentaire, le CHRD1 n'assure que la prise en charge des cas des soins médicaux référés par les CSB 2 et CSB 1, alors que le CHRD 2 assure le service chirurgie et la prise en charge des cas multiples, tels que laboratoire, service d'imagerie, banque de sang et permettant aussi le traitement des diagnostics. Ici, le développement de ces hôpitaux reste faible, dans la région Atsinanana, avec un nombre moyen égal à 1 et la majorité sont des CHRD 2. Les secteurs privés ne disposent d'aucun CHRD, sauf dans le district de Toamasina I. L'hôpital public de ce district est dominé par les deux grands centres hospitaliers régionaux CHRR (Analankininina et Morafeno).

Concernant les CHU et CHRR : Ce sont les troisièmes échelons de système de santé. Ce sont des hôpitaux de deuxième référence et de deuxième niveau. Ce sont des établissements réservés aux consultations externes de référence, les examens complémentaires, en vue de confirmer les diagnostics de la maladie traitée, la prise en charge des soins médicaux, les chirurgies spécialisées et les urgences. Ces hôpitaux se trouvent

uniquement au niveau du chef-lieu de la région, plus précisément au cœur de la ville de Toamasina I. Il y a deux types de CHU : CHU Analankininina et CHU Morafeno. Les deux CHRR disposent des différents services, tels que les services de chirurgies, de Maternité, de Pédiatrie, de médecine, des urgences, des laboratoires, des imageries médicales. On y trouve aussi le Centre antirabique et le centre de transfusion sanguine, qui sont les services les plus récentes parmi tous les services existants. Concernant le CHU Morafeno, ses offres sont les services de médecine, les urgences, la stomatologie, le service de la consultation externe, les imageries des scanner à 16 barrettes, radiographie numérique, laboratoire et pharmacie.

Remarque : On le qualifié de CHU, car ce centre hospitalier est rattaché à la disposition des recherches des étudiants de la faculté de médecine.

B- Les pharmacies dans le DRSP Atsinanana

Les services pharmaceutiques sont les services responsables de la vente des médicaments. La gestion du stock au niveau pharmaceutique est assurée par le responsable de la PhaGeDis du district de Toamasina. La PhaGeDis est une pharmacie de district de la région, qui a pour fonction la mise en œuvre des règles régissant la gestion des stocks des médicaments stagnant dans les magasins de stockage. Il existe deux sortes de pharmacies : les pharmacies au niveau des centres de santé et hospitaliers qui sont ravitaillées par la société SALAMA et dispensent en général un médicament à un prix tolérable; il y a les pharmacies privées que l'on trouve dans toute la ville de Toamasina I. Le prix des médicaments auprès de ces pharmacies est différent de celui au niveau des services médicaux publics. La majorité de ces pharmacies périphériques prend et revend des médicaments qui viennent de la PhaGeDis. Ce dernier est spécifiquement pour les ventes en gros, mais non marginales. La région présente 18 centres pharmaceutiques privés, qui se situent tous au cœur de la ville du chef-lieu de la région. Concernant les autres districts, ils disposent de dépôts de médicaments, mais sous la gestion des centres de santé publique.

Pour bien étudier la situation sanitaire de la population au niveau de la dite région, nous allons passer au concept démographique de la santé, dans le paragraphe suivant.

§ 2 : Le Concept démographique de la santé

A- La morbidité

a) La définition

La morbidité est l'ensemble de tout phénomène subi par un individu et le rendant malade. Elle est relative à l'apparition de différentes infections observées chez une personne¹. Le taux de la morbidité est le rapport qui mesure l'incidence et la prévalence d'une certaine maladie, en épidémiologie.

b) Les causes

Les causes de la morbidité dans les pays en développement sont des maladies de différentes sortes. Ici, il s'agit du nombre des individus atteints par une affection, dans une population donnée, et pendant une période déterminée. Nous présentons ci-dessous les sept premières maladies qui dominent dans la région, selon les consultations externes auprès des CSB et CHRDR.

Tableau N° VIII : Les sept principales causes de la morbidité

Principales affections	Total des cas	En %
Toux ou rhume	14 829	14,2
Paludisme simple	79 453	7,6
Affections digestives	31 778	3
Affections cutanées	27 267	2,6
Diarrhées sans déshydratation	23 623	2,3
Ecoulement génital	18 652	1,8
Affection ostéo articulaire	14 893	1,4

Source : DRSP Atsinanana, 2014

On remarque une domination relative de Toux ou rhume qui connaît une proportion relative, la plus distinguée par rapport aux autres. Celle-ci est due à la variation climatique. Le paludisme simple tient la seconde place. L'affection digestive, les affections cutanées et les diarrhées sans déshydratation sont à peu près similaires, avec un taux moyen d'environ 2,5%. Les maladies diarrhéiques sont à redouter à cause des amoncellements des ordures ménagères, partout dans la ville de la région.

¹ Eveline VOLONIRINA, *financement du secteur sanitaire à Toamasina (cas du CHRR Toamasina)*, Mémoire de maîtrise, année 2009, P.30

B- La mortalité

a) Définition

On peut désigner la mortalité comme un arrêt de la multiplication biologique c'est à dire la perte du bien-être, et l'absence de la raison d'être. Pour les sciences médicales, la mortalité est le point le plus culminant des soins, c'est-à-dire la limite de la connaissance scientifique. Il peut aussi prendre une définition comme l'échec des traitements médicaux ou des diagnostics.

b) Les causes

Les causes de la mortalité sont toutes les causes qui peuvent provoquer la mort d'un individu. Les principales causes sont montrées dans le tableau suivant.

Tableau N° IX : Les sept principales causes de mortalité hospitalières au niveau CHRD

Maladies qui causent la mortalité	Maladie absolu en %
Pneumonie grave	8,1
Paludisme grave et compliqué	5,9
Hypertension Artérielle	4,4
Traumatisme obstétrical de nouveau-né	3,7
Maladies métaboliques et endocriniennes	2,9
Affections rénales et génito-urinaire	2,2
Autres maladie mal définies	57,4

Sources : Annuaire Statistique Sanitaires Madagascar, 2010

HTA : Hypertension Artérielle

Mise à part les autres causes qui sont les maladies mal définies, la première cause c'est la pneumonie grave. C'est maladie qui tue beaucoup de personnes au niveau hospitalier de district, avec un taux de 8,1%, par rapport aux taux des personnes morts au niveau de ce CHRD. Elles affectent principalement les enfants de moins de 5 ans, à cause de la fragilité due à la malnutrition et qui ne parviennent pas à fabriquer les anticorps nécessaires. Viennent ensuite, le paludisme grave et compliqué, et les autres affections de l'appareil respiratoire qui représentent 5,9% des morts à l'hôpital. L'affection rénale et génito-urinaire présente les plus faibles taux de la cause de la mortalité hospitalière qui est de 2,2%. Il faut souligner que celle-

ci est un indicateur démographique pour mesurer le rapport entre le nombre annuel des décès, et la population totale moyenne, sur une période donnée, dans un territoire donné. Il renseigne en particulier sur les conditions sanitaires générales d'un pays. Il peut être étudié par classe d'âge comme : le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité juvénile.

L'espérance de vie à la naissance

L'IDH se fonde sur trois critères, entre autre, l'espérance de vie, le niveau de vie, et le niveau d'éducation. La dimension de la santé est évaluée selon l'espérance de vie à la naissance. C'est un des indicateurs statistiques le plus utilisé dans le domaine de la prospective et des projections démographiques pour évaluer le niveau de développement humain d'un Etat.

En 2013, Madagascar est au 151ème sur 187 pays en matière d'IDH, avec une espérance de vie 65 ans. »¹

Le cadre sanitaire de la région s'étend également sur l'organisation structurelle au niveau de la gestion administratif de la DRSP. Nous présentons dans la section suivante, l'organisation des structures sanitaires existantes.

SECTION III : LES STRUCTURES ORGANISATIONNELLES DE LA DRSP

À part les services et les directions rattachés à la DRSP, le SSD est aussi sous sa responsabilité, tant fonctionnelle qu'administrative.

§ 1 : La structure de la SSD

Le SSD est un secteur de la santé des districts qui est le premier responsable des services sanitaires de base du niveau périphérique. Il est composé de personnels techniques et administratifs pour faire marcher le management de ses services.

A- Les responsables techniques

La préoccupation majeure au niveau périphérique c'est le fonctionnement et le développement des activités et des services dans les districts, ainsi que l'inventaire des ressources nécessaires pour son fonctionnement. Les éléments concernant les professionnels

¹ Revue économique sur l'Indicateur du Développement Humain, Madagascar 2015

de santé dans le district sont les BSD, les CHRD, l'équipe d'EMAD, les CSB et le CSEP (Cellule de Suivi et d'Evaluation de Performance). Le BSD est le bureau qui tient compte de ce fonctionnement, animé par l'EMAD ou l'équipe de management de district.

Le Médecin Inspecteur (MI) dirige le SSD. Il a pour mission de diriger et de surveiller le fonctionnement du BSD et assure l'encadrement de la répercussion des politiques de l'Etat et sa mise en œuvre. Il assure directement le fonctionnement des CSB. Il accomplit ses tâches avec le soutien de ses deux collaborateurs qui sont l'adjoint technique et l'adjoint administratif.

Du côté technique : l'adjoint s'occupe du suivi de la complétude du RMA au niveau du CHRD et du CSB, assure la formation continue, renforce la recherche action.

Les techniciens en santé doivent être des médecins cadres Diplômés d'Etat, ou des paramédicaux. La principale occupation des responsables techniques est spécifique à la mise en œuvre des différents programmes de santé, c'est-à-dire concerne quelques maladies souvent fréquentées au niveau de la population. Le service responsable de ces programmes est le SMS (Service Médico-Sanitaire). Des programmes sur les maladies bucco-dentaires, la tuberculose, la lèpre, les IST/SIDA, et le Paludisme existent. Il y a aussi des programmes sur le PEV (Programme d'Elargie Vaccinal) et de la SR (Santé de Reproduction) ; et sur le suivi de la FANOME et du SIGS.

B- Les responsables administratifs

Ils assurent, en général, le service gestion et administration, le suivi et évaluation, la planification, la logistique, la transmission, la communication et le partenariat. Les différents services qui collaborent à la mise en œuvre de cette administration, dans le domaine de la santé de district sont les suivants :

- ✓ le SAF : Service Administratif et Financier
- ✓ le SMOI : Services Mobiles d'Intervention
- ✓ le SCP : Service de Contentieux et du Patrimoine
- ✓ le GRH : Gestion des Ressources Humaines

La gestion du système de santé ne se limite pas tout simplement au niveau du SDSP, mais il y a aussi la coordination de niveau régional qui est la DRSP.

§ 2 : Au niveau de la DRSP

Différents responsables font marcher la DRSP.

A- Les différentes fonctions de chaque responsable

Le Directeur Régional est le coordinateur du système de santé au niveau de la région.

Les services qui se rattachent directement aux DRSP sont les suivants :

- ✓ La cellule informatique (TIC) qui prend en charge les outils informatiques utilisés dans les activités de la DRSP ;

Par exemple : en cas de panne d'un ordinateur, cette cellule assure la réparation, en fournissant des pièces détachées, si c'est nécessaire. Cette cellule est dirigée par un chef technicien compétent en informatique.

- ✓ La cellule de communication, elle assure toutes les communications, comme l'envoi des nouvelles à tous le personnel. Surtout des informations qui viennent de l'autorité centrale.
- ✓ Le PRMP assure les équipements opérationnels et matériels médicaux aux différents services médicaux au niveau de la DRSP. Il fournit les centres hospitaliers de la région comme le CHU Morafeno, mais le CHU Analankininina dispose d'une autonomie de gestion dans toutes les branches. Il équipe aussi les CSB et CHRD publics.

Par exemple : les appareils pour l'échographie, les microscopies, les matériels simples comme les stéthoscopes, tensiomètre,...

- ✓ La cellule de suivi assure le contrôle et le suivi du fonctionnement du système de santé et de l'information. Il y a la cellule de suivi interne, qui est limitée dans l'enceinte du BSD ; mais la cellule de suivi externe contrôle les RMA.
- ✓ Le CHU ici c'est le CHU Morafeno qui est sous la responsabilité de la DRSP dans le domaine de la gestion de ses équipements médicaux.
- ✓ Les Partenaires financiers et techniques : ce sont les facilitateurs de la politique du développement sanitaire, pour des appuis financiers et technique ;
- ✓ L'IFIRP : Institut de Formation Interrégional des Paramédicaux : c'est un institut paramédical rattaché directement à la DRSP, surtout en cas de notes Ministérielles de

recrutement de personnels en santé. Cet institut est destiné au personnel de la santé publique.

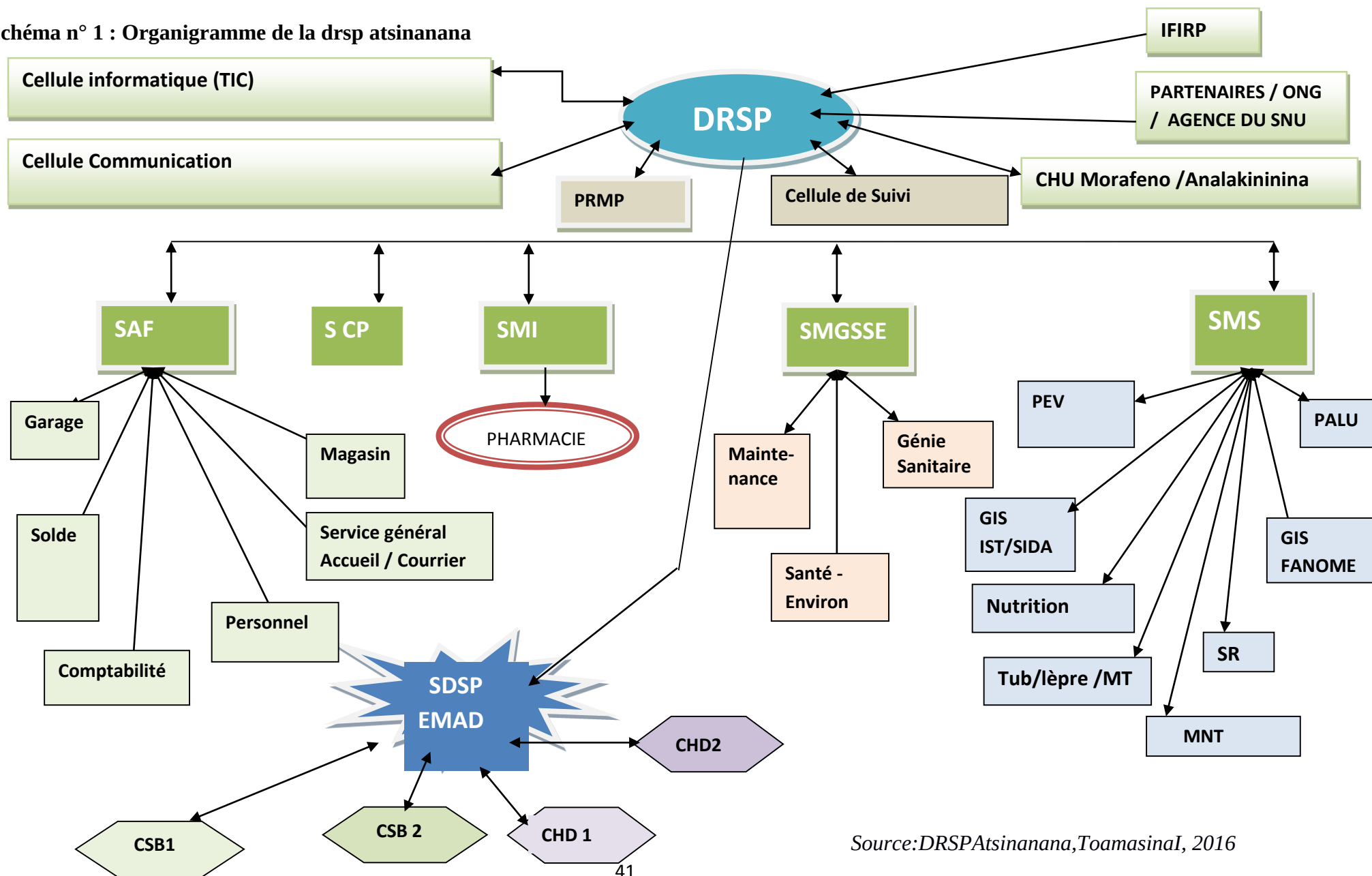
Si tels sont les services rattachés, les directions rattachées à la DRSP sont les suivantes :

- ✓ Le SAF ou Service Administratif et Financier qui est en charge de la gestion du personnel, le garage, les soldes et les comptabilités, les services généraux d'accueil/courriers et enfin le magasin.
- ✓ Le SCP ou Service de Contentieux et du Patrimoine assure le patrimoine des services de santé.
- ✓ Le Système de Médicament Interne ou SMI est un système qui gère la pharmacie de la région.
- ✓ Le Service de la Maintenance, des Génies Sanitaire et de la Santé-Environnement ou SMGSSE assure les services de maintenance, des génies sanitaires, et de la santé-environnement.
- ✓ Le Service Médico-Sociale ou SMS assure les programmes sanitaires sur le Programme Élargie de la Vaccination ou PEV, la Nutrition, le Tuberculose/Lèpre et la Maladie Transmissible ou MT, la Santé de la Reproduction, le paludisme ou PALU, la Maladie Non Transmissible ou MNT, la Gestion d'Information Sanitaire ou GIS sur le FANOME, et sur l'IST/VIH.

B- L'organigramme de la DRSP Atsinanana

L'organigramme est nécessaire, afin de montrer la structure simplifiée au niveau d'un service public. Celui de la DRSP Atsinanana est structuré par de différentes services et directions qui lui rattachent. Il se présente comme suit :

Schéma n° 1 : Organigramme de la drsp atsinanana



Source: DRSP Atsinanana, Toamasina I, 2016

La performance d'un développement repose sur des stratégies bien planifiées et réalisables. La priorisation de la santé publique via le MINSAP, renforce la capacité de chaque individu à avoir une vie stable et en bonne santé, et pouvant contribuer activement à la croissance économique. L'État met en place des systèmes de santé, des politiques nationale contre les maladies principales, et des politique nationale de la santé de la reproduction afin d'atteindre cet objectif. Il décentralise le pouvoir à partir de la mise en place des structures sanitaires dans chaque zone la plus proche de la population, tel que le CSB et le CHRD, pour que chacun, surtout les zones les plus enclavées puissent avoir accès au soin de qualité. Le fait existant correspond-il à ce que le gouvernement et la population attendent ? La partie suivante analyse les contraintes du développement du système de santé. Dans ce cadre, nous allons voir l'étude micro-économique de la demande de la santé, ainsi que la gestion des ressources du système de santé.

**DEUXIÈME PARTIE : L'ANALYSE DES
CONTRAINTES DU DÉVELOPPEMENT DU
SYSTÈME DE SANTÉ**

CHAPITRE I : L'ÉTUDE MICRO-ÉCONOMIQUE SUR LA DEMANDE DE SANTÉ

Une étude micro-économique est axée sur le comportement individuel. Dans ce chapitre, nous allons étudier les causes des contraintes qui empêchent la population à avoir accès à un développement sanitaire, à travers sa demande. Cette dernière peut traduire par le choix de contact médical, l'utilisation des services de santé, et l'impact de la pratique de la déontologie par le personnel de santé.

SECTION I : LE CHOIX DE CONTACT MÉDICAL

La science économique favorise le fonctionnement des activités et le comportement économique en tenant compte de l'efficacité des choix des agents, et la qualité des biens et services économiques. Ici notre étude se concentre sur le comment du comportement individuel face à la demande de la santé. Est-ce que notre entourage, notre environnement a un impact sur notre motivation de se faire soigner ? Comme dans le concept économique, la consommation des biens et services en santé repose sur la notion de choix.

§ 1 : Le comportement individuel en santé

A- La consommation en santé

Les biens et services en santé se confondent avec les objets ou matériels utilisés, afin que les médecins puissent fournir leurs services aux patients. Ils n'existent pas en quantité abondante. La consommation productive consiste à détruire un bien, pour en réaliser un autre, c'est-à-dire la consommation finale détruit un bien pour satisfaire un besoin individuel, ou collectif, et en jouir, sans le produire. La théorie économique affirme que plus un bien quelconque n'est pas disponible pour chacun, plus le comportement des gens envers ce bien augmentent.

La consommation en santé varie pour chaque groupe de personne. Le comportement des gens en milieu rural est différent de celui des gens en milieu urbain.

a) Le comportement de la population rurale

La population rurale vit dans des conditions socio- économiquement délicates. La plupart des gens assument une condition de vie en dessous du seuil de pauvreté ; le taux d'accès à l'éducation reste très faible. Avec ce niveau éducatif bas, les ruraux sont dotés

d'un minimum de connaissances sur leur santé.

Selon M. Grossman¹ 1970, l'éducation est un facteur indissociable à la bonne santé. L'éducation des femmes enceintes est un des soucis de la Politique Nationale de Santé à Madagascar et de l'éducation de la mère pour le suivi de son enfant.

Malgré une politique de la décentralisation de la santé, dans le monde rural, beaucoup de femmes éprouvent des difficultés lors de l'accouchement et sont même victimes des maladies telles que les fistules : 40% de femmes accouchant dans le monde rural, dans la région Atsinanana, sont dépourvues de l'assistance médicale, de même pour les jeunes qui sont victimes des grossesses non désirées². Tout cela est dû à l'absence de surveillance de l'assistance médicale, des formateurs psychologiques et intellectuels pour les jeunes.

Du côté revenu, les dépenses en santé des gens dans le monde rural se confondent avec les dépenses journalières. La majorité de leur source de revenu vient de l'agriculture. Avec un faible rendement, ils ne gagnent que peu d'argent ; l'autoconsommation reste important due au manque d'utilisation de techniques modernes, les cultures sont des cultures de subsistance. Avec un revenu inférieur à la moyenne, les dépenses en santé de la population sont très basses. Ce facteur revenu a une influence sur le comportement et le choix de l'individu.

b) Le comportement de la population urbaine

Les gens dans le monde urbain sont différents des gens en monde rurale. En général, ils ont une occupation journalière comme le travail au bureau où le repos et le temps libre sont rares.

Dans la commune urbaine de Toamasina, la principale activité de la population est la vente commerciale. Ce sont des emplois qui ne respectent pas la norme internationale sur la durée du travail. La population ne veut pas alors manquer leur jour de travail quotidien. Ce comportement a un impact sur la demande de santé.

Dans un autre cas, le problème des embouteillages, des climats sont aussi très visibles.

¹Michael GROSSMAN, économiste américain, économiste de la santé, Professeur à l'université CUNY à New York

²MINSAP, Revu régionale de la santé publique Atsinanana, DRSP Atsinanana, Toamasina 2016

Ce dernier est aussi une des raisons qui diminuent la motivation de la population citadine à utiliser les services de santé. Au niveau du TIC, avec l'impulsion technologique, le temps devient de plus en plus rare.

Nous parlons aussi, dans cette étude, de la durée du traitement, avec un repos médical limité pour les travailleurs, il doit recourir aux soins avec un traitement le plus court possible, alors que cela dépend de la gravité de la maladie à l'exclusion de la compétence du médecin traitant. La contrainte temps joue un rôle majeur dans le comportement et le choix de la population située en zone urbaine, pour se faire soigner. Il y aussi des groupes de personnes qui ne se soucient jamais de leur santé. Ils pensent que s'ils arrivent à nourrir leurs familles, c'est déjà une grande chose. Mais concernant le bien-être, en son absence, ils ne font que prendre des remèdes traditionnels (comme le TAMBAVY).

S'appuyant sur un tel cadre conceptuel, M. Grossman (1972) a ainsi fait l'hypothèse de l'existence d'un capital santé, dans lequel l'individu et la société peuvent investir à des degrés plus ou moins importants, ce qui lui a permis de considérer l'état de santé et la durée de la vie comme la conséquence des choix individuels d'investissements¹.

B- Le modèle sur l'investissement en santé

La demande individuelle de l'investissement en matière de capital humain est un modèle simple, relatif à la relation entre l'objectif ou la satisfaction attendue, et le coût engagé. La théorie du capital humain permet d'améliorer la capacité productive d'un individu, en augmentant ses compétences et son aptitude. Les connaissances et les compétences que possèdent les individus accroissent directement la productivité et augmentent la capacité d'une économie à s'adapter à des nouvelles technologies et à se développer². Lucas³ (1988) a qualifié le capital humain comme le principal moteur de la croissance économique. Mais il faut retenir, qu'en l'absence du bien-être, cela ne se réalisera pas. Alors pour augmenter la croissance économique, l'état de santé et le stock de connaissances sont des choses inséparables. Ici Grossman (1972) concrétise la santé à partir de l'appellation capitale santé, qu'il a tirée du terme capital humain. Chaque individu dispose

¹ George MENAHEM, *Demande de santé ou demande de sécurité*, CREDES, Paris 2000, P. 3

²Andrianasy Angelo DJISTERA, Cours d'Economie des ressources humaines, 4^{ème} année en économie, Université de Toamasina, AU : 2014- 2015

³Robert Lucas, économiste américain, professeur d'économie à l'Université de Chicago

d'une capitale santé dès sa naissance, et il va gérer ce capital jusqu'à sa mort.

La raison de la demande de santé, fait par chacun, se présente sous deux formes différentes : il y a la cause liée directement à sa fonction d'utilité et la raison où l'individu veut accroître le temps disponible pour accomplir son travail, en gagnant des revenus, car plus la capitale santé s'accroît, plus le temps perdus, pour les activités marchandes, diminue.

L'objectif principal de l'individu, en démarrant l'investissement est de maximiser son utilité. La fonction de l'utilité inter temporel se présente comme suit :

$$U=U(\mu_0 H_0, \mu_{in} H_{in}...Z_0 Z_n) \quad (1)$$

Avec H_0 , le stock initial de santé obtenu à la naissance ; μ est le flux des services par unité de stock. H_i est le stock de santé en année i ; n est la durée de vie qui dépend de H_i . Z est la consommation d'un bien autre que la santé. L'investissement en capital santé qui est l'investissement net est la différence entre l'investissement brut et le montant de la dépréciation :

$$[H(i+1) - H_i] = [I_i - (\delta_i H_i)] \quad (2)$$

Avec I_i est l'investissement brut en santé ; δ_i est le taux de dépréciation du stock de santé H_i . Le taux de dépréciation marque ici l'âge, dans la mesure où en vieillissant, le prix relatif à la santé augmente. Dans cette modèle, en produisant, l'individu dans sa vie courante, se trouve entre deux souches d'investissement qui est l'investissement en santé ou I et celle en dehors de la santé appelé Z .

$$I=I(M_i, T_H, E) \quad (3)$$

$$Z=Z(X_i, T, E) \quad (4)$$

Avec M_i est les soins médicaux en telle année i ; X est le bien entrant dans la production de Z . T_H et T sont les temps nécessaires à la réalisation de cet investissement, soit sur Z , soit sur la santé I . Ici E est le stock de capital humain.

L'utilité en santé est maximum si H_i atteint son maximum c'est-à-dire, si l'individu arrive à satisfaire son besoin en santé. La réalisation de l'investissement en santé est donc la combinaison du temps T_H et la consommation des soins médicaux. La production est efficace sous l'impulsion du capital humain. La fonction de production des ménages en santé

est mêlée à la production des autres biens marchands et non marchands, à l'existence des contraintes des ressources disponibles à y allouer. L'arbitrage entre ces biens non sanitaires et sanitaires, limité par les revenus, met en exergue la priorisation de la demande de santé de la population.

Au début, en l'absence de maladie, le stock de santé de l'individu ne subit aucun facteur, sauf le facteur fixe lié au vieillissement, mais au moment de la maladie, l'individu est confronté à différentes contraintes, pour pouvoir rétablir la situation initiale ou la satisfaction ; alors, pour être soigné il est en face de multiples choix de services médicaux ; il a l'intention de faire un arbitrage entre la fixation du temps qu'il veut consacrer à son traitement, aux montants des biens et services médicaux et non médicaux (coût d'opportunité) et sa capacité financière. D'après le modèle de « capital santé » de Grossman (1972), les patients deviennent producteurs une fois qu'ils se décident d'utiliser les soins médicaux. Selon Becker¹ (1964) et Lancaster² (1966), le fait de consommer des biens et services liés à la santé est déjà un acte de produire c'est-à-dire produire une satisfaction³.

Dans le choix individuel des soins médicaux, la consommation en santé qui est très différente dans le monde urbain que rurale, est un acte d'investissement d'après le modèle de Grossman (1972) et a un impact sur la demande de santé d'un individu. Le paragraphe suivant montre les déterminants qui ont une influence négative sur la demande de santé.

§ 2 : Les déterminants de la demande de santé

A- Les facteurs fixes ou biologiques

Parmi ces facteurs biologiques, le sexe et l'âge ont une relation évidente avec l'état de santé. Ce sont des facteurs qui ont une influence négative sur la santé d'une personne sans tenir compte de l'apparition d'une maladie.

a) Le vieillissement

À Madagascar, l'espérance de vie est entre 60 et 68 ans. La vieillesse est un indicateur

¹ Gary BECKER, Économiste américain, Professeur d'économie à l'Université de Chicago

² Kelvin John LANCASTER (1920-1999), Économiste américain, Professeur d'économie à l'Université de Columbia

³ Sandrine CHAMBARETAUD et Laurence HARTMANN, *Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles*, Revue de l'OFCE, 2004, P.238

collectif car chacun en subit dans sa vie humaine. Plus l'âge avance, plus l'affaiblissement corporel arrive. Cette faiblesse a un impact sur la demande de santé. Le vieillissement entraîne une diminution systémique de la santé chez un individu.

La notion de vieillissement décrit une ou plusieurs modifications fonctionnelles, diminuant progressivement l'aptitude d'une chose à assurer ses fonctions. Ainsi, avec ce vieillissement, la probabilité de souffrir plusieurs pathologies est plus grande, par rapport à la jeunesse. A ce même âge, la motivation de se faire soigner diminue.

b) Le genre

Le genre concerne les normes de comportement que la société dicte aux hommes et aux femmes. Ces normes influencent quotidiennement nos expériences, nos attitudes, nos gestes, notre façon de nous exprimer, notre style vestimentaire, et ce que nous considérons comme une contribution utile à titre d'homme ou de femme. Dans le domaine de la santé, les rôles, les identités, les expressions, les relations fondées sur les genres, peuvent constituer des facteurs de risques ou de protection.

D'après une enquête au niveau des centres de santé de district de Toamasina I, les femmes déclarent significativement plus des maladies que les hommes. Elles sont exposées à des affections sévères, plus que les hommes. Cette différence dans la structure de consommation est généralement expliquée par une plus grande attention des femmes aux problèmes de santé, et par une meilleure utilisation des centres de santé, par rapport aux hommes.

Le niveau de santé que détient chaque personne n'est pas exogène mais dépend des ressources alloués à sa production. Pour produire, il faut des richesses disponibles. Les dépenses engagées dans l'investissement en santé ont aussi un impact sur la demande de santé.

B- Les facteurs variables : les dépenses de santé

a) Les coûts liés directement aux dépenses de santé

La maîtrise médicalisée des dépenses de santé a mis en évidence le coût lié aux soins de santé. Il existe deux composantes dans la constitution des coûts :

- Le coût lié aux volumes des produits et services de santé
- Le coût lié aux prix de ces derniers

La variation de volume des soins provoque une variation de prix de celle-ci. L'augmentation des dépenses de santé d'un individu qui est lié à l'accroissement des consommations et des prescriptions des soins et des biens médicaux a une influence sur sa demande en santé.

Face aux différents choix dans le marché de soins, l'individu est entre deux ou plusieurs centres de santé sur le coût lié au traitement. Le coût direct y affectant est le prix des soins. Parfois, avec des prix très élevés, la population, limitée par son revenu, a un faible accès au service de soins. La dépense de santé des ménages est évaluée à partir des prix des soins existants au niveau des centres de santé. Lors du traitement de la morbidité, à part le frais de transport, les ménages dépensent essentiellement en service et en médicament.

L'enquête menée auprès de la CSB II Ankirihiry de Toamasina I, en juillet 2016, montre le prix de service est environ 3000Ar et le prix de médicament dépend de la gravité de la maladie. Si c'est un simple paludisme, la dépense est environ 5000 Ar mais comme les cas des maladies référés au CHRD II, elle est environ de 50 000 Ar. Avec une intervention chirurgicale, la dépense est environ de 10 000 000 Ar.

Le prix des soins dans les CSB ou CHRD influence le comportement des gens à utiliser ces premiers. Au niveau des structures de santé publique, en générale, le prix des soins sont inférieurs à ceux des privés. Mais malgré la réhabilitation des services de santé de base, leur nombre est insuffisant surtout dans les zones les plus enclavées, et la population est obligée de consulter des services privés, qui ont un coût plus élevé que son revenu. Alors les gens ont recours à un autre système autre que les soins médicaux.

À côté des coûts directs (le prix) liés aux soins médicaux, se trouve un autre groupe de facteurs déterminants de la demande de soin, pouvant accroître le coût d'un traitement médical. Il s'agit de la distance à parcourir pour accéder aux centres de santé et des coûts d'opportunité liés au travail causés par la maladie.

b) Le coût indirect à la dépense de soins de santé

Dans cette étude, le coût qui accroît indirectement la dépense de santé est de deux ordres : d'une part le coût lié aux frais de transport, c'est un engagement subi par le patient,

afin d'atteindre la distance parcouru vers le centre de santé. Le cout lié aux frais de transport, surtout pour les gens habitant en brousse constitue un grand obstacle à l'accès aux soins.

Selon des enquêtes effectuées auprès des ménages de district de Manapotsy, plus de 65% de la population se trouve à moins de 5km d'une structure sanitaire. Au niveau du district de Toamasina II, il y a un cas que nous avons rencontré, une femme est arrivée, son bébé dans les bras, après avoir parcouru 15km, alors que l'enfant convulsait. C'est une situation très grave. En effet, l'existence de ces coûts démotive la population rurale à consulter les centres de santé, pour se faire soigner.

D'autre part, il y a diminution de l'efficacité productive de la personne malade, qui se répercute sur la croissance économique, due au temps perdu pendant son jour de repos. Elle n'est pas la seule, mais il y a aussi ceux qui l'entoure comme sa famille, ses amis,... qui prennent soins d'elle au lieu de travailler, c'est le coût d'opportunité. Ce dernier désigne la perte des biens auquel on renonce, lorsqu'on procède à un choix. Autrement dit, lorsqu'on affecte les ressources disponibles à un usage donné au détriment d'un autre issu. C'est le coût d'une chose estimée en termes d'opportunité non réalisée. C'est un coût d'option, face à un choix, au détriment d'un autre. Ce dernier peut avoir aussi un impact négatif sur la demande de santé de la population.

La demande de soins de santé est influencée par des facteurs qui déterminent son choix, une fois que l'individu arrive à identifier sa maladie et souhaite de procurer les soins appropriés. L'étude sur l'utilisation de l'activité des services de santé présente aussi un fait essentiel sur la demande individuelle de santé. Le paragraphe suivant montre cela.

SECTION II : L'ÉTUDE DE LA DEMANDE DES SERVICES DE SANTÉ

La demande de santé peut se traduire par l'utilisation des services, tant au niveau des centres de santé, que des centres hospitaliers. Ces services se présentent sous formes d'activités, soit curatives, soit préventives dispensées par ces centres. On peut mesurer la demande de santé par la consommation des soins curatifs et préventifs de la population.

§ 1 : La mesure de la consommation de soins curatifs

La demande en service de santé est traduite par la performance de la population à utiliser les offres des soins, mesurées par le taux de l'utilisation de la consultation externe et de la maternité.

A- La consultation externe

a) Le taux de consultation externe

Pour identifier le comportement de la population envers les centres de santé, la consultation externe est un fait essentiel. Ce taux se définit comme une étude des données statistiques, permettant l'utilisation des couvertures sanitaires par la population. Plus précisément, il se calcule comme le rapport entre l'effectif des gens qui viennent consulter le CSB et le nombre total de la population malade, dans un espace donné, et à un moment précis sans tenir compte de la cause de la maladie. Le tableau suivant montre la répartition du taux de consultation externe au niveau de chaque CSB de la région.

Tableau N° X : Le taux de consultation externe

District	Réalisation par rapport à l'objectif général (en moyenne 50%)
Brickaville	14
Mahanoro	19,3
Manapotsy	18,9
Marolambo	14
Toamasina I	44,95
Toamasina II	12,1
Vatomandry	16,6

Source : Canevas 2016 des districts, DSRP Atsinanana.

Ce tableau nous montre la demande de santé de la population dans chaque district, face à l'activité de consultation externe, octroyée par les centres de santé CSB. Cette demande traduit par l'utilisation de la population, des services de santé présumée par le tableau ci-dessus. En général, l'objectif atteint par le MINSAP sur le taux de consultation externe est de 50% minimum. La situation est ici loin d'être celle qui est visée par le Ministère chargé de la santé publique, surtout dans le district de Toamasina II, qui connaît un taux de réalisation de 12,1% seulement, c'est le taux le plus faible par rapport aux districts, tandis que celui du district de Toamasina I est de 44,95%.

b) Le taux de l'utilisation de la maternité

L'utilisation de la maternité est mesurée par le nombre des femmes qui viennent pour une visite préventive ou d'accouchement auprès des centres de base ou hospitalier. La situation existante à Madagascar est que : si une personne est malade, elle est sur le point de s'adresser préférentiellement à la formation sanitaire publique, qui délivre gratuitement des

soins curatifs et préventifs, soit elle choisit de l'automédication, soit elle a recouru aux médecins privés. C'est le même cas pour les soins des mères enceintes et à l'accouchement. La plupart des ménages urbains ou ruraux utilisent les services publics, pour aller se soigner. 50% d'entre elles suivent la visite prénatale chez les sages-femmes et ont reçu un soin surveillé, sur l'accouchement, surtout pour les gens en ville. Ce qui n'est pas le cas pour les gens vivant en milieu rural, qui connaissent un taux très faible, concernant l'utilisation de la maternité.

Le tableau suivant montre la comparaison de la demande des ménages à l'utilisation des maternités, dans les 7 districts de la région, mesurée par le taux d'accouchement existant, sans tenir compte du nombre des nouveau-nés vivants.

Tableau N° XI : Le tableau du taux de l'utilisation de la maternité

District	Objectif en %	Réalisation en %
Mahanoro	25	14
Brickaville	25	8
Manapotsy	35	14
Marolambo	30	26
Toamasina I	30	12
Toamasina II	30	7
Vatomandry	30	11

Source : DRSP Toamasina, 2016

D'après ce tableau, si on envisage 25% de l'effectif total des femmes en âge de procréer, dans le district de Mahanoro, utilise le centre en temps voulu, seules 14% y vont. Cela marque une faible utilisation de la maternité, pour les gens dans ce district. Le district de Toamasina II dispose du plus faible taux de réalisation de l'objectif sur l'accouchement, avec un taux de 7%, par rapport au 30%. Cela est dû aux problèmes de transport routier. Un des problèmes majeurs de ce district est le mauvais état des routes, rendant difficile l'accès aux CSB pour suivre les visites prénatales. Il y a aussi l'insuffisance d'information, qui tient une place importante dans la santé. D'ailleurs, la plupart des gens sont des agriculteurs et ils n'ont pas assez de revenus pour pouvoir payer le prix des soins pour les femmes enceintes.

D'après l'enquête concernant le revenu par tête, la population de la région Atsinanana présente 3000Ar, en moyenne, par jour. Cela est très bas, par rapport à ce qu'estime l'OMS, à

savoir 4\$ par jour par personne, qui est égale à 12000Ar¹. Cela est différent de celui de district de Marolambo, qui présente le taux de l'utilisation de la maternité le plus élevé parmi les autres districts. C'est avec ce revenu que la population a payé leurs soins.

De la part de la population, cela est due à plusieurs raison que nous allons voir ci-après.

B- Les causes liées à la non-consultation des CSB

a) Le problème de l'éloignement des Centres de santé

La distance du centre de santé de base est un des facteurs qui détermine la demande de santé de la population. Plus l'endroit où se trouve le CSB est très loin de l'habitat de la personne malade, plus sa demande régresse. Le district doté d'un plus grand nombre de CSB, par rapport aux autres districts, détient un taux plus faible en ce qui concerne la consultation externe, avec 12,1% de la population malade. Cela est valable pour le district de Toamasina II. L'une des raisons est la distance, qui est, dans la plupart des cas, très éloignée du centre de santé. Ce district dispose la superficie la plus vaste, 30% de la superficie totale de la région, après le district de Brickaville, avec une densité de la population de l'ordre de 20% de la population totale de la région. La plupart des superficies sont des terres cultivables, utilisées par des agriculteurs ; les majeures parties de la population sont des agriculteurs. Chaque famille a sa responsabilité envers cette terre ; ils les suivent de près, car ce sont les sources de leurs revenus et de l'alimentation pour survivre, et aussi c'est la terre de leurs ancêtres, et ils ne peuvent pas la quitter. D'ailleurs cela a aussi un impact sur la civilisation et le développement du bien-être de la population. C'est la raison pour laquelle les gens sont répartis très inégalement dans la localité, et il est difficile de gérer la mise en place des centres de santé de base au niveau d'une localité.

Concernant le coût de transport, pour pouvoir sauver et guérir le malade à temps, en évitant tous les risques pouvant survenir, comme la mort s'il s'agit d'une maladie grave, la famille préfère prendre un transport plus rapide que d'aller à pied. Toute chose étant égale par ailleurs. Si la famille n'a pas les moyens financiers nécessaires, pour assurer les frais de transport de la personne malade vers un CSB, ils n'y arriveront jamais. Alors ils préfèrent ne

¹ Solohery RABESALAMA, Emile, *La viabilité financière de centre de santé de base à Madagascar : vers une nécessité de système de mutuelle et d'assurance maladie*, Revu économique, Madagascar 2015

pas y aller, en cherchant d'autres moyens qui sont à leurs portées, tel que la consultation des guérisseurs traditionnels les plus proches ou l'utilisation des plantes médicinales.

b) Les problèmes de la barrière culturelle et sociale

La plupart des gens, qui vivent dans cette région, sont très respectueux aux coutumes et à des faits ancestraux. Les coutumes ancestrales, dont le « Tangalamena » est le dirigeant, sont très suivies dans la société. Il y a un rite appelé « TROMBA », c'est un fait très répandu surtout dans les villes de Toamasina, et de Marolambo. Dans ce rite, la personne possédée par les esprits qui peut identifier, selon leur croyance, est en mesure de prédire l'avenir. Les gens la consultent, s'ils veulent accomplir une action quelconque ou s'ils ont un souci dans leurs vies de tous jours. Afin d'éviter tous les risques de dépense, en matière de santé, la population va choisir de consulter des praticiens traditionnels.

L'existence des « jours FADY » est aussi une des causes de la diminution de la demande de santé des gens, surtout en milieu rural car pendant ce jour, tout le monde est censé de rester sans rien faire, même si quelqu'un est malade. Ils préfèrent attendre le jour suivant pour le soigner. Il y a aussi les interdits, certaines personnes vivant à la campagne sont contre les soins médicaux, surtout les injections.

La demande de santé est influencée par différentes coutumes qui restent encore très importantes dans le milieu où se situe les CSB. Le paragraphe suivant montre la demande au niveau des services hospitaliers.

§ 2 : La consommation médicale liée à la fréquentation hospitalière

A- La consultation hospitalière

La plupart des gens, qui arrivent à l'hôpital du district, sont ceux qui ont été référés des CSB II. Le nombre de CHR, par rapport au nombre des CSB est minime.

Les principaux motifs de consultation au niveau des centres hospitaliers de district concernent la Diarrhée et la déshydratation sévère. Les plus touchés sont les enfants de moins de cinq ans. La maladie respiratoire touche généralement les patients les plus démunis. Les cas d'accidents, traumatismes, Intoxication, Affection de l'Appareil respiratoire et les affections Cardiovasculaires sont souvent traités au niveau des Centres Hospitaliers Universitaires. Les cas de décès en chirurgie sont aussi liés aux traumatismes. Le

tableau suivant montre la proportion de la population qui arrive aux CHRD pour soigner.

Tableau N° XII : Le tableau du taux de fréquentation hospitalière servie au niveau des CHRD de la région :

	Taux de fréquentation hospitalière en %
Région Atsinanana	0,13
Madagascar	0,10

Sources : Annuaire Statistique Sanitaire de Madagascar 2010

Selon ce tableau, sur les 100 personnes qui sont malades dans un milieu et un temps précis, 13 personnes arrivent à l'hôpital du CHRD pour se soigner. Sans tenir compte du niveau de l'importance de la maladie, le taux de fréquentation hospitalière est faible. La plupart de la population Malgache ne priorise pas la consultation des médecins de l'hôpital, en cas de la maladie, surtout ceux des hôpitaux publics. La majorité des malgaches sont convaincus que l'hôpital est destiné aux riches.

Nous allons maintenant étudier les problèmes liés aux causes de la faiblesse de la consultation hospitalière.

B- Les causes liées à la non-consultation hospitalière

a) La non- gravité de la maladie

La plupart des gens n'ont aucune intention de dépenser pour les soins médicaux auprès des hôpitaux. Dans la majorité des cas, ils sont convaincus que l'hôpital est un endroit pour les maladies chroniques et mortelles. Leurs demandes en soins hospitaliers dépendent de la gravité de la maladie.

b) Les problèmes concernant les prix hospitaliers

Au niveau des frais d'hospitalisation ; selon le règlement, si un patient provient du centres de santé de première référence ou premier recours, il ne paie plus de consultation. Mais pour les autres patients, la consultation externe est payante au niveau des centres hospitaliers publics ; cela dépend des besoins du patient : pour les généralistes, le prix est de 10 000 Ar, pour un spécialiste, il est de 15 000 Ar, et pour un professeur, il est de 20 000 Ar.

Ce qui est hors de portée des gens le plus démunis, avec un revenu moyen de 1 \$ par jour¹.

D'après une enquête auprès du CHRD privé fonctionnel de district de Toamasina I, l'accès à la catégorie d'hospitalisation dépend du niveau de vie, ainsi que de la capacité des patients à surmonter les frais autres que le prix des soins. L'hôpital dispose de 4 catégories de chambres, le hors catégorie : incluant 1 lit d'hôpital, une télévision, une douche et des toilettes avec eau chaude et un salon. Le prix de la location de la chambre est de 50 000 Ar par jour. La 1^{ère} Catégorie : incluant 1 lit d'hôpital, une douche et des toilettes avec lavabo. Le prix de la location de la chambre est de 12 000 Ar par jour. La 2^{ème} Catégorie : incluant 3 lits d'hôpital et d'un point d'eau, les toilettes sont communes pour les trois patients mais à l'extérieur. Le prix est à 9000 Ar par jour. La 3^{ème} Catégorie inclue 5 à 15 lits, ces chambres sont seulement destinées à recevoir les patients à faible revenu. Les chambres ne sont pas louées, elles sont gratuites. Ce sont les chambres les plus délabrées. Les patients traités dans cette catégorie paient essentiellement une participation en soin. Les services payants de l'Hôpital sont notamment : les chambres suivant le choix des patients, les analyses, les services en radiologie et en échographie, les médicaments doivent aussi être achetés par le patient.

Les services gratuits concernent les soins au niveau des urgences, l'oxygène y est aussi gratuit. Si un patient doit subir une intervention chirurgicale, il doit payer les frais d'opération. Le coût de cette opération dépend du Kit préétabli par le médecin traitant.

La qualité du personnel de santé est très importante, pour ce qui concerne la demande de santé des ménages. Le paragraphe suivant est axé sur la notion du respect et de la pratique de la déontologie des professionnels de santé.

SECTION III : LA PRATIQUE DE LA DÉONTOLOGIE

Cette étude parle du comportement d'un médecin dans son travail et envers les patients. Cela est très important dans une analyse de développement sanitaire, car elle influence la demande de la santé des patients. Dans cette section, nous allons étudier le comportement négatif du médecin dans son travail, à savoir le non-respect de la profession, et ensuite la relation entre médecin et patient.

¹ Solohery RABESALAMA, Emile, *La viabilité financière de centre de santé de base à Madagascar : vers une nécessité de système de mutuelle et d'assurance maladie*, Revu économique, Madagascar 2015

§ 1: Le non-respect de la profession

A- Le devoir des professionnels de la santé

a) Le contenu de la déontologie

La déontologie est une science de devoir qui implique les règles éthiques, morales et scientifiques, qui correspondent à des règles de bonne conduite propre à chacun. Dans le cadre de la santé, ce sont des règles auxquelles les personnels de la santé sont soumis dans leurs pratiques quotidiennes. L'éthique médicale doit permettre l'accès aux soins, dans tous les conditions optimale de prise en charge médicale, sans discrimination aucune ; les secret médicales ou la liberté de patient font parties des règles éthique médical. Le décret spécifique au code de la déontologie tend à harmoniser la relation existant entre le médecin traitant et le patient. Ainsi, la pratique de l'éthique professionnelle, tout en affirmant le respect du droit des patients et l'indépendance de la profession. La présentation thématique du code est fixée sur les devoirs généraux des médecins et des infirmiers, les devoirs envers les patients, et les devoirs entre professionnel.

b) Le comportement des médecins envers leur travail

Un des problèmes majeurs touchant les soins médicaux est le non-respect du travail par les personnels de santé. À part leur caractère personnel, les médecins ont chacun leur style en s'acquittant de sa tâche. La plupart des médecins, surtout à la campagne, se sentent libres des codes de la déontologie et se comportent mal dans l'accomplissement de leur travail.

D'après des enquêtes auprès des CSB de la commune rurale de la région, certains médecins ont des comportements qui démotivent la population à venir les consulter, entre autre : le retard, c'est une faiblesse très rependue chez certains médecins, même ceux qui sont en ville ne respectant pas l'heure exacte d'ouverture des centres de santé. Cela a un impact négatif sur la demande en soins médicaux de la population.

- La corruption sous formes de détournement de médicaments, la commercialisation des soins en cas d'urgence de la maladie, etc. Le code de la déontologie interdit la distribution, à des fins lucratives, des médicaments, des remèdes ou des produits, alors que ce cas existe dans les différents établissements des soins. Cela bloque l'accès au développement sanitaire.

- La destruction de l'étiquette tant que médecin :
Par exemple : un médecin ivrogne, toxicomane, dragueurs des jeunes patients,...
- L'absence fréquente aux postes des chefs CSB
- L'incoordination entre le chef CSB et l'agent de santé sur la transcription des données.

À part le comportement dans la vie professionnelle, le code de la déontologie permet de mettre en évidence la compétence et la responsabilité des médecins.

B- La notion de compétence

a) Les caractéristiques d'un professionnel médical

Les professionnels de santé sont les premiers responsables en matière de soins thérapeutiques sur un patient. La majorité des gens qui demandent des soins de santé comparent la qualité des soins et la compétence des médecins traitants. Les gens reposent leur confiance au profit des médecins qu'ils jugent compétents ou non. Comment alors savoir, si un médecin est compétent, par rapport à un autre, au niveau du marché de la santé? En principe, le diplôme, ou le grade et la formation du médecin garantissent sa qualification. Mais ici, notre analyse porte sur les points que remarquent les patients en observant le médecin accomplissant son travail, en ne tenant pas compte de sa qualification professionnelle. Cela est justifié, par Arrow¹ (1923), et Rochaix² (1989), à travers une étude ambitieuse appelée « coût-efficacité », mettant en évidence le rapport entre les dépenses engagées par les patients pour des soins appropriés et l'efficacité de ce traitement. La durée et le prix du traitement prescrit par ce médecin y occupe une place importante. L'étude coût-efficacité s'articule sur : avec un tel prix prononcé par le médecin à l'attention de ses patients, le traitement doit être efficace.

En général, la cause du problème de compétence des médecins a un rapport sur le problème des équipements médicaux et l'insuffisance des formations continues.

Selon Arrow (1923), les médecins ne peuvent pas garantir l'efficacité du traitement, vis-à-vis du patient, dès lors que des nombreux facteurs individuels peuvent interférer avec le résultat attendu. Rochaix (1989) relève pour sa part que, les soins médicaux sont des biens d'expérience, alors c'est l'expérience qui compte. La compétence du personnel en santé peut

¹ Kenneth Joseph Arrow, Économiste américain, fondateur de la discipline de l'économie de la santé

² Lise ROCHAIX, Professeur d'économie à l'Université de York (Royaume-Uni).

aussi être jugée à travers la qualité des soins qu'il dispense. D'après la théorie de l'économie de la santé, la demande de santé dépend du choix de chaque individu. Face à différentes offres médicales, le but d'un individu rationnel est de maximiser l'utilité des soins dans de meilleure qualité.

Par exemple : Au niveau de CSB II du district de Toamasina II, le taux d'accouchement assisté est de 7,2%, cela veut dire que parmi les 100 femmes accouchées, 72 seulement ont été réussies¹. Le taux est très faible, malgré le nombre important de sages-femmes dans ce lieu. La question d'ancienneté y compte beaucoup. La majorité de la population surtout les femmes enceintes n'ont pas confiance aux nouveaux étudiants au poste. La plupart préfère consulter les services privés que les services publics dotés de jeunes personnels en santé.

b) La conséquence du non-respect de ses limites professionnelles

Chaque catégorie de profession sanitaire a sa fonction et son impact sur les soins. Mais dans la plupart des cas, surtout dans les centres dépourvus de médecins spécialistes. À cause de son impatience à donner des soins satisfaisant aux patients, en cas d'urgence, les infirmiers ou les sages-femmes s'érigent temporairement en médecins. Cela risque de porter atteinte à l'état de santé du patient. Alors que, selon l'Article 27 du code de la Déontologie Médicale: « *le médecin ne peut faire état d'une compétence qu'il ne possède pas. Il doit faire appel à un confrère dès qu'un examen ou un traitement dépasse ses compétences* »² Cela a aussi une influence sur la demande de santé des gens, car dans le cas d'échec du traitement, la personne victime ne veut plus revenir dans le centre.

Le comportement du personnel de santé dans son travail, ainsi que la considération de ses compétences sont très important concernant la demande de santé de la population. Dans le paragraphe suivant, nous allons aborder le problème du comportement des médecins envers les patients à savoir la relation soignant-soigné.

§ 2 : La relation entre le soignant et le soigné

Selon Arrow 1970, la relation des agences importantes dans le secteur de la santé est celle qui relie le patient et le médecin. Le concept de l'asymétrie de l'information est

¹ MINSAP, Revu régionale de la santé publique Atsinanana, District de Toamasina II, DRSP Atsinanana 2016

² MINSAP, Code de la Déontologie Médicale à Madagascar, Tananarive 2012, P.6

applicable à cette relation.

A- L'asymétrie d'information¹

L'existence d'une asymétrie d'information dans un marché permet d'envisager comment certain agent détiennent plus d'information que d'autre. Celle-ci est marquée par des problèmes de sélection adverse et d'aléa moral. Tout cela peut traduire par le changement de l'information ou l'information biaisé.

a) L'information biaisée

La relation entre le patient et le médecin traitant est une relation basée sur des contrats et des confiances. Dans la branche d'étude de l'économie de santé, le médecin dispose de plus d'informations que le patient concernant sa maladie. Le patient qui n'a aucune information, met toute sa confiance au médecin traitant².

Le Patient veut maximiser l'utilité de ses soins, il se fait alors soigner auprès des centres de santé. Dans ce cas, le patient choisi les soins qui lui conviennent le plus dans le marché des services des soins, où il y a la sélection adverse. Cette utilité est achetée aux médecins traitants sous formes de soins qualifiés. L'offreur donne des informations aux demandeurs de soins.

La réalité c'est que l'offreur n'a pas le droit d'exercer ou de forcer les demandeurs à lui acheter son services de soins, mais le patient est le seul décideur des choix thérapeutiques, et la décision est partagée et échangée mutuellement, la connaissance médicale et la structure de préférence.³

Le service médical repose sur l'incertain. La contrainte qui constitue l'asymétrie d'information entre le patient-médecin se réfère sur le problème de confrontation de la prestation légitime qui vise à répondre au besoin du patient, sur la prestation induite, qui a comme objectif de l'augmentation des revenus et recherche des profits individuels par le médecin. L'impact de l'information sur la demande de santé peut être varié selon :

¹ Joseph STIGLITZ, « Étude de l'asymétrie d'information » prix Nobel d'économie en 2001

² Sandrine CHAMBARETAUD et Laurence HARTMANN, *Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles*, Revue de l'OFCE, 2004, P.238

³ Sandrine CHAMBARETAUD et Laurence HARTMANN, *Economie de la santé : avancé théorique et opérationnelle*, Revu de l'OFCE, P. 244

- La gravité de la maladie : les personnes qui ont une maladie grave et chronique disposent généralement d'information pertinent ;
- La structure des marchés : l'existence de plusieurs offreurs de santé permettant de comparer différentes stratégies des traitements ;
- Le niveau de Capital Humain : les plus éduqués ont un accès plus facile en informations.

En effet, l'existence de l'information sur le marché de soins aide le patient à prendre de décisions qui lui convient le mieux mais la limite c'est l'incertitude de ce dernier

La relation entre le médecin et son patient est très confidentiel. Le médecin ne doit pas renoncer aux soins d'un patient, sauf si les dispositifs thérapeutiques l'y obligent. Le médecin traitant doit faire tout son possible pour aider les patients dans sa maladie.

B- Les autres analyses sur la relation patient-médecin

L'idée principale de la « théorie de la justice comme équité » de Beveridge¹ (1942) favorise une relation réciproque et juste au niveau d'une société. Sa réflexion sur l'éthique économique et sociale fait régner la notion du respect et de la justice sociale.

a) Le dévoilement du secret médical²

Le fait de dévoiler le secret d'un patient, nuit à sa réputation, cela est puni par la loi. Tout le personnel de la santé est tenu respecter le secret professionnel. Etant donné que le patient repose sa confiance sur le médecin traitant, ce dernier doit respecter son secret : c'est la confidentialité du service entre médecin et patient. La relation de confiance nécessaire à une prise en charge médicale s'appuie sur l'absence de doute du patient sur l'existence d'une contrainte morale, qui nuirait la qualité des soins proposés par les médecins. Le code de la déontologie interdit toute une diffamation du patient par le médecin et de lui abandonner en cessant les soins.

b) L'accueil du patient par le médecin

Le médecin doit avoir un comportement favorisant l'accueil des patients et éliminant leurs complexes. Si le médecin reçoit mal le patient, la demande de soins est affectée à la baisse. Au niveau de quelques CSB de la région, on rencontre des cas où l'attitude de personnel de santé envers le patient démotive ce dernier à utiliser le centre. Par exemple : une

¹ William Henry Beveridge (1879-1963), Économiste et homme politique britannique

² MINSAP, Code de la Déontologie Médicale à Madagascar, Tananarive 2012, P.5

parole blessante de la part des infirmiers, le manque de considération des malades,...

L'existence de différences de niveau de vie, de niveau de connaissance et l'influence des facteurs fixes a un impact sur la consommation en santé de la population tant en ville qu'en brousse. La faible demande en service de santé constaté, à travers la faible utilisation des structures sanitaires, constitue un problème majeur pour le système de santé. Le comportement et la qualité des médecins ou paramédicaux envers les patients par la pratique de la déontologie présente un fait qui diminue la demande de santé. Nous allons maintenant passer à l'analyse des contraintes du secteur de la santé, en ce qui concerne la gestion des ressources du système de santé.

CHAPITRE II : L'ÉTUDE DE LA GESTION DES RESSOURCES DU SYSTÈME DE SANTÉ

La gestion des ressources du système de santé est une des facteurs importants pour favoriser le développement sanitaire d'une collectivité. Dans ce chapitre, nous allons étudier la cause de la faiblesse de la santé de la population à partir de la gestion de ses ressources disponibles. Il y a les ressources financières, les ressources humaines et les ressources équipement-matériels médicales.

SECTION I : LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Les ressources financières se sont les ressources qui concernent le financement, en terme réel, du secteur de la santé, destiné au fonctionnement et au développement du secteur sanitaire. Le financement de la santé se présente de trois façons, à savoir le financement par l'Etat, la part des partenaires Techniques et Financiers (PTF) et le financement interne à travers le système de participation communautaire.

§ 1 : Le financement par l'État et la part des PTF

Le moyen de financement de l'État se présente de deux façons : le financement budgétaire et le financement hors budget.

A- Le financement budgétaire du secteur de la santé

a) Le budget

Le budget est un instrument public qui permet au gouvernement de concrétiser ses actions, pour le bien-être de la population et le développement du pays. Il reflète les objectifs que l'État projette d'accomplir. En tant qu'agent économique, l'État dispose des recettes et des dépenses. Les recettes sont des ressources disponibles que l'État utilise afin de réaliser ses objectifs concernant le développement économique. Le gouvernement engage des dépenses qu'il finance à partir de ses propres ressources administratives, ou à partir d'autre sources de financement. Il y a des ressources qui viennent des prélèvements obligatoires ou recettes fiscales (elles représentent 70% des ressources publiques), et il y a aussi les ressources budgétaires ou les recettes non fiscales. Ces ressources peuvent être insuffisantes, car l'État peut dépenser plus que ses recettes, il doit alors combler ce déficit budgétaire en cherchant des financements. Alors pour se faire, il doit recourir soit à l'emprunt, soit à la

création monétaire auprès de la banque centrale¹. Les dépenses sont l'ensemble des affectations des recettes de l'État pour la mise en œuvre de ses activités. Elles sont au nombre de trois, il y a les dépenses de fonctionnement : ce sont des dépenses nécessaires à la bonne marche des services publics y compris les services sanitaires, tel que le traitement des fonctionnaires, les fournitures administratives, etc. Ensuite les dépenses d'investissement qui visent à renouveler ou accroître les capitaux publics (construction des infrastructures sanitaires, des routes, etc. Les dépenses de transfert ou de redistribution : ce sont des services publics à titre gratuit, tel que l'hospitalisation des personnels publics, dons pour les sinistrés,...). Le budget de l'État présente sous deux formes, à savoir le budget de fonctionnement et le budget d'investissement.

Selon la loi de finance 2016², la part du budget de l'État au secteur santé est de 5,6%, à affecter au développement sanitaire, tandis que pour les autres secteurs, ils enregistrent un taux moyen de 18% du budget. Ce taux montre que le budget de l'État ne reflète pas l'objectif du développement, à cause de sa faiblesse. Le taux d'exécution budgétaire annuel atteint 70% pour le fonctionnement et 35% pour l'investissement.³ Cette faible capacité d'absorption pénalise énormément le secteur de la santé. La dépense en santé par habitant est de 11%, ce qui est loin d'être de celle proposée par l'OMS qui est de 15%⁴. Cela montre aussi la faiblesse de la part de l'État aux secteurs santé. Le budget de l'État suit la règle de la transparence et de la bonne gouvernance. La DRSP est la représentante du Ministère de la Santé au niveau des SDSP. Le tableau suivant montre la part de l'État dans le financement de services de santé, dans les activités des districts.

Tableau N° XIII : La part financière de l'État dans les services santé (en millier d'Ar)

Source de financement	Montant	Proportion
Budget de l'État	135266,86	48,5%
Hors budget	143588,00	51,5%
Total	278874,86	100%

Source : DRSP Atsinanana en 2015

¹ Angelina VAVISOA, Cours d'économie financière, 4^{ème} année en économie, Université de Toamasina, AU : 2014- 2015

² Ministère de Finance et de Budget, Circuit d'exécution budgétaire, Madagascar 2015, P.43

³ Malika DELASSALE, *Madagascar : un nouvel élan, un nouvel défi*, Madagascar 2007, Édition CERIC, P. 228

⁴ Malika DELASSALE, *Madagascar : un nouvel élan, un nouvel défi*, Madagascar 2007, Édition CERIC, P. 229

L'inégalité entre les sources de financement du secteur santé a un impact sur le développement sanitaire. Ici, la part de budget ne représente que 48,5% alors que l'autre trouve 51,5%. Dans le budget annuel de l'État, le bailleur de fonds peut y prendre part, alors que d'après le résultat trouvé ici, le bailleur de fonds ne prend que partiellement part au budget du gouvernement. Presque la moitié de l'aide au financement du secteur santé de la DRSP Atsinanana vient de l'aide hors budget. Cette faiblesse de l'aide au budget constitue un obstacle aux élargissements de l'espace budgétaire.

Il y a le principe d'universalité, le principe d'unanimité alors que la gestion budgétaire actuelle n'est pas transparente ; l'appui extérieure est volatil et incertain, ce qui rend la préparation du budget difficile¹.

b) Les processus budgétaire

Les acteurs budgétaires sont les responsables des services des institutions ou des Ministères pour l'élaboration et la gestion du budget. Ils sont les seuls habilités, à l'exclusion de toutes autres personnes, à signer, viser et certifier les diverses pièces de dépense. La nomination de ces acteurs est obligatoire à chaque changement de codification budgétaire². Nous allons citer les acteurs comme suit : il y a le Coordonnateur du programme (CdP) qui est le meneur du programme, celui qui assure le suivi et l'évaluation du programme. Il répartit les crédits, en suivant le programme prioritaire de chaque département concerné, en fonction du taux de régulation fixé, et le contrôle de suivi interne. Après avoir consolidé les documents de suivi et le Rapport Annuel de Performance (RAP), il les transmet à la Direction Générale, pour signature, en délivrant la note de présentation y afférente ; le responsable du programme (RdP), il engage la mise en œuvre opérationnelle de ces programmes, ainsi que ces objectifs ; l'ordonnateur secondaire (Ordsec) est chargé de la gestion budgétaire et financière des crédits qui leurs sont alloués en respectant la législation et la réglementation relatives à la gestion du personnel, et la liquidation et le mandatement des dépenses publiques ; la Personne Responsable des Marchés Publics (PRMP) assure le contrôle en matière de commande et les travaux publics, c'est une personne morale qui est tenue de déterminer aussi exactement que possible la nature et l'étendue de l'ensemble des besoins à satisfaire durant l'année budgétaire à venir (n+1) que ce soit en matière de travaux, de services ou de prestations intellectuelles. En suivant le code des marchés publique, elle est à la charge des procédures de la passation

¹ MINSAP, Profil du système de santé de Madagascar, Madagascar 2004, P.13

² Ministère de Finance et de Budget, Circuit d'exécution budgétaire, Madagascar 2015, P. 32

des marchés depuis le choix de la procédure jusqu'à la mise en place des marchés définitifs ; le Gestionnaire d'Activité (GAC), il est le dernier qui traite le dossier couvrant les programmes. Il est responsable de la présentation de proposition des dépenses notamment, en définissant les besoins avec les spécifications techniques et le PTA (Plan de Travail Annuel). Le programme ici ce sont les listes des demandes émanant de chaque service et direction concerné, utiles au fonctionnement de l'objectif de ces départements. Ce sont des dossiers à communiquer à l'Ord sec. Une fois que les dossiers sont validés au pilotage central, le GAC délivre la certification des services faits signe de l'exécution des activités. Il appartient aussi à ce dernier de transmettre la réalisation ou non de ces activités avec des motifs précis au RdP et à l'Ordsec. Le problème de procédure, de compétence et de coordination cadré par les acteurs de l'exécution budgétaire, bloque l'efficacité des dépenses de fonds alloués à ce secteur

B- Les apports de PTF

a) Le rôle des bailleurs de fonds

À la suite d'une présentation des cadrages stratégiques bien planifiés, les partenaires financiers sont motivés à prendre part à la réalisation de ces derniers. Les bailleurs de fonds sont les partenaires financiers, qui aident les pays en difficulté financière, à couvrir leur étranglement financier, en faveur de l'État bénéficiaire. La plupart des bailleurs impose comme exigence, la stabilité politique, surtout dans les pays en voie de développement. Cette aide se présente souvent sous forme de dettes à rembourser, avec des taux d'intérêt un peu faibles. Concernant le volet santé, Madagascar fait partie des pays bénéficiaires de l'aide venant de l'extérieur. Les partenaires contribuent au développement du secteur santé, apportent leur aide technique, financier à la réalisation et à l'effectivité de différentes activités, en espérant atteindre les objectifs. En général, la Banque Mondiale finance les projets de développement et l'Union Européenne apporte son soutien pour la stabilité macroéconomique du pays. Madagascar étant un pays à faible revenu, ses organismes lui apportent leurs soutiens, pour stimuler la demande des usagers tant urbains que ruraux. Avec la faiblesse du revenu des ménages 1,25\$ par jour, les gens rencontrent des problèmes dans leur dépense en santé¹. De ce fait, il est impossible pour ces derniers d'accéder aux soins de qualité ; d'un autre côté, la faiblesse des ressources financières de l'Etat ne lui permet pas

¹ Solohery RABESALAMA, Emile, La viabilité financière de centre de santé de base à Madagascar : vers une nécessité de système de mutuelle et d'assurance maladie, Revu économique, Madagascar 2015

d'offrir un soin de qualité.

Les principaux partenaires financiers et techniques dans le fonctionnement des activités de FS dans la région Atsinanana sont les suivants :

- Le PASSOBA : est un projet à but non lucratif, qui apporte une aide au renforcement des capacités du personnel en santé, à partir de différentes formations continues, et à l'appui technique et financier des DRSP, surtout les formations sanitaires périphériques, dans des zones enclavées.
- L'USAID MIKOLLO : aide à la formation des AC en programme prioritaire, au niveau communautaire ;
- Le GAVI apporte de l'aide à la maintenance des chaînes de froids des CSB, et la disponibilité des pièces de rechange ;
- L'UNICEF ou Fonds des Nations Unies pour l'enfant, contribue à la lutte contre les maladies évitables par la vaccination dans les zones périphériques de la région.

b) Le problème du morcellement de l'aide

L'aide des partenaires financiers et techniques n'est que parcellaire, par rapport aux dépenses de santé engagées par les services sanitaires publics. Cela constitue un obstacle à l'élargissement de part de gouvernement dans le secteur santé. Les services santé privés sont amplifiés par l'existence de différents ONG, presque dans les districts de la région ; car d'après l'effectif des FS publiques et privées énumérées dans la première partie du travail, les CSB privés représentent 15% des CSB existants dans la région. Le cadre statutaire de la plupart des projets ONG dépend des apports techniques et financiers venant de l'extérieur. Plusieurs personnes comparent la qualité des soins entre le service public et le service privé, et optent plutôt pour l'offre de soins privés. En voyant la performance des activités qui répondent aux besoins de la population, tant en quantité qu'en qualité des soins privés, les partenaires ne tardent pas à les soutenir.

La continuité de l'aide apportée par les bailleurs de fond dépend souvent de la bonne marche des activités existantes. Vu la faiblesse des institutions et de l'organisation au niveau central, il y a gaspillage de ressources au niveau des pouvoirs décentralisés. D'où les partenaires ne sont tellement motivés pour apporter leur aide aux services de santé publique.

L'instabilité politique fréquente dans le pays emmène les bailleurs de fond à réduire le

financement du secteur de la santé. Tout cela constitue un indicateur de sous-développement. Dans la plupart des cas, l'État se préoccupe de la stabilité macroéconomique. Dans une mauvaise gouvernance, il n'y a pas de distinction entre rôle économique et rôle politique. La politique, en général, permet de réguler le cycle économique, alors qu'à Madagascar, la politique dévie de sa vocation. L'action des parties politiques, sur le secteur public ont des impacts négatifs sur la vie de la population, surtout en matière de bien-être.

§ 2 : Les ressources financières internes

Les ressources financières internes des services de santé sont représentées par le système de la participation communautaire ou connu sous le nom appelé « FANOME »¹.

A- Le FANOME

a) La Présentation du FANOME

À l'époque de la colonisation, les soins médicaux et les médicaments étaient gratuits et financés par un budget sanitaire autonome. Avec ce système de gratuité, l'ambition était l'accessibilité de tous les Malagasy aux soins médicaux, en protégeant chaque personne contre les risques financiers. Tout cela a un impact négatif et aboutit à des marchés non concurrents, absence de règles, le personnel en santé est corrompu, manque de médicaments, etc. Face à cela, la population n'en a plus confiance et diminue son utilisation des services publics.

Le Participation Financière des Usagers a été mis en place, à partir de ce moment, pour remédier cette lacune. Tous soins et médicaments sont payants. Les fonds obtenus sont assurés la qualité des services de soins. La population est satisfaite, quant à la qualité de soins, et à la disponibilité de médicaments, mais leurs demande diminue à cause de la faiblesse de leur pouvoir d'achat. De ce fait, le taux de fréquentation des services de santé médicaux est en baisse. Pour y échapper, les gens cherchent un système de santé présentant un faible coût. Pour résoudre le problème de la baisse de fréquentation du centre de santé, la fameuse PFU a été remplacée par le « FANOME ». Ce dernier est un mécanisme de financement en faveur des gens connaissant des difficultés financières à l'accessibilité aux soins. Son objectif est de servir des consultations gratuites pour le suivi de diagnostic, avec des prix de médicaments à la portée de différentes couches de la population. Le FANOME

¹ MINSAP, Plan de Développement du Secteur Sanitaire, Madagascar 2015, P.19

est placé au niveau des CSB. Pour les populations les plus démunies, il y a ce qu'on appelle « le fonds d'équité ». Ce FANOME a sa propre gestion au niveau des centres de santé : il y a le Président CoGe ou Comité de Gestion, le Trésorier (ère), le secrétaire.

Le financement budgétaire de ce dernier est illustré par la formule macroéconomique de la santé suivante :

$$D = (I+C) + M + A^1 \quad (5)$$

Avec D, la dépense engagée par le CSB relative au système FANOME. Le premier terme (I+C) est le prélèvement obligatoire ou impôts. La redistribution par l'État de cette recette principale, pour la santé n'est pas totale : 65% de la part de ce I+C sont financés par le gouvernement en médicaments, en paiement du salaire des secrétaires de CoGe ; et tout ce qui est en dehors des dépenses engagées par le FANOME ; les 35% restants sont laissés à la charge des usagers, ou la part de ces derniers qui correspond au deuxième terme M. C'est la raison pour laquelle le nom « FANOME » est une version Malagasy, qui signifie que « j'apporte juste ma participation » ; et A n'entre dans ce circuit que lorsque si la personne cible adhère aux assurances privées ou aux mutuelles communautaires.

Du côté financier, le FANOME connaît des difficultés dans la gestion et l'administration au niveau des dépenses des services de santé. Le président CoGe et le secrétaire reçoivent leur rémunération, à partir du surplus obtenu qui est de 1.35% des recettes totales du FANOME. C'est-à-dire le surplus du prix de gros des médicaments, d'après ce que l'on vient de montrer, les 65% des prix des médicaments est financé par l'État mais le 35%, c'est la part de chaque patient qui fréquente les CSB. Le rapport d'activité est fait tous les deux mois, par le Président CoGe, et il l'envoie au BSD. Entre temps, la gestion de ce dernier s'avère difficile et en retard à cause des contraintes de l'éloignement de l'endroit où se trouve le CSB. Prenons le cas de district de Toamasina II, avec la route délabrée, le processus accuse un retard, cela perturbe l'arrivée de médicaments, et la perception de salaires des responsables. Le problème de détournement de fonds de la part du personnel, étant donné le non disponibilité des médicaments, la demande des usagers diminue, il en est de même des recettes du centre. Le retard de l'arrivée du salaire est à l'origine de ce détournement. C'est un système incertain, car les recettes dépendent de l'apparition de la maladie dans d'une personne. Ainsi, tout dépend du moyen financier de chacun.

¹ Développement en question, Revue sur la disposition du système FANOME à Madagascar, Tananarive 2006, P. 20

b) Le mécanisme du Fonds d'équité des pauvres

Le système FANOME prévoit l'accès des démunis aux soins de santé gratuit. « Les démunis sont les personnes reconnues par la société comme les plus nécessiteuses, sans ressources, et n'ayant pas la capacité de subvenir à leur besoins ; ceux qui ne possèdent absolument rien et qui vivent au jour le jour, en fonction d'un emploi trouvé au hasard, qui apporte la nourriture du jour »¹. Le fonds d'équité est une transaction sociale de pouvoir d'achat des usagers du CSB, qui peuvent payer la dépense de santé, aux couches vulnérables qui ne le peuvent pas. Il est tiré de la marge bénéficiaire du prix de vente des médicaments aux CSB, il est à hauteur de 2,2% de la recette. C'est comme un mécanisme de prélèvement obligatoire à l'égard des usagers du CSB. C'est un système de financement des ménages à faible revenu. Avec ce fond, les pauvres peuvent bénéficier de soins auprès des centres de santé. La plupart des gens dans la région Atsinanana sont des populations qui habitent dans le monde rural et qui ont des difficultés financières face à ce type de dépense. C'est la raison pour laquelle l'instauration de ce Fond d'équité connaît une réussite, concernant l'accès de ces gens aux soins médicaux.

Dans le milieu urbain, ce système n'est que peu répandu surtout dans la ville de Toamasina I. La majorité de la population a comme premier choix le CSB et après les soins hospitaliers. Le fonds serait le résultat des dons et d'une charité publique qui proviennent des groupes de personnes ayant les moyens de se faire soigner auprès des centres de santé. C'est comme un système d'allocation des ressources aux gens qui en ont besoins. Il repose sur un choix, mais n'ont sur un droit. La redistribution des ressources résulte du choix du donateur. L'existence de ce fond d'équité est l'expression d'une véritable solidarité entre les usagers et les démunis. Est-ce que cette nouvelle disposition financière des pauvres garantit leurs accès aux soins ? Le problème du fonds d'équité réside dans la pérennisation de ce système. Entre la population démunie et les usagers du CSB, le bien-être de l'un ne peut être atteint que celui de l'autre est détérioré. Or, la majorité des usagers vivent dans l'incertitude, c'est-à-dire ils ne sont pas sûrs d'avoir des revenus réguliers, alors que l'accès aux soins dépend de l'existence de revenus.

Il y a aussi une échappe au système du mécanisme de la redistribution fondamentaux qui est la base de la mise en place d'une justice sociale. La notion de la justice sociale selon

¹Développement en question, Revue sur la disposition du système FANOME à Madagascar, Tananarive 2006, P.17

William Beveridge est basé sur la redistribution équitable dont tout le monde aura sa part « (...) du pain pour tous et du gâteau pour quelques-uns »¹. Quand l'Etat redistribue ses ressources principales pour financer le système de santé, il y a quand même la part des usagers du CSB envers les populations à faible revenu par le biais de Fonds d'équité. C'est la redistribution horizontale : chaque individu cotise pour lui et pour les autres et obtient le même droit et le même besoin. Le fond d'équité est similaire à la notion de la justice sociale. La redistribution verticale c'est que tout le monde doit y contribuer et doit y recevoir. C'est la fondation d'une redistribution équitable qui met tous les catégories de la population à la contribution (les riches, les moins pauvres, les plus pauvres). Mais le système de Fonds d'équité est confronté avec la difficulté d'ordre éthique car il ne s'agit que les pauvres. Les riches sont y moins contribuent car ce système s'agit du simple soin à bas niveau, qui est différent de celle des cabinets médicale privé avec des personnels de santé et des équipements performantes. Il y a la catégorie des personnes aisées dont la fréquentation des centres de santé publique, n'est pas une priorité.

Une des analyses d'Arrow (1971) concernant le marché de soins, parle de l'incertitude pesant sur la demande de santé ; de ce fait, il renvoie le rôle de l'assurance maladie ou des mutuelles de santé.

B- Les mutuelles de santé

a) Les assurances mutuelles

Une des causes qui limite l'accès de la population aux soins de santé, c'est le recouvrement de la dépense de santé, surtout pour les pauvres. L'existence du Fonds d'équité remplit la non solvabilité des gens. Ce fonds a ses limites, car il n'est pas apte de mettre en place une justice sociale et de solidarité pour toutes les catégories de gens, afin d'abolir le système de contrainte sur le revenu des usagers des services de santé à la faveur des pauvres. Face à cela, une des analyses sur les marchés de santé menée par un auteur met en évidence l'importance de l'incertitude. Sur le marché des soins, où le médecin détient plus d'informations que le patient, peut conduire aux asymétries des informations. Ainsi, pour minimiser les risques financiers sur la dépense de santé, la population est en possession d'un fonds grâce au prélèvement obligatoire subi par leurs salaires ; ce système de couverture, c'est la mutualisation ou l'assurance maladie.

¹ Modongy ROLAND, Cours d'économie de développement, Université de Toamasina, AU : 2014- 2015

La couverture maladie se présente suivant trois branches :

- la branche sur la prestation familiale ;
- la branche sur le vieillissement et le décès ;
- la branche sur l'accident de travail et la maladie professionnelle.

En général, la sécurité sociale, porte ici sur l'assurance liée au travail professionnel. Les travailleurs dans le secteur légal et formel bénéficient obligatoirement du système d'assurance maladie, évoqué par le code du travail. Les salariés du secteur public ont accès aux dispensaires publics. Ceux du privé, avec leur ayant droits, bénéficient des soins auprès des centres de santé indiqués par la société. Les fonctionnaires ne s'adressent pas à d'autres services de soins en dehors de ceux prescrites par la convention, de peur de non remboursement des frais hospitaliers. De même pour les salariés du secteur privé. En théorie, les travailleurs bénéficient d'une couverture complète, mais en pratique, le remboursement des frais est aussi une énorme contrainte. Les bénéficiaires de cette assurance sont assurés seulement, en cas d'hospitalisation et de la consultation à un endroit précisé à l'avance. Mais s'il va dans un autre centre, il ne sera pas couvert. De ce fait, ils subissent des coûts, comme tous les gens qui ne sont pas assurés.

b) Le problème lié aux assurances maladies

Ayant peur du coût très élevé de la dépense en santé, les gens ont recours à l'assurance mutuelle. Cela diminue le coût engagé par la personne sécurisée, à l'achat des soins aux services médicaux. Les mutuelles de santé entre dans la conception de l'incertain, car il se peut que l'individu ne soit pas souvent malade, alors qu'il paie mensuellement sa part de façon continue. D'ailleurs, s'il tombe malade, si le médicament prescrit par le médecin traitant au centre de santé désigné, l'individu est censé acheter des médicaments à l'extérieur, avec un prix auquel il ne s'attend pas. S'il n'est pas membre d'une mutuelle, c'est une autre contrainte, alors, il choisit de ne pas se faire soigner ou il choisit l'automédication.¹

D'après une enquête auprès des patients qui consultent le CSB II Ankirihiry Toamasina I en juillet 2016, l'existence de sécurité sociale aide la population à couvrir le coût élevé sur le médicament. Alors que la plupart des gens se plaignent du prix des médicaments à cause de la couverture partielle des médicaments par les assurances mutuelles.

¹ Développement en question, Revue sur la disposition du système FANOME à Madagascar, Tananarive 2006, P.19

Il existe des médicaments essentiels dans la pratique du traitement médicale, qui ne tenant pas compte par ces assurances mutuelles. Ces dernières ne couvrent pas le prix de médicaments inscrits sur la LME. De ce fait, la population doit payer directement. Les patients hospitalisés et ambulatoires paient directement leurs médicaments. Les règlements des tickets modérateurs ou participation financière pour les consommations en santé est demandé au moment de la prestation de service. Les couvertures globales, dans le système de santé, sont très limitées à Madagascar. Les pauvres ont des difficultés pour accéder à cette couverture. Les travailleurs formels utilisent le plus ce système. La faiblesse de cette couverture ne permet pas d'assurer les familles à faibles revenu, n'ayant pas le moyen de cotiser.

Dans le domaine des ressources financières, le système de santé présente un manque tant dans la gestion que dans la quantité. Les ressources humaines sont également importantes dans le développement du secteur de la santé. Nous allons, dans la section suivante, aborder ce sujet.

SECTION II : LES RESSOURCES HUMAINES

Dans cette section, nous étudions le volet sur les ressources humaines qui représentent aussi des facteurs cruciaux dans le développement du secteur de la santé. Le premier paragraphe analyse les catégories de personnel de santé, et le deuxième est axé sur la gestion des ressources humaines.

§ 1: Les catégories des personnels de santé

Le nombre total des personnels de santé est très variable. Les chiffres existants ne représentent pas la totalité du nombre des personnels qui exercent effectivement leurs professions. Pour plusieurs raisons, la plupart d'entre eux ne sont pas recueillis par l'Etat. Au niveau de la région, on compte seulement 360 individus travaillant pour le compte de l'Etat. Quant à ceux qui travaillent dans le privé, leur nombre n'est pas précis. Les catégories sont connues à partir des postes occupés, selon le type du corps médical et du personnel administratif de santé.

A- Les différents types de corps médical

Les services de santé dans le niveau périphérique comme les CSB et les CHRD présentent des corps médicaux assurant la fonctionnalité de ces premiers. Les différents corps médicaux existants au niveau de ces services de santé sont les suivants :

- Les médecins, il s'agit des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Les médecins généralistes sont constitués, en général des détenteurs de diplôme de doctorat en médecine, diplômés d'état (DE). Ils assurent comme activité l'assistance médicale, le traitement général et limité. L'âge moyen des médecins varie entre 38 et 65 ans. Les médecins spécialistes ont une spécialité spécifique et dispensent des soins de diagnostics et de traitement spécifiques. Ils ont été formés à la même branche que les généralistes, mais ils ont effectué deux ans d'études de plus. Ils peuvent assumer les fonctions des médecins généralistes.
- Les sages-femmes s'occupent de l'accouchement et du suivi des mères enceintes. Les sages-femmes diplômées d'État sont formées dans les écoles de l'enseignement médico-social, et la plupart sont des femmes. Il y a aussi les SF d'assistance médicale, qui sont les diplômées de l'ancienne école et ancien régime de médecine.
- Les infirmier(e) sont les assistants des médecins généralistes, et en l'absence de ce dernier, ils peuvent accomplir les tâches telles que les soins primaires. Les diplômés d'État sont formés dans les écoles médico-sociales ou paramédicales.
- Les chirurgiens-dentistes, ce sont les responsables des soins bucco-dentaires. La plupart des dentistes ont été formés dans la fameuse école de l'université de Mahajanga.
- Les pharmaciens. Au niveau des CSB, la pharmacie est assurée par le système de FANOME et les pharmaciens(ne)s sont les agents communautaires. Leurs diplômes ne sont pas pris en compte, car ils ne font que vendre des médicaments. Quant aux pharmaciens des CHRD, ce sont des pharmaciens diplômés d'État, et la majorité ont été formés dans les écoles normales supérieures de Tananarive.
- Les agents de santé ou agents communautaires sont ceux qui sont plus proches de la communauté, surtout en brousse ; ils gèrent le mouvement des soins de santé dans ces localités. Leurs principales fonctions au niveau des CSB sont d'assurer la vente des médicaments. Ils ne sont pas des fonctionnaires, mais c'est la commune qui paie leurs rémunérations à titre de subvention. Ici, ce sont les personnels d'appui. Le tableau suivant montre la répartition par district du corps médicaux dans le secteur public, au niveau de la région Atsinanana.

Tableau N° XIV : La répartition par district du corps médical

Corps Districts	Médecin spécialiste	Médecin généraliste	Chirurgien- dentiste	Sage- femme	Infirmier (ère)s	A gent de santé	TOTAL
Toamasina I	12	22	7	45	24	16	126
Toamasina II	04	17	1	26	19	04	71
Brickaville	02	19	2	16	23	12	74
Vatomandry	03	22	1	17	39	20	102
Manapotsy	0	02	0	10	13	01	26
Mahanoro	04	08	2	16	39	07	76
Marolambo	02	05	1	26	21	08	63
TOTAL	27	95	14	156	178	68	538+45*=583

Source : DRSP Atsinanana, 2015

*c'est le total des pharmaciens au niveau des CHRD II et les officines de Toamasina I dont 38 personnels sont des agents au niveau des PhaGeCom.

Ce tableau montre que la majorité du personnel de santé du secteur public, quelle que soit la catégorie considérée, se trouve dans le chef-lieu de la région, dans le district de Toamasina I. Le district de Manapotsy dispose du plus faible effectif, par rapport aux autres districts. À Toamasina I, on trouve effectivement 44% des médecins spécialistes, 23% des médecins généralistes, 50% des chirurgiens-dentistes, 25% des sages-femmes, 13% des infirmiers(ère)s, 23% des agents de santé (exclu les PhaGeCom) et 60% des pharmaciens (y compris les privés). Ce déséquilibre de la distribution du personnel existe entre les zones urbaines et les zones rurales. La majorité des personnels de la santé du secteur privé se cantonnent également dans les zones urbaines. L'offre de soins par des personnels qualifiés se rencontre particulièrement en zones urbaines.

Le nombre de personnels exerçant dans le secteur public, dans la région est, pour les médecins spécialistes 4% (27), 17% (95) des médecins généralistes, 2% (14) des chirurgiens-dentistes, 28% (156) des sages-femmes, 33% (178) des infirmier(ère)s, 12% (68) des agents de santé, 8% (45) des pharmaciens.

Rapporté au nombre total de la population de la région, estimé à 1 420 289 habitants, le secteur public dispose des estimations de ratio suivants: 1 médecin (soit spécialiste soit généraliste) pour 11 641 habitants, 1 chirurgien-dentiste pour 101 449 habitants, 1 sage-

femme pour 9 104 habitants, 1 infirmier(ère) pour 7 979 habitants, 1 agent de santé pour 20 886 habitants et 1 pharmacien pour 31 561 habitants. Ce ratio montre le faible volume des personnels de santé. D'après une enquête menée auprès des CSB II, dans des districts périphériques, il y a des CHRD fermés, comme ceux du district de Manapotsy et de Brickaville, en 2015, à cause du manque de personnels de santé. Des agents de santé partent à la retraite, cela se traduit par une surcharge de travail pour les personnels restants, cela diminue la performance et a un impact négatif sur le développement du secteur de la santé dans cette région.

Les personnels administratifs sont aussi des intervenants essentiels pour l'atteinte des objectifs, dans le développement du secteur de la santé. Nous allons maintenant parler directement du personnel administratif de la santé.

B- Le personnel administratif

Le personnel administratif est l'ensemble du personnel qui assure les services administratifs au niveau des BSD de chaque district. Parmi ces personnels, il y a des médecins, des paramédicaux, mais ils accomplissent des tâches dans le domaine de l'administration. On y trouve des postes de secrétaire, assurant la mise en archive de toutes les décisions nécessaires au fonctionnement du centre hospitalier et des CSB ; la plupart sont titulaire du diplôme de baccalauréat minimum. Certains personnels du centre de santé assurent le service trésorerie et gestionnaire du centre comme les intendants et les économes hospitaliers. D'autres personnels assurent les services complémentaires des CSB et des CHRD, tels que les gardiens, les femmes de ménages,...

Le problème lié aux comportements des personnels administratifs c'est la gestion du temps. Cette dernière ne fait pas partie des préoccupations des agents de santé, entraînant une surcharge de travail, le non-respect et le non suivi des calendriers établis. Les premiers responsables des services ou des centres de santé sont absents de leur lieu de travail, parfois à 70% du temps de travail. Cela a un impact sur le développement de la santé.

À part l'insuffisance de personnels de santé, leur gestion connaît aussi des contraintes, que nous allons analyser dans le paragraphe suivant.

§ 2 : La gestion des ressources humaines

A- Le mécanisme de recrutement

a) Le lancement d'un avis de recrutement

La gestion des ressources humaines pour le recrutement et les affectations se fait en collaboration avec le Ministère chargé de la Santé Publique, le Ministère chargé de la fonction publique, le Ministère chargé des finances et des Budgets et les directions régionales.

Comme tout agent économique producteur, en cas de besoins en personnels, le MINSAP lance un avis de recrutement, surtout pour le poste administratif, et par voie de concours ou de sélection pour les personnels techniques comme les médecins généralistes, les paramédicaux, les dentistes, etc.

Puisque tout recrutement se fait par voie des arrêtés ministériels, la nomination est décidée par le pouvoir central.

Le MINSAP établit une directive, suivi d'une note de service informant les intéressés sur le service concerné. Cette note contient la situation des effectifs des personnels de ce service concerné, et une enveloppe financière correspondante qui constitue le « projet de décision » adressé au Directeur Général et aux contrôleurs financiers du MFB, ainsi qu'au Directeur de la gestion du personnel de l'État du Ministère chargé de la fonction publique. Le dossier est ensuite retourné au MINSAP pour signature du Ministre et à la fin, il active la mesure d'accompagnement. Une fois l'intéressé recruté, il a un délai de huit jours pour rejoindre son nouveau poste, c'est la première prise de service. L'État en tient compte, comme pièce car il y a des dépenses qu'il a engagées, surtout en cours d'élaboration des procédures y afférentes. Le gel de recrutement des diplômés sortant s'opère au niveau de la fonction publique et ensuite se répercute sur les services décentralisés. La gestion des ressources humaines, telles que recrutement, affectation, plan de carrière,... se fait au niveau central.

La nomination d'un agent à l'intérieur d'un district est sous la seule responsabilité du Médecin Inspecteur de ce district, seulement il faut que cela soit conforme aux normes, aux critères édictées par le MINSAP.

Au niveau du district, malgré la décentralisation du pouvoir, le transfert de

compétence entre personnel est difficile. L'organigramme est assez lourd avec 112 SSD à Madagascar¹. Le pouvoir public n'arrive plus à suivre de près le comportement des personnels en santé, occasionnant des gaspillages au niveau financier et du temps, ne faisant qu'aggraver la situation.

b) Les critères correspondants

En général, le recrutement des personnels de santé est lié aux recommandations des bailleurs de fonds. L'offre d'emploi repose sur les critères de qualification des personnels concernés, exigés par le MINSAP. Pour pouvoir satisfaire les besoins attendus par l'Etat, des travailleurs qualifiés, l'adéquation et l'efficacité de la formation initiale doivent être soutenue par une estimation des besoins qualitatifs et quantitatifs sur la base de la nouvelle politique mise en œuvre ; la planification des besoins en formation initiale par les facultés de médecine et les écoles paramédicales ; la prise en compte des révisions des programmes de formations, alors que la formation continue souffre du manque d'harmonisation des formations, du caractère limité de leurs impacts.

Au niveau périphérique, il y a multiplicités des formations, surtout privées paralysant l'organisation et la qualification des formations issues de différent programme. Le manque caractéristique des programmes enseignés, non adaptés aux prestations attendues du personnel, dans les formations sanitaires. La faiblesse du système de planification, entraînant une inefficacité entre le nombre annuel des diplômés et la capacité d'absorption des secteurs publics et privés ; il faut aussi tenir compte du problème des sélections des dossiers, dès la première année, en école médicale publique, où l'on exige plus qu'il ne le faut dans les critères nécessaires à la présélection des étudiants. La notion de motivation se pose également dans la demande de travail en santé publique faite par les diplômés sortant de la faculté correspondant. Elle porte sur la motivation due à la décentralisation et le ravitaillement de service, la rémunération dans le cas où il y a une baisse de salaire, en terme réel, la sanction ou la récompense, l'emploi et les plans de carrières. La fragilité de l'Etat dans la gestion du personnel diminue la motivation des agents de santé à accomplir leurs tâches. « C'est un Etat moralisateur. Les gens préfèrent des mots privés plutôt que public, car ce dernier régit beaucoup de corruptions, une chaîne pénale anti-corruption devient alors

¹ MINSAP, Plan de Développement du Secteur Sanitaire 2015-2019, Tananarive 2015, P.5

la corruption anti-pénal »¹

B- Le mécanisme de l'affectation et le plan de carrière

a) L'affectation

Les procédures sur l'affectation sont différentes, selon que le personnel de santé est affecté à l'intérieur de son district ou à l'extérieur. La mobilité d'un agent de santé, d'un district à un autre nécessite un accord entre les deux médecins chefs des deux districts ; et la mobilisation au niveau des régions se fait à partir de l'accord du MINSAP². La cellule régionale sur la gestion du personnel ou le SAF procède :

- à la consultation des dossiers
- à la coordination avec les autres cellules administratives,
- à la ratification de la disposition ;
- à la notification du MINSAP

La situation existante concernant cette mobilisation se présente comme suit : des médecins sont recrutés pour exercer dans les CSB périphériques, et s'engagent d'y rester au moins deux ans. Après quelques mois, pour des raisons qu'ils considèrent comme prioritaires et essentiels, ils demandent d'être affectés à Toamasina I, après la prise de service. Des raisons familiales telles que conjoint, parents ; des raisons médicales comme certificat médical attestant des maladies nécessitant une surveillance médicale à Toamasina. Beaucoup de médecins ou de paramédicaux, dans le secteur public, préfèrent rester dans l'informel, ou rester comme des chômeurs, au lieu de s'installer dans les zones rurales ou en brousse pour travailler. La notion de la préférence tient une grande place dans la gestion de l'affectation des agents de santé. La considération d'une personne est plus grande, plus son occupation ou sa place administrative est importante.

Par exemple : la demande d'affectation d'un simple personnel administratif est plus compliqué que celle de la famille des supérieurs dans cette même carrière, ou bien d'un supérieur.

Ainsi le manque d'effectif des agents de santé, renforcé par la centralisation dans la

¹ Modongy ROLAND, Cours d'économie de développement, Université de Toamasina, Année 2015

² Blanche Nirina RICHARD, hôpital et système de soins de santé à Madagascar, l'Harmattan, 2005, P.104

ville, constitue un problème crucial dans le secteur santé, le milieu rural en est le plus victime.

b) Le plan de carrière

À part le recrutement, dans la stratégie de la gestion de l'emploi, la prise en charge de la carrière d'un personnel est aussi un fait essentiel. Le terme carrière signifie l'aptitude d'un individu à maîtriser la nature de sa profession. La gestion de carrière est un processus mutuel qui vise, par le biais de la formation, de la promotion, des mutations temporaires, ou encore la création de projets spéciaux, à préparer un employé, en fonction des besoins futurs de l'organisation, tout en tenant compte de ses capacités et de ses intérêts. Elle évalue la performance de la personne titulaire, au niveau d'un centre de santé.

La carrière d'un fonctionnaire est gérée de manière indifférenciée par la fonction publique, et ne tient compte, ni du secteur d'appartenance, ni des fonctions des agents de santé à l'intérieur d'un même établissement. Chaque année, le supérieur fait une évaluation de la performance, sans se baser sur les indicateurs de la bonne performance des personnels, mais seulement sur le principe de prime.

Le niveau de performance apprécié suivant la mesure de la considération des comportements au travail, en fonction duquel un score est donné pour déterminer le pourcentage de la prime en faveur du personnel. La gestion des carrières se fait au niveau central, tout le pouvoir est centralisé, cela renforce le manque de motivation des personnels ; il n'y a pas de plan de carrière suivant des procédures rationnelles de promotion. Avec la faiblesse de la gestion des carrières, le transfert de compétence et de ressource n'est pas effectif.

Le transfert de la connaissance du médecin au patient s'avère une décision difficile, pour ce dernier, malgré l'existence de multiples choix dans le marché. Il est donc essentiel pour le médecin de promouvoir des outillés et matériels d'équipement fiables, de transmettre des informations pertinents aux patients pour que ces derniers puissent disposer des éléments qui leur permettront de faire de choix.

Les ressources matérielles sont importantes dans le fonctionnement des activités du secteur de la santé. Nous allons aborder ce sujet dans la section suivante.

SECTION III : LES RESSOURCES MATÉRIELLES ET ÉQUIPEMENTS

Dans cette section, nous allons invoquer les différents équipements et fournitures médicaux existantes au niveau des centres de santé et les systèmes pharmaceutiques concernant la gestion des médicaments.

§ 1 : Les équipements et fournitures médicaux

L'achat des équipements au niveau des services de santé publique est sous la responsabilité d'un service appelé Personne Responsable des Marchés Publics (PRMP).

A- Le PRMP

a) L'appel d'offre

La PRMP est une personne habile à signer les marchés au nom de l'autorité contractant. Elle assure la procédure de passation des marchés jusqu'à la désignation du titulaire et l'approbation définitive. Elle assure aussi la gestion et le suivi de l'exécution des marchés. Elle dispose un secrétaire et un ou plusieurs UGPM (Unité de Gestion et de Passation des Marchés).

L'UGPM est un service-acheteur, placé sous la responsabilité de la PRMP. Il assure la programmation et la détermination des besoins de la direction correspondante, la préparation des documents d'appel d'offre, la passation et l'exécution des marchés.

Chaque année et avant tout lancement de procédure d'achat, la PRMP est tenue de déterminer aussi exactement que possible la nature, et l'étendue de l'ensemble des besoins, durant l'année budgétaire à venir (n+1), que ce soit en matière de travaux, en matière des fournitures, et en matière des services ou des prestations intellectuelles.

Chaque direction publique contient une PRMP, qui la représente, devant les Ministères, en matière des passations des marchés publiques. Il en est de même pour la Direction Régionale de la Santé Publique Atsinanana. L'autorité contractante, au niveau de passation des marchés, est composée de la personne morale (région) et de la personne physique (le Directeur Régional de la Santé Publique).

À part la dépense allouée au Plan de Travail Annuel (PTA), l'État lance un appel d'offre à tous les prestataires de services tant publique que privée, afin de réaliser ses budgets

d'investissements. Il s'agit ici d'un contrat effectué entre le département d'un Ministère, qui est le responsable de l'exécution d'un tel programme, et des prestataires de service. Il y a un engagement de l'État pour la disposition de l'autre contractant. Tout cela entre dans la réalisation de budget de fonctionnement de l'État, afin de satisfaire les demandes de chaque intervenant des services publics. Le traitement de cette passation présente une anomalie que nous allons voir dans la suite.

b) Les contraintes liées à la passation des marchés

Bien que les trois principes de la procédure de la passation du marché public soient mise en place (libre d'accès aux commandes publiques, transparence des procédures et l'égalité de traitement des candidats), le marché public (Appel d'offre restreint, Marché de grés à grés) présente des problèmes, tels que :

- Le retard de la nomination des acteurs budgétaires, bloque l'accès des prestataires de services publics aux marchés publics, provoque la suspension des activités au niveau du PTA de la région ;
- Le retard dans la collecte des besoins auprès de chaque direction.

Le tableau suivant montre la disfonctionnement de la réalisation des activités auprès de la PRMP de la DRSP Atsinanana.

Tableau N° XV : La réalisation des activités de PRMP

	Nombre des activités prévues	Activités réalisé	Activités en cours
Appel d'offre pour achat de fourniture	19	13	09
Appel d'offre pour travaux	02	00	02
Appel d'offre pour les pièces comptables, et de suivi des dossiers	02	00	00

Source : DRSP Atsinanana, 2016

Afin de réaliser la procédure de passation des marchés, correspond à l'engagement de dépense, les autorités contractantes doivent mettre en place leur PRMP, à chaque fin du trimestre. Concernant les fournitures, au niveau de CSB et de CHRD, il s'agit des fournitures de bureau, pour faciliter le fonctionnement du travail, tel que chaises, tables de bureau, etc. Ce tableau montre que, si les nombres d'activité prévus sont à l'ordre de 19, à la fin du trimestre,

13 seulement sont réalisés. Cela est dû à l'existence des blocages, à plusieurs reprises, dans le budget de fonctionnement.

En matière de services, il s'agit des travaux de la réhabilitation et de construction au sein de CSB ou de CHRD. Si la DRSP a prévu d'un appel d'offre de travail de l'ordre de 2, aucun n'est réalisé, mais restant encore sur les activités en cours. À titre d'exemple : la construction de quelque centres de santé de base dans chaque district. L'insuffisance en nombre de CSB régresse l'accès de la population au service médicale, surtout dans les milieux périphériques. Par exemple, dans une commune rurale de district de Manapotsy, l'absence de CSB dans ce lieu oblige les gens à consulter des praticiens traditionnels, que de marcher à une distance de plus de 5km, pour se soigner. Le cas minime comme celle-ci est difficile à remarquer par le pouvoir centrale à cause de la forte centralisation de la gestion budgétaire et le retard des informations (nomination des acteurs budgétaires, répartition des crédits,...). En matière des pièces comptables et de suivi de dossiers, la réalisation reste floue même sur les activités en cours, à cause du manque de transparence du budget de fonctionnement.

Nous allons parler, dans le paragraphe suivant, les autres matérielles pour la prise en charge de la maladie.

B- L'effectif de ressources matérielles aux services médicaux

a) Les matériels pour la prise en charge des maladies

D'après une enquête auprès de quelque CSB de district de la région Atsinanana, les matériels pour la prise en charge des maladies existants au niveau de ce centre présente un manque.

Pour la consultation postnatale, quelque CSB de district de Manapotsy souffre de l'insuffisance des outils nécessaire au suivi de soin des mères enceintes tel qu'échographie, au niveau de la maternité. Alors, la population doit consulter des services privés à prix couteux. Cela est une des raisons de la forte mortalité maternelle et néonatale dans les zones rurales.

Au niveau des centres hospitaliers : les outils médicaux et consommables sont très essentiels pour la prise en charge du diagnostic des maladies. Il s'agit des outils pour l'imagerie, pour le diagnostic et mesure, pour la chirurgie, pour la stérilisation, des laboratoires, des secours et d'urgence, d'orthopédie et d'hygiène. Le manque et le vieillissement de ces outils, au niveau de centres hospitaliers publics obligent les gens à

consulter les services privés. Par exemple : concernant les outils sur l'imagerie au niveau des centres hospitaliers de district à Toamasina I, seul les CHRD privé ayant ce type de matériel avec un prix élevé, hors de portée de la plupart de la population dans ce district. Dans un autre cas, les gens doivent consulter les centres hospitaliers, situant au niveau de la capitale, pour pouvoir obtenir de soins correspondant à l'utilisation de ces outils.

Concernant l'outil à haut niveau tel que le scanner, l'approvisionnement est assuré par les opérateurs économiques international, comme la collaboration avec la société Médical International. Cet outil se trouve seulement, dans la plupart de cas, au niveau des centres de santé de la capitale.

b) Les matériels de bureaux et de transport

Pour simplifier et minimiser les coûts liés à l'administration des activités du secteur de la santé, les matériels de transport, informatique et bureautique sont très utiles. Le tableau suivant représente l'effectif des matériels de transport disposant chaque district de la région.

Tableau N° XVI : Les nombres des matériels de transport et de bureaux

ENTITES	Voiture	Moto	Ordinateur	Imprimante
Toamasina I	1	3	12	7
Toamasina II	1	17	12	8
Brickaville	1	15	7	3
Vatomandry	2	14	8	3
Manampotsy	1	10	5	1
Mahanoro	1	3	6	5
Marolambo	1	18	6	4
Chefferie	6	1	36	8

Source : DRSP Atsinanana, 2016

D'après ce tableau, chaque district de la région dispose une voiture et seul le district de Brickaville en avait deux. Concernant les motos, le district de Marolambo dote le plus grand nombre par rapport aux autres districts. Les motos sont très utiles pour ces districts, car avec l'enclavement des routes, seul les motos peuvent y accéder pour transporter de médicament venant du chef-lieu de district.

Concernant les outils informatiques, il sert à communiquer, surtout avec les autorités centrales, concernant les informations essentielles dans le développement du secteur de la santé de chaque district. La communication entre le niveau centrale et le niveau décentralisé

est par l'intermédiaire des logiciels informatiques, y compris le GESIS. L'ordinateur sert ici à simplifier le travail en cas de l'élaboration du rapport d'activité, ainsi à la lecture de ses résultats sous formes des fichiers informatiques venant du pouvoir centrale. L'atout pour les ordinateurs de bureau est qu'on reste en communication avec les autorités supérieures ; le district de Toamasina I et de Toamasina II en détiennent le plus grand nombre. Le district de Manapotsy représente le plus faible effectif parmi tous en ce qui concerne les matériels de transport, alors que ce dernier présente des routes délabrés. Cela a un impact négatif dans le transport de médicament, telle que le retard.

Nous allons parler maintenant, dans le paragraphe suivant, les contraintes liées aux volets pharmaceutiques.

§ 2 : Le système pharmaceutique

A- La politique de médicaments

a) Présentation du SALAMA

L'objectif du MINSAP sur le système pharmaceutique est de rendre disponible les médicaments essentiels au niveau des formations sanitaires et des hôpitaux. Le SALAMA est une association à but non lucratif des centrales d'achat de médicament, qui a pour mission de vendre des produits génériques à la formation sanitaire. Il ravitaille les secteurs privés et publiques. Les formations sanitaires établissent leurs commandes, auprès de la Centrale d'Achat SALAMA, à partir d'un catalogue. Le suivi de la commande et de la livraison est assuré par des représentants de la centrale d'achat SALAMA installés à l'échelon intermédiaire ou à chaque service sanitaire publique.

Les achats des produits pharmaceutiques suivent les procédures imposées par les règles des marchés publics (appel d'offre nationaux et internationaux). Le central d'achat est un établissement public, à caractère industriel, et commercial. Les pharmacies publiques se trouvent au niveau des centres de santé de base et hospitaliers. Les pharmacies privés sont ceux qui livre des médicaments, grossiste ou détaillant, en direct au gens qui en besoins. Le prix de médicament auprès de ce secteur connaît une forte valeur par rapport au secteur publique.

b) Le financement de médicament

Les SSD et les hôpitaux bénéficient de budget de l'Etat décentralisé dans le cas où ils font des commandes de médicaments auprès du centre SALAMA. Les médicaments sont des biens économiques qui ont une valeur intrinsèque. Ils sont distribués à titre onéreux dans le marché du soin. Avec une collaboration avec les systèmes de sécurité sociale, le système de santé à Madagascar dispense d'un octroi de médicament gratuit. Il existe des concessions pour que certains groupes de la catégorie des ménages bénéficient de la gratuité des médicaments. Il y a des patients qui n'ont pas les moyens de les acheter, tels que les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et les personnes âgées. Le système de fond d'équité permet de prendre en charge les démunis dans les formations sanitaires et dans les hôpitaux publics.

B- Les contraintes sur la disponibilité de médicaments

a) Le problème de la PhaGeCom et la PhaGeDis

La disponibilité de médicament est un des critères d'appréciation, par les patients, de la qualité de service de santé. Les centres de vente des médicaments pour les CSB et le CHRD publics se trouvent au niveau de la pharmacie à gestion communautaire (PhaGeCom) et de la pharmacie de gros de district (PhaGeDis). Le problème de ces dernières est le non disponibilité des médicaments, qui pousse la population à en acheter auprès de pharmacie privée. L'enquête menée, auprès des patients de CSB II public de district de Toamasina I, a révélé que parmi les patients ayant consulté dans ce CSB, plus de 50% déclarent n'avoir reçu aucun médicament prescrit lors de leur consultation, et d'autres ont reçu une partie de leur traitement et ont dû compléter leur achat de médicament en pharmacie privée lorsqu'ils ont le moyen. Ce non disponibilité de médicament est dû, en général, à la gamme des médicaments restreinte de SALAMA. « Après la suspension de la participation financière des usagers ou PFU en 2002, SALAMA a été recapitalisée car déficitaire, mais la situation n'était toujours pas redressée fin 2006. Le goulot d'étranglement se situe dans la chaîne de distribution et dans les commandes, c'est-à-dire d'ordre logistique »¹

Concernant le système de la fameuse PFU, même si ce système n'est plus en mesure d'effectuer, son application concernant la tarification reste actualisée dans le secteur de la

¹ Malika DELASSALE, Madagascar, Un nouvel élan, De nouveaux défis, l'Harmattan, Madagascar 2007, P.226

santé à Madagascar. Les gens paient directement le prix des médicaments avec une marge de 35% pour le secteur public et 60 à 80% pour les privés. Et pour les fonctionnaires, les frais des médicaments sont pris en charge par l'utilisateur mais la régulation à 100% s'effectue à posteriori¹.

b) Autre problème lié aux gestions de médicaments

Il existe à Madagascar des dispositions juridiques qui autorise les personnels en pharmacie, de délivrer des médicaments. Par exemple : les médicaments génériques, les antibiotiques, les médicaments injectables qui sont dans le cas générale, hors-exigence des ordonnances ou prescriptions médicaux. Sur ce, les gens profitent d'associer à la vente illégale, à la pratique illicite dans le domaine de l'automédication.

La forte tarification des prix de médicament auprès des pharmacies privés est l'une qui pousse les gens à rejeter le soin médical, car à Madagascar, d'après l'Agence de Médicament de Madagascar 2011, il n'y a pas de disposition juridique ou réglementaire influant sur le prix des médicaments. Le gouvernement n'a pas mis en place de système national actif de surveillance des prix des médicaments au détail. Il n'existe pas de réglementation imposant de mettre à la disposition du public, les informations sur le prix de vente des médicaments au détail.

D'une manière générale, la gestion des ressources financières, humaines et matériel-équipements au niveau central nuisent beaucoup de la priorité régionale et locale en matière du développement sanitaire. Les financements tant financière que de personnel au niveau des 7 districts de la région Atsinanana présentent une problématique en termes de volume et de gestion. Les établissements en santé sont sous-équipés et les matériels existants sont obsolètes et usé.

¹ Politique National de Pharmacovigilance à Madagascar AMM, Antananarivo Madagascar 2011, P.15

CONCLUSION

L'analyse du système de santé nous révèle que depuis la mise en place des politiques stratégiques, les services de santé sont caractérisés par des lacunes, tant qualitatives que quantitatives, dans les 7 districts de la région Atsinanana.

À première vue, le secteur santé présente quatre points faibles : la faible demande en santé, le manque d'organisation, en ce qui concerne la gestion des trois ressources respectives, notamment, les problèmes de ressources financières, les difficultés touchent les ressources humaines et matérielles.

En matière de demande individuelle de santé, la faible demande en services de santé se traduit, d'une part, par l'ambiguïté du comportement des gens qui vivent dans le monde rural ou urbain, vue l'influence de leur entourage et de leur capacité individuelle, leurs style de vie. D'autre part, par le faible taux de consultation externe au niveau des structures de santé périphériques, et la faible utilisation de la maternité. Le non gravité des maladies, le problème financier et la distance entre l'endroit où se trouvent l'établissement de santé et le foyer des usagers, la barrière culturelle et sociale, sont les principales causes du non utilisation de ces services. La qualité de soins laisse à désirer, due au manque de compétence des professionnels de la santé, le non-respect du code de la déontologie, assortie d'un manque de qualification et de formation. En matière d'infrastructures sanitaires, l'insuffisance en effectif et le délabrement des couvertures sanitaires publiques ont un impact négatif sur le développement du secteur santé.

En matière de financement, les subventions et les dépenses en santé provenant du budget de l'État, sont insuffisants. En dépit de la faiblesse institutionnelle et du manque d'organisation, le morcellement de l'aide par les Partenariats Techniques et Financiers constitue un obstacle à l'élargissement de l'espace de ce financement. Le système de fonds d'équité était supposé apporter une solution financière pour les pauvres, pour qu'ils puissent accéder aux soins, repose sur la notion de hasard, car cela dépend de la faculté de l'autre mutualiste à utiliser les soins de santé publique¹.

En matière de gestion des ressources humaines, en plus du manque d'effectif, la

¹Malika DELASSALE, Madagascar : un nouvel élan, de nouvel défi. Edition CERIC, Madagascar 2007, P.95

répartition inéquitable entre les centres de santé, au niveau du chef-lieu de la région et des autres districts, aggrave la situation : parmi les personnels de santé recrutés, la majorité décide de s'installer en urbain pour y rester.

En matière de ressources matérielles, le manque et la vétusté des matériels et équipements médicaux utilisés diminuent la motivation de la population à utiliser ce service. Du côté du système pharmaceutique, la non disponibilité des médicaments, l'absence de lois strictes sur la vente illicite et la contribution partielle des assurances maladies ont un effet négatif sur le développement sanitaire. L'insuffisance des Listes des Médicaments Essentiels (LME), avec l'augmentation du prix, pousse les gens à rejeter les soins médicaux. L'assurance en santé n'arrive pas à assurer la famille très pauvre.

L'économiste Kenneth J. Arrow a montré dans son ouvrage du prix Nobel d'économie « Uncertainty and the welfare Economics of Medical » en 1963, que la performance d'un système de santé dans un pays dépend de sa bonne gestion et de son bon management. Afin de résoudre le problème de la santé, des solutions sont essentielles : une meilleure organisation doit être mise en place, la coordination et l'intégration des activités décentralisées doivent être améliorées, un service de gestion financière propre aux BSD doit être mis en place et la transparence et l'habileté durant la passation de marché public doit être renforcée.

Recourir à une analyse du système de recouvrement des coûts sur le coût-efficacité, le coût-efficience et le coût-utilité dans la vraie étude de l'économie de la santé suppose que l'hôpital est coûteux, et ce coût n'est pas tout à fait maîtrisé, pour quelle raison ?

BIBLIOGRAPHIE

I- OUVRAGES GÉNÉRAUX

- AMMI Mehdi, « Analyse économique de la prévention, incitation et préférence en médecine libérale ». Université de Bourgogne. 2011. 542 pages.
- BECKER Gary, Économiste américain, Professeur d'économie à l'Université de Chicago
- BEITONE Alain, CAZORLA Antoine : « Dictionnaires des sciences économiques », Édition Arman Colin, 2009, 438 pages
- DELASSALE Malika, « Madagascar aujourd'hui : un pays ouvert sur l'avenir », Édition CERIC, Madagascar 2005, 223 pages
- DELASSALE Malika, « Madagascar : un nouvel élan, de nouvel défi », Édition CERIC, Madagascar 2007, 285 pages
- RALANDISON Dimby Stéphan : « Bilan des efforts dans l'amélioration de la formation médicale à Madagascar », Université de Tananarive, Madagascar 2003. 112 pages
- RICHARD Nirina Blanchard : "Hôpital et système de soins de santé à Madagascar" Édition l'Harmattan, Madagascar 2005 Tome 1. 204 pages
- SILEM Ahmed et ALBERTINIE Jean-Marie : « Lexique d'économie », 13^e Edition Dalloz 2014, 871 pages.
- THIERRY olivier : « L'épreuve de sciences économiques et sociales », Édition Hachette 1998, 224 pages
- WEIL Georges, « Introduction aux théories et aux concepts de l'économie », Ed Presse Universitaire de Grenoble 2012, 32 pages.
- STIGLITZ Joseph, « Étude de l'asymétrie d'information » prix Nobel d'économie en 2001

II- DOCUMENTS ET PÉRIODIQUES

- Centre d'Etude et de formation en Multimédia, Formation sur l'utilisation des logiciels GESIS, Madagascar 2012.
- Développement en question, Revue sur la disposition du système FANOME à Madagascar. Madagascar 2006. 50 pages.

- INSTAT, Enquête sur les Indicateurs du Paludisme à Madagascar (EIMPD), Madagascar 2012. 112 pages.
- HARTAMANN Laurence, CHAMBARETAUD Sandrine, « Economie de la santé : Avancé théorique et opérationnelle », Revue de l'OFCE, 2004, 268 pages.
- MENAHEM Georges, « Demande de santé ou demande de sécurité », Édition Working paper. Paris 2000. 23 pages
- Ministère de Finance et de Budget, Circulaire d'exécution budgétaire, Madagascar 2016, 144 pages.
- Ministère de la Santé Publique, Annuaire des Statistiques du Secteur de la Santé de Madagascar, 2010. 677 pages.
- Ministère de la Santé Publique, Code de la Déontologie Médicale à Madagascar, Antananarivo 212, 10 pages.
- Ministère de la Santé Publique, Décret Ministérielle N°2015 portant sur l'Attribution de Ministre de la Santé Publique. Antananarivo 2015, 15 pages.
- Ministère de la Santé Publique, Plan de développement du Secteur Sanitaire (2015 et 2019), Madagascar 2014, 195 pages.
- Ministère de la Santé Publique, Politique National de Pharmacovigilance à Madagascar AMM, Madagascar 2011, 33 pages.
- Ministère de la Santé Publique, Politique National de Santé, Madagascar 2005, 53 pages.
- Ministère de la Santé Publique, Profil du Système de Santé de Madagascar, Madagascar 2004, 22 pages.
- Ministère de la Santé Publique, Revue régionale de la santé publique. District de Toamasina I, de Toamasina II, de Brickaville, de Mahanoro, de Manapotsy, de Vatomandry, de Marolambo. DRSP Atsinanana, Toamasina 2016
- Organisation Mondiale de la Santé, Macroéconomie et Santé, Octobre 2003.
- RABESALAMANA Solohery, Emile : « La viabilité financière des centres de santé de base à Madagascar : vers une nécessité de système de mutuelle et d'assurance maladie ». Revue Économique de Madagascar, 2015.
- République de Madagascar, Politique Générale de l'Etat, Madagascar 2014, 14 pages.
- Revue économique sur l'IDH, Madagascar 2015.
- Revue économique, Stratégie de coopération à l'OMS. Madagascar 2014.

III- SUPPORTS PÉDAGOGIQUES

- DJISTERA Angelo Andrianasy, Cours d'économie des ressources humaines, 4^{ème} Année en Économie, Université de Toamasina, (AU : 2014-2015).
- ROLAND Modongy, Cours d'économie de développement, 4^{ème} Année en Économie, Université de Toamasina (AU : 2014-2015).
- VAVISOA Angelina, Cours d'économie financière, 4^{ème} Année en Économie, Université de Toamasina (AU : 2014-2015).
- VOLOLONIRINA Eveline, « financement du secteur sanitaire à Toamasina (cas du centre hospitalier de référence régional Atsinanana), Mémoire de maîtrise, Année 2009.

IV- WEBOGRAPHIE

- <http://apps.who.int/gho/data/node.cco>, 06/06/2016 à 14 :54
- <http://informations-et-commentaires.nursit.com/spip.php?article207>, 25/08/16 à 12 : 12
- <http://matin.mada.com/wp-content/uploads/2012/10/hjra1.jpg>, 25/08/16 à 16 : 00
- <http://www.madagascar.gov.mg/MAP?> 26/08/16 à 10 : 10
- <http://worldbank.org/INTMADAGASCARINFRENCH/santé>, 01/08/16 à 17 : 14
- <http://www.who.int/medecines/areas/coordination/coordinationassesment/en/index.html>, 01/08/16 à 16 : 12
- www.afro.who.int/guineebissau/financement.html-5K, 02/08/16 à 08 :34
- www.economie-madagascar.com, 16/08/16 à 17 : 00
- www.mefb.gov.mg/images/files/PEFA-2014-VF.pdf, 28/ 09/16 à 09 :10
- www.sante.gov.mg/extranet/webresponsive/blog/361, 28/09/16 à 09 : 20



ANNEXES

ANNEXE I :

LISTE DES ONG / PARTENAIRES ŒUVRANT DANS LE SECTEUR SANTE

DRSP ATSINANANA 2015

Nom des PTF/ONG	Domaine d'intervention	Lieu d'intervention	Niveau de mise en œuvre
USAID MIKOLO : 2014 en collaboration avec MSIS Dr OLIVE : 0 32 11 800 24	Appui Système de santé (PNDSS)	Population des 6 communes : Betampona, Ambohimilanja, Ambodinonoka, Andonabe Sud, Lohavanana, Amboasary.	Communautaire CSB
MNP : 2008 Madagascar National Park Mme SOLANGE : 0 32 63 013 55	Mise en place des Aires Protégées et santé de la population environnante	Population des 9 communes : Sahakevo, Ambodinonoka, Ambodivoangy, Ambatofisaka, Amboasary, Ambohimilanja, Betampona, Lohavanana, Nosiarivo	Communautaire
SALFA : 1998 Chef de Poste M. SYLVAIN : 0 32 78 724 21 Mme CLAIRE : 0 32 63 042 82	Appui à la Santé (CDT Marolambo) (PMA CSB)	Population totale de Marolambo	Communautaire CHR2
SOFA : 2009 Soritr'Asa Fampandrosoan'i Marolambo Mme SONIA 0 34 05 044 82	1-Appui agricole et élevage (matériels divers et intrants) 2- Renforcement de capacité des matrones et PCIMEC	Population totale de Marolambo	Communautaire
DURRELL : 2005 M.BELARMIN 0 32 63 664 84 M. FIDEL : 0 32 81 248 67	1-Protection faune fluviale et environnement : Songatana, Katria, Zoro : poisson endémique de la rivière Nosivolo 2-Appui à la santé (Lutte contre la bilharziose)	11 Communes : Marolambo, Nosiarivo, Sahakevo, Ambodinonoka, Androrangavola, Ambatofisaka II, Ambalapaiso II, Ambohimilanja, Tanambao, Rabemanana, Betampona, Andonabe Sud.	Communautaire Faune et environnement CSB
CSMF : 2012 Frère EDWIN 0 33 12 234 64	Appui à la formation des AS Dotation en matériels Equipement et	CSB Ankirihiry	Femme Enceinte



	Consommable		
TAMATAVE Aid : 2009 Mme Julia GARNIER 0 32 07 920 14	Appui au service de Nutrition Extension du centre de santé	CSB Ankirihiry	Enfant malnutri

Sources : DRSP Atsinanana Toamasina I, 2015

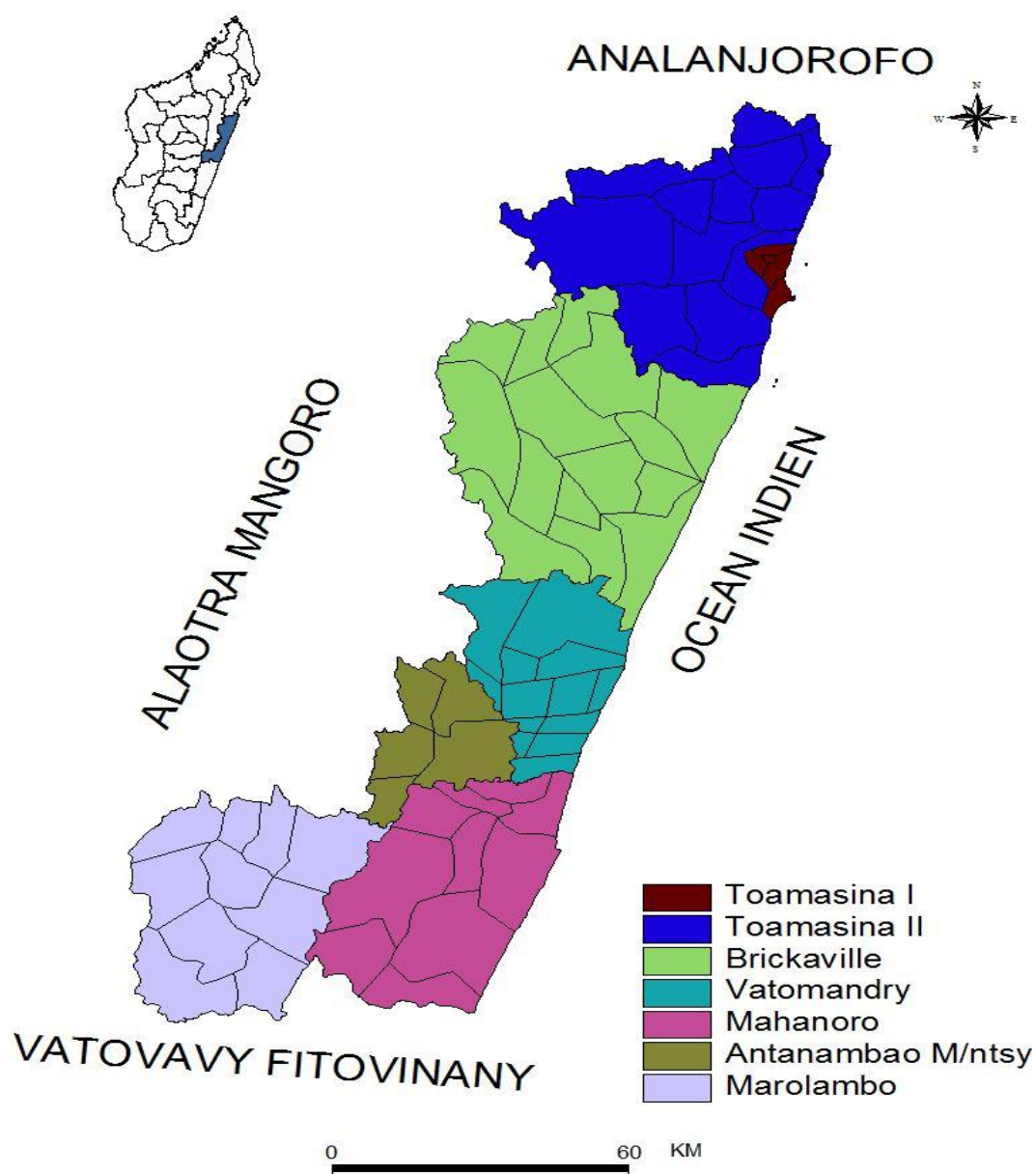
ANNEXE II :
LES PHARMACIES DANS LA DRSP ATSINANANA

SDSP	Nom de la Pharmacie	Fokontany	N° Téléphone
Toamasina I	EDNESS	Tanambao I	53 326 91
	LAHADY	Bazary Be	53 325 31
	BAZARY BE	Bazary Be	53 334 07
	SOA	Bazary Be	53 327 67
	ANDRY	Bazary Kely	53 312 00
	ANTSIKA	Tanambao I	53 326 86
	CENTRAL DE L'EST	Morarano	53 307 63
	VALISOA	Mangarano	53 916 62
	MIRINDRA	Tanambao V	53 330 92
	PHARMACIE DE L'EST	Ankirihiy	53 337 84
	MAHATSARA	Tanambao II	53 339 12
	ANJARA	Tanamakoa	53 913 21
	VONJY	Ambolomadinika	53 321 20
	TSARASANDRY	Tanambao V	53 336 40
	NAHASY	Analankininina	53 352 81
	JOYCIA	Bazary Kely	53 338 98
	SOAVINA	Morafeno	53 911 24
	ANLIA	Anjoma	53 450 20

Source: DRSP Atsinanana, Toamasina I, 2015

ANNEXE III :

Carte n° 1 : LA CARTOGRAPHIE DE LA RÉGION AT SINANANA



Sources : DRSP Atsinanana, Toamasina I, 2015

LISTE DES ILLUSTRATIONS

I- LISTE DE LA CARTE

Carte n° 1 : LA CARTOGRAPHIE DE LA RÉGION ATSINANANA	98
--	----

II- LISTE D'UN SCHÉMA

Schéma n° 1 : Organigramme de la drsp atsinanana	41
--	----

III- LISTE DES TABLEAUX

Tableau N° I : La densité de la population de la région Atsinanana énuméré par district.....	24
Tableau N° II : La répartition de la population par âge et par sexe de la région Atsinanana .	25
Tableau N° III : La structure des emplois selon le secteur interprofessionnel (en %).....	28
Tableau N° IV : La structure des emplois selon le secteur et la branche d'activité (%)	29
Tableau N° V : Les revenus salariaux annuels moyens selon la catégorie socioprofessionnelle (En milliers d'Ar).....	30
Tableau N° VI : L'effectif des CSB 1 et CSB 2 tant public que privé dans la région	32
Tableau N° VII : L'effectif des CHRD 1 et CHRD 2 dans la région tant privé que public.....	33
Tableau N° VIII : Les sept principales causes de la morbidité	35
Tableau N° IX : Les sept principales causes de mortalité hospitalières au niveau CHRD	36
Tableau N° X : Le taux de consultation externe	52
Tableau N° XI : Le tableau du taux de l'utilisation de la maternité.....	53
Tableau N° XII : Le tableau du taux de fréquentation hospitalière servie au niveau des CHRD de la région :	56
Tableau N° XIII : La part financière de l'État dans les services santé.....	65
Tableau N° XIV : La répartition par district du corps médical.....	76
Tableau N° XV : La réalisation des activités de PRMP	83
Tableau N° XVI : Les nombres des matériels de transport et de bureaux	85

TABLES DES MATIÈRES

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

GLOSSAIRE

INTRODUCTION..... 1

PREMIÈRE PARTIE : L'ORGANISATION STRUCTURELLE ET FONCTIONNELLE DU SECTEUR DE LA SANTÉ..... 4

CHAPITRE I : L'ÉVOLUTION DES ACTIVITÉS DE SOINS À MADAGASCAR..... 5

SECTION I : LE MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE..... 5

§ 1 : Le cadre administratif 5

A- L'historique des soins médicaux à Madagascar 5

a) Une médecine traditionnelle vers une médecine moderne 5

b) Pendant la colonisation 6

B- La législation sanitaire 6

a) Le code de santé 6

b) Les missions et attributions de MINSAP 7

§ 2 : Le cadre politique et stratégique : le PDSS..... 8

A- Les axes prioritaires..... 8

B- Les axes spécifiques 8

SECTION II : LES ENJEUX DU SYSTÈME DE SANTÉ 10

§1 : Aspect sur le système de santé 11

A- Les objectifs du système de santé..... 11

a) Les objectifs relatifs aux politiques stratégiques de MINSAP 11

b) Les objectifs relatifs aux principales maladies 11

B- L'administration des niveaux du système de santé 12

a) Au niveau central 12

b) Le système de santé régionale et de district 14

§ 2 : Le système d'information sanitaire 15

A- Présentation du SIG/RMA..... 15

a) La Définition..... 15

b) Son intérêt pour le développement sanitaire.....	16
B- Le circuit du système d'information	17
a) Le traitement de GESIS.....	17
<i>SECTION III : LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION</i>	
.....	17
§ 1 : Le principe de la santé de la reproduction	18
A- La notion de la santé de la reproduction.....	18
a) Définition	18
b) La vision	18
B- Les Offres de soins de service de la santé de la reproduction	19
a) Les soins obstétricaux et néonataux.....	19
b) Le service de planning familial	19
§ 2 : Les priorités de la politique de la santé de reproduction	19
A- La santé maternelle.....	20
B- La santé de l'enfant.....	21
<i>CHAPITRE II : LA STRUCTURE SANITAIRE DE LA RÉGION AT SINANANA</i>	
<i>SECTION I : LES GÉNÉRALITÉS SUR LA RÉGION</i>	
§ 1 : Situation géographique.....	23
A- Localisation	23
B- Le climat.....	23
§ 2 : La situation socio-économique	24
A- Le concept démographique	24
B- La potentialité économique	26
a) Le travail	27
b) Le revenu	30
<i>SECTION II : LE CADRE SANITAIRE DE LA RÉGION AT SINANANA</i>	
§ 1 : La structure sanitaire	31
A- Les établissements de soins.....	32
a) Les CSB	32
b) Les CHRD, CHU et CHRR	33
B- Les pharmacies dans le DRSP Atsinanana	34
§ 2 : Le Concept démographique de la santé	35
A- La morbidité	35
a) La définition.....	35

b) Les causes	35
B- La mortalité.....	36
a) Définition	36
b) Les causes	36
<i>SECTION III : LES STRUCTURES ORGANISATIONNELLES DE LA DRSP</i>	<i>37</i>
§ 1 : La structure de la SSD.....	37
A- Les responsables techniques.....	37
B- Les responsables administratifs	38
§ 2 : Au niveau de la DRSP.....	39
A- Les différentes fonctions de chaque responsable	39
B- L'organigramme de la DRSP Atsinanana	40
DEUXIÈME PARTIE : L'ANALYSE DES CONTRAINTES DU DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ	43
CHAPITRE I : L'ÉTUDE MICRO-ÉCONOMIQUE SUR LA DEMANDE DE SANTÉ ..	44
<i>SECTION I : LE CHOIX DE CONTACT MÉDICAL</i>	<i>44</i>
§ 1 : Le comportement individuel en santé	44
A- La consommation en santé	44
a) Le comportement de la population rurale	44
b) Le comportement de la population urbaine	45
B- Le modèle sur l'investissement en santé	46
§ 2 : Les déterminants de la demande de santé	48
A- Les facteurs fixes ou biologiques	48
a) Le vieillissement	48
b) Le genre	49
B- Les facteurs variables : les dépenses de santé	49
a) Les coûts liés directement aux dépenses de santé.....	49
b) Le coût indirect à la dépense de soins de santé	50
<i>SECTION II : L'ÉTUDE DE LA DEMANDE DES SERVICES DE SANTÉ.....</i>	<i>51</i>
§ 1 : La mesure de la consommation de soins curatifs.....	51
A- La consultation externe	52
a) Le taux de consultation externe	52
b) Le taux de l'utilisation de la maternité	52
B- Les causes liées à la non-consultation des CSB	54

a) Le problème de l'éloignement des Centres de santé.....	54
b) Les problèmes de la barrière culturelle et sociale.....	55
§ 2 : La consommation médicale liée à la fréquentation hospitalière	55
A- La consultation hospitalière.....	55
B- Les causes liées à la non-consultation hospitalière	56
a) La non- gravité de la maladie	56
b) Les problèmes concernant les prix hospitaliers	56
<i>SECTION III : LA PRATIQUE DE LA DÉONTOLOGIE</i>	<i>57</i>
§ 1: Le non-respect de la profession.....	58
A- Le devoir des professionnels de la santé	58
a) Le contenu de la déontologie	58
b) Le comportement des médecins envers leur travail.....	58
B- La notion de compétence	59
a) Les caractéristiques d'un professionnel médical	59
b) La conséquence du non-respect de ses limites professionnelles	60
§ 2 : La relation entre le soignant et le soigné.....	60
A- L'asymétrie d'information	61
a) L'information biaisée.....	61
B- Les autres analyses sur la relation patient-médecin.....	62
a) Le dévoilement du secret médical	62
b) L'accueil du patient par le médecin.....	62
CHAPITRE II : L'ÉTUDE DE LA GESTION DES RESSOURCES DU SYSTÈME DE	
SANTÉ	64
<i>SECTION I : LES RESSOURCES FINANCIÈRES.....</i>	<i>64</i>
§ 1 : Le financement par l'État et la part des PTF.....	64
A- Le financement budgétaire du secteur de la santé	64
a) Le budget	64
b) Les processus budgétaire	66
B- Les apports de PTF	67
a) Le rôle des bailleurs de fonds	67
b) Le problème du morcellement de l'aide	68
§ 2 : Les ressources financières internes	69
A- Le FANOME	69
a) La Présentation du FANOME.....	69

b) Le mécanisme du Fonds d'équité des pauvres	71
B- Les mutuelles de santé	72
a) Les assurances mutuelles	72
b) Le problème lié aux assurances maladies	73
<i>SECTION II : LES RESSOURCES HUMAINES</i>	<i>74</i>
§ 1: Les catégories des personnels de santé	74
A- Les différents types de corps médical	74
B- Le personnel administratif	77
§ 2 : La gestion des ressources humaines.....	78
A- Le mécanisme de recrutement	78
a) Le lancement d'un avis de recrutement	78
b) Les critères correspondants	79
B- Le mécanisme de l'affectation et le plan de carrière	80
a) L'affectation.....	80
b) Le plan de carrière	81
<i>SECTION III : LES RESSOURCES MATÉRIELLES ET ÉQUIPEMENTS.....</i>	<i>82</i>
§ 1 : Les équipements et fournitures médicaux.....	82
A- Le PRMP	82
a) L'appel d'offre	82
b) Les contraintes liées à la passation des marchés	83
B- L'effectif de ressources matérielles aux services médicaux.....	84
a) Les matériels pour la prise en charge des maladies	84
b) Les matériels de bureaux et de transport	85
§ 2 : Le système pharmaceutique	86
A- La politique de médicaments.....	86
a) Présentation du SALAMA.....	86
b) Le financement de médicament	87
B- Les contraintes sur la disponibilité de médicaments	87
a) Le problème de la PhaGeCom et la PhaGeDis	87
b) Autre problème lié aux gestions de médicaments	88
CONCLUSION.....	89
BIBLIOGRAPHIE	91
ANNEXES.....	94
LISTE DES ILLUSTRATIONS	99

