

FONDATION
croix-rouge française



| Pour la recherche humanitaire et sociale

Analyse socio-économique du recours aux soins communautaires à Madagascar

Marilys Victoire RAZAKAMANANA

Docteure en Économie de la santé

Enseignante-chercheuse, Centre de Recherche pour le Développement

Université Catholique de Madagascar



Les Papiers de la Fondation n° 28

Février 2020

www.fondation-croix-rouge.fr

Fondation Croix-Rouge française – 21 rue de la vanne | CS 90070 | 92 126 Montrouge Cedex | +33(0)1 40 71 16 34 | contact@fondation-croix-rouge.fr

Cette recherche a été réalisée dans le cadre de l'appel à bourses postdoctorales lancé par la Fondation Croix-Rouge française et avec le soutien financier de son partenaire, le Gouvernement princier de Monaco.

La Fondation Croix-Rouge française, créée sur l'initiative de la société nationale de la Croix-Rouge française, a pour vocation d'initier, de soutenir et de récompenser les projets de recherche qui mettent en perspective les principes, pratiques et finalités d'une action humanitaire en transition.

À travers des appels à bourses postdoctorales, l'attribution de prix de recherche et l'organisation d'événements scientifiques, la Fondation Croix-Rouge française vise à définir les enjeux de l'action humanitaire de demain, accompagner les acteurs et les personnes, parties prenantes de la solidarité internationale, diffuser les savoirs issus de regards croisés et stimuler le débat.

Les propos et opinions exprimés dans cet article n'engagent que son/ses auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement ceux de la Fondation Croix-Rouge française.

Le contenu de cet article relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'auteur.

Il est interdit pour un usage autre que privé, scientifique ou pédagogique de reproduire, diffuser, vendre et publier intégralement ou partiellement sous quelque forme que ce soit cet article sans autorisation écrite particulière et préalable, dont la demande doit être adressée à la Fondation Croix-Rouge française.

© Tous droits réservés.

Avec le soutien de



Pour citer cet article :

RAZAKAMANANA Marilys Victoire « Analyse socio-économique du recours aux soins communautaires à Madagascar », Fondation Croix-Rouge française, *Les Papiers de la Fondation*, n° 28, Février 2020, 24 p., ISSN 2649-2709.

Résumé

Le programme de prise en charge communautaire a été mis en œuvre pour la première fois à Madagascar en 2011. Le but est de pallier aux problèmes d'accessibilité aux soins. Cependant, bien que des soins de proximité aient été ainsi instaurés, jusqu'à présent, beaucoup de ménages continuent de pratiquer l'automédication. À travers cette étude, nous avons cherché les causes de cette faiblesse du recours aux soins communautaires. Pour ce faire, nous avons mené des enquêtes dans deux districts ruraux. Une analyse comparative entre les différents types de recours aux soins, en termes de coûts, d'efficacité et de qualité des soins offerts a été faite. Les déterminants socio-économiques du recours aux soins communautaires chez les enfants de moins de 15 ans ont été aussi identifiés.

Nos résultats ont montré que le comportement des ménages par rapport au recours aux soins dépend en grande partie de la perception qu'ils ont de la maladie qui les frappe. Pour se faire soigner, ils choisissent entre centres de santé publics (CSB), sites communautaires, pharmacies, guérisseurs et centres de santé privés, mais ce sont ces derniers qui les satisfont le plus bien que les services qui y sont offerts sont bien plus onéreux qu'ailleurs. Le choix des ménages va ensuite aux agents communautaires (AC). Les principaux déterminants du recours aux AC sont les relations soignant-soigné et la durée de l'attente avant d'être reçu en consultation. En effet, les ménages trouvent que chez les AC la relation soignant-soigné est la meilleure. C'est dans les sites communautaires que la durée d'attente pour une consultation est la plus courte et c'est là que les coûts sont les plus abordables. Cependant, sachant que souvent les AC ne disposent pas de matériels et de médicaments, les patients préfèrent aller ailleurs pour se soigner.

Mots-clés : Madagascar, recours aux soins, agents communautaires, déterminants socio-économiques.

Summary

The community care management was implemented in Madagascar in 2011. The aim was to overcome the problems of accessibility to care. However, although this program, many households still practice self-medication. Through this study, we looked for the causes of this weakness in the use of community care. Surveys were conducted in two districts of Madagascar. A comparative analysis between the different types of health care, in terms of cost, efficiency and quality of care offered was made. Socio-economic determinants of the use of community health worker (CHW) for children under 15 were also identified.

First, the households demand for health depends on their perception of health. Secondly, the services provided by private health centers satisfy the most households. But their services are the most expensive. In the second place, come the services provided by CHWs. The main determinants of the use of CHWs is the caregiver-care relationship, which is better than other types of care, the lack of waiting time during consultations and the low cost of services. Then, unavailability of materials and medicines demotivates the population to consult them.

Keywords: Madagascar, demand for health, community health workers, socio-economic determinants.

Analyse socio-économique du recours aux soins communautaires à Madagascar

Introduction

Lors de la Conférence internationale sur le financement du développement tenue à Addis-Abeba en 2015, l'OMS a lancé un appel pour que les pays membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU) orientent leurs actions en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU). Celle-ci consiste à assurer l'accessibilité aux soins afin de garantir le bien-être et le droit à la santé de la population.

Depuis une vingtaine d'années, une nette amélioration de la santé a été observée dans beaucoup de pays africains. De 2005 à 2015, en Afrique Subsaharienne, la mortalité juvénile a baissé de 54% et la mortalité maternelle a diminué de 45% (UNICEF, 2015). Toutefois, des besoins en matière de santé restent insatisfaits et l'inégalité en matière d'accès aux soins est toujours un sérieux problème qui reste à résoudre (Banque Mondiale, 2017).

À Madagascar, en matière de soins, les inégalités sont flagrantes entre riches et pauvres et entre milieu rural et milieu urbain (Razakamanana et al., 2019). La population rurale qui représente 66,17% de la population totale a, pour la plupart, des problèmes d'accessibilité aux soins. L'éloignement géographique par rapport aux centres de soins en est l'une des principales causes. Plus de 40% de la population habitent à plus de 5 km des formations sanitaires (Ministère de la Santé Publique, MINSANP, 2012). Or, selon certains auteurs (Adhvaryu et Nyshadham, 2015 ; Karra et al., 2016), dans les pays à faible revenu, la distance entre le centre de santé le plus proche et les lieux de résidence des ménages est positivement associée à la mortalité infantile. À cela s'ajoute l'insuffisance en personnel médical. En 2015, l'OMS a recensé 1 428 médecins à Madagascar, soit un ratio de 2,8 médecins pour 100 000 habitants en zone rurale et 8,6 médecins pour 100 000 habitants en zone urbaine. Dans les pays à revenu élevé, ce ratio est d'environ 200 médecins pour 100 000 habitants, et dans les pays de l'Afrique subsaharienne, la moyenne est de 20 médecins pour 100 000 habitants (OMS, 2014). De surcroît, 62% de la population malgache vit en dessous du seuil de pauvreté, c'est-à-dire perçoit un revenu inférieur au coût de consommation de 2 100 calories par jour. En effet, plus de 80% de la population malgache ne dispose que de 1,90 dollar par jour (en Parité de Pouvoir d'Achat) pour survivre (FMI, 2017). Le niveau de la disponibilité à payer des ménages pour la santé constitue ainsi une des causes du faible recours aux soins.

Selon l'OMS (2013), la prise en charge communautaire permet de pallier à ces problèmes et conduit vers la réalisation de la CSU. Il s'agit de former des agents communautaires (AC) bénévoles sur la prise en charge des cas de maladies fréquentes tels le paludisme, la diarrhée et la pneumonie, d'assurer leur supervision et de fournir les outils et intrants nécessaires à l'exercice de leur fonction. En général, la formation, la supervision et l'équipement en matériels de ces AC sont assurés par les partenaires techniques et financiers (PTF) tels l'USAID, l'UNICEF ou l'OMS.

Ce système de prise en charge communautaire permet de réduire le coût des maladies et permet de diminuer considérablement le taux de mortalité et le taux de morbidité chez les

enfants de moins de cinq ans (Theodoratou et al., 2010 ; Bjorkman et al., 2016). Il a été mis en œuvre à Madagascar en 2011. Le taux de décès d'enfants de moins de cinq est ainsi passé de 109,2 pour 1000 naissances vivantes en 2000 à 46 pour 1000 naissances vivantes en 2016 (WDI, 2017). Ce taux reste toutefois élevé par rapport à la moyenne mondiale qui est de 41 pour 1000 naissances vivantes en 2016.

Conformément aux principes recommandés par l'OMS, les AC sont désignés par la communauté villageoise et sont approuvés par les chefs des centres de santé de base (CSB) et par les autorités administratives locales. Leur rôle consiste à prendre en charge les cas simples, à référer les cas graves auprès du CSB le plus proche, à gérer un stock de médicaments pour le traitement des cas simples, à mener des séances de sensibilisation et de mobilisation communautaire en collaboration avec les chefs CSB, à effectuer des visites à domicile, à faire le suivi des enfants malades et à assurer le rapportage de ces activités au CSB de rattachement (MINSANP, 2012). Comme les AC résident au village même, les ménages n'ont pas à payer de frais de déplacement pour se faire soigner. Les coûts indirects liés aux maladies sont donc peu élevés et il en est de même pour les coûts directs. En effet, comme les activités des AC sont, dans la majorité des cas, financées par les PTF, les consultations sont gratuites et les médicaments sont à un prix abordable.

Cependant, bien que des soins de proximité soient ainsi disponibles, beaucoup de ménages préfèrent pratiquer l'automédication (INSTAT, 2013). Ce faible recours aux AC est, en grande partie, dû à la qualité peu satisfaisante des soins fournis et à des facteurs socioéconomiques (revenu, âge, sexe du chef de ménage, religion, etc.) (Dolores et al., 2013). En 2013, c'est-à-dire deux ans après la mise en œuvre du programme de prise en charge communautaire, le taux de consultation a toujours été faible. Parmi les ménages dont un des membres a été malade 12 mois précédant les enquêtes, 37,7% ont consulté des personnels de santé parmi lesquels les AC (INSTAT, 2013).

Dans les pays d'Afrique subsaharienne, les recherches sur la prise en charge communautaire consistent essentiellement à étudier les impacts de la prise en charge communautaire sur la morbidité et la mortalité des enfants (Mubiru et al., 2015 ; Bjorkman et al., 2016 ; Razakamanana et al., 2019). Certains auteurs comme Bjorkman et al. (2016) qui ont étudié le cas de l'Ouganda ont constaté que la prise en charge communautaire a des impacts positifs sur la mortalité des enfants. D'autres reconnaissent que ces impacts existent, mais ne sont pas significatifs (Amouzou et al., 2014 ; Bjorkman et al., 2017). Razakamanana et al. (2019) dans l'analyse de l'impact du programme de prise en charge communautaire à Madagascar, ont démontré à partir de la méthode de la double différence que les formations et les remises à niveau des AC n'ont pas eu d'effet significatif sur le niveau de recours aux AC. Il en a été de même pour les dotations en matériels.

Jusqu'à maintenant, parmi toutes les recherches portant sur le cas de Madagascar, aucune ne vise à expliquer cette situation, c'est-à-dire à chercher à comprendre pourquoi les impacts du programme de prise en charge communautaire sur le recours aux AC ne sont-ils pas significatifs. Aussi, à travers le présent article, nous essayons d'apporter une réponse à cette question en faisant une analyse socio-économique du recours aux soins communautaires à Madagascar. À cet effet, une analyse comparative des différents types de recours aux soins en termes de coûts, d'efficacité et de qualité des soins offerts sera effectuée. De même, les déterminants socio-économiques du recours aux soins communautaires chez les enfants de moins de 15 ans à Madagascar seront identifiés.

Notre recherche est basée sur le cas des enfants de moins de 15 ans, car il a été constaté que si en principe, les AC devraient prendre en charge les moins de 5 ans, en réalité, ils s'occupent de tous les enfants sans distinction d'âge.

Méthodologie

Après avoir obtenu l'autorisation du Ministère de la Santé en novembre 2018 pour effectuer l'étude, pendant deux mois, nous avons fait des enquêtes quantitatives et des enquêtes qualitatives auprès de différents responsables.

À Madagascar, sur le plan administratif, le système de santé comprend différents niveaux. Au niveau central, le Ministère de la Santé Publique (MINSANP) est constitué de plusieurs directions, dont la Direction de la Santé Familiale (DSFA) qui se charge de la santé de la mère et de l'enfant. Le MINSANP est représenté dans les 22 régions administratives par ses structures déconcentrées qui sont les Directions Régionales de la Santé Publique (DRSP). Chaque région étant constituée de plusieurs districts, on compte 119 Services de Districts Sanitaires (SDSP). Suivant la taille de la population, chacune des 1 693 communes constituant les districts dispose au moins d'un Centre de Santé de Base (CSB). Chacun des 18 251 villages constituant les communes dispose d'un site communautaire où exercent deux agents communautaires (AC) (cf. Annexe 1 : Figure représentant le système de santé malgache).

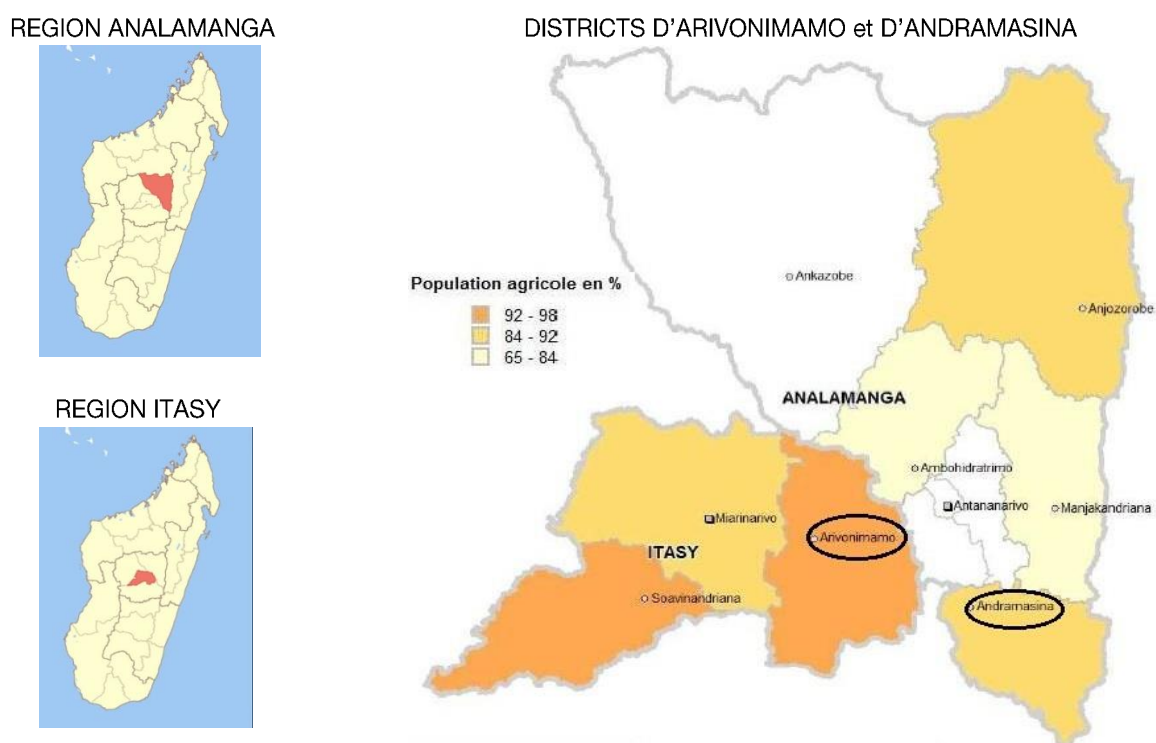
Choix des zones d'étude

Comme zones d'étude, nous avons choisi deux districts des Hautes terres, à savoir Arivonimamo, un des districts de la région Itasy, et Andramasina, un des districts de la région Analamanga. Les activités communautaires sont financées par les PTF dans le premier district, mais elles ne le sont pas dans le second (Figure 1). Ces deux zones sont comparables étant donné qu'ils ont approximativement les mêmes caractéristiques géographiques, climatiques et socio-économiques (cf. Annexe 2 : Caractéristiques du district financé et du district non financé).

Arivonimamo est un des trois districts de la région Itasy, les deux autres districts étant Mirinarivo et Soavinandriana. Dans ce district, 84% de la population vivent en zones rurales. Le taux de mortalité infanto-juvénile y est de 82‰, c'est-à-dire supérieur à la moyenne nationale qui est de 46‰ (CREAM, 2013). Concernant l'accessibilité aux soins, la majorité de la population des communes (54,6 %) parcourt 6 à 10 km pour se faire soigner à la formation sanitaire la plus proche. 95,4% des habitants s'y rendent à pied et 73% d'entre eux mettent environ 1 à 3 heures de temps pour y parvenir (CREAM, 2013).

Andramasina est l'un des 13 districts de la Région Analamanga. Le taux de mortalité infantile qui est de 48‰ se rapproche de celui de l'ensemble de Madagascar. Dans la région Analamanga, c'est la population du district d'Andramasina qui souffre le plus du problème d'accessibilité géographique aux soins. 41,67 % de la population des communes constituant ce district vivent à 1 à 5 km des formations sanitaires les plus proches et 58,33 % sont à 6 à 10 km de ces centres de soins. La majorité de la population (92%) fait 1 à 3 heures de marche pour se faire soigner (CREAM, 2013) (cf. Annexe 2 : Caractéristiques du district financé et du district non financé).

Figure 1 : Carte situant les districts d'Arivonimamo et d'Andramasina



Source : FTM (Foibe Taotsaritan'i Madagasikara) Institution nationale chargée de la cartographie à Madagascar, 2010

Pour pouvoir procéder à l'analyse socio-économique du recours aux soins communautaires, il nous a fallu collecter des informations aussi bien sur le niveau quantitatif que sur le niveau qualitatif des services offerts.

Volet qualitatif

Au niveau central, l'entretien avec le responsable de la Direction de la Santé Familiale au Ministère de la Santé Publique nous a permis d'obtenir les informations concernant le programme de prise en charge communautaire (PCIMEC), c'est-à-dire les principaux PTF qui œuvrent dans le cadre de la PCIMEC ainsi que les régions qui bénéficient d'un financement et celles qui n'en bénéficient pas.

Au niveau des districts, les médecins inspecteurs, responsables des SDSP des deux zones d'étude nous ont décrit la situation sanitaire dans les districts qui sont sous leur responsabilité.

Au niveau communal, les responsables des CSB ont été interrogés sur la mise en œuvre pratique du projet de prise en charge communautaire, notamment les impacts du projet et les problèmes qu'ils ont rencontrés.

Enfin, nous nous sommes entretenus avec tous les AC des fokontany¹ visités dont 27 à Andramasina et 30 à Arivonimamo, soit 57 AC au total. Ceux-ci ont exprimé leur opinion concernant les activités communautaires.

¹ À Madagascar, le fokontany est la plus petite subdivision territoriale décentralisée. Chaque commune est constituée de plusieurs fokontany.

Volet quantitatif

L'échantillon nécessaire à l'étude a été constitué de la façon suivante : dans un premier temps, quatre communes dans chacune des deux zones d'étude ont été tirées au hasard. Ensuite, dans chacune de ces communes, ont été choisis les villages qui se situent à plus de 5 km du centre de santé le plus proche, c'est-à-dire les plus susceptibles de consulter les AC. Les ménages qui ont été enquêtés sont ceux où un enfant de moins de 15 ans a été malade au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Basée sur le nombre total de populations des fokontany se trouvant à plus de 5 km du CSB le plus proche, l'estimation de la taille de l'échantillon a été effectuée sur Epitools (risque $\alpha=0,01$, sensibilité=0,95%). La taille de l'échantillon est donc de 310 malades dans chaque zone.

Que ce soit pour le district financé que pour le district non financé, les questionnaires ont été les mêmes. Il s'agissait de deux types de questionnaires : un questionnaire-ménage et un questionnaire-malade qui ont été transcrits sur EPIDATA afin de faciliter la collecte. Le questionnaire-ménage servait à recueillir des informations générales sur le ménage, les caractéristiques du chef de ménage, le revenu du ménage, l'accessibilité par rapport au centre de santé le plus proche. Le questionnaire-malade servait à recueillir des informations sur le malade, tels l'âge, le sexe ainsi que les informations concernant particulièrement les soins de santé, c'est-à-dire le type de recours aux soins choisi, les raisons qui ont poussé à faire ce choix et les coûts des soins.

Traitement et analyse des données

Les questionnaires ont été transcrits sur EPIdata. Les résultats des enquêtes qualitatives, initialement en langue malgache, ont été traduits. Après apurement, l'analyse et le traitement des données ont été effectués à l'aide du logiciel STATA 14.

Concernant l'analyse des coûts, outre les coûts directs ou coûts financiers, les coûts indirects ou coûts économiques c'est-à-dire la valeur du temps que les parents perdent en soignant leurs enfants ont été calculés.

Coûts totaux = Coûts directs + Coûts indirects

Coûts directs = Coûts médicaux + Coûts non médicaux (transport et alimentation)

Des tests de comparaison de proportions (t-test) et des tests de Student (Chi-2) ont été utilisés pour comparer les différents types de recours en termes de coûts, d'efficacité et de qualité (centres de santé privés et médecins libres, centres de santé publics, pharmacies, AC, guérisseurs, automédication). La p-value inférieure ou égale à 0,05 est considérée comme statistiquement significative.

Pour identifier les déterminants H_i , nous nous sommes basés sur la théorie d'Andersen (1995). Selon cet auteur, le choix du type de recours aux soins est déterminé d'une part, par les caractéristiques sociodémographiques telles l'âge, le niveau d'éducation et le lieu de résidence, et d'autre part, par les caractéristiques du système de santé, à savoir les ressources disponibles c'est-à-dire le volume et la répartition de la main-d'œuvre et du capital, y compris le niveau technique du personnel de santé et la disponibilité des équipements, l'organisation, c'est-à-dire le mode de gestion des ressources, les conditions physiques et économiques du pays comptent aussi parmi ces déterminants. La méthode

d'estimation utilisée a été la régression logistique. Le modèle de base se présente comme suit : $Y_t = f(H_t)$

Avec :

Y_t : types de recours aux soins

H_t : vecteur représentant les déterminants du recours aux soins

Trois types de modèles ont été élaborés :

- Dans le modèle 1, il s'agit d'identifier les déterminants du recours aux soins en général. Ainsi, la variable Y est binaire avec 1 pour indiquer les ménages qui font recours aux soins et 0 pour ceux qui y renoncent.

- Le modèle 2 permet d'identifier les déterminants du recours aux soins communautaires. La variable Y est également une variable binaire, avec 1 pour indiquer les ménages qui font recours aux AC et 0 pour ceux qui choisissent d'autres solutions pour se faire soigner. Dans ce second modèle, conformément à la théorie d'Andersen, nous avons considéré parmi les variables explicatives, les variables relatives aux coûts des soins et des variables se rapportant à la qualité des soins.

- Le modèle 3 permet d'expliquer le choix des ménages en matière de recours aux soins. La variable Y est ainsi une variable qualitative nominale représentant les différents types de recours disponibles (CSB, AC, centres de soins privés, guérisseurs, automédication). Il s'agit de répondre à la question « Pourquoi les ménages choisissent-ils de recourir aux AC au lieu de pratiquer l'automédication ou de consulter d'autres prestataires ? »

Ainsi, dans les modèles 1 et 2, des régressions logistiques binaires ont été effectuées. Les variables endogènes comprennent deux modalités (Oui ou Non) et elles peuvent être expliquées par un certain nombre de variables explicatives. Dans le modèle 3, une régression logistique multinomiale a été faite. En effet, nous avons plusieurs modalités de réponse pour la variable endogène. Cette méthode vise à expliquer les valeurs d'une variable catégorielle multinomiale à partir d'une multitude de variables explicatives.

Résultats

Parmi les enfants qui ont été malades au cours des 12 mois précédant l'enquête, 87% ont bénéficié de soins. Pour le reste, les causes du non-recours aux soins sont les suivantes : soit que leurs parents estiment qu'il s'agissait d'une maladie peu alarmante (92 % des cas), soit que c'est le temps (5%) ou les moyens financiers (3%) pour y faire face qui leur manquent. 39% des personnes enquêtées affirment que c'est tout simplement par habitude qu'ils choisissent leur trajectoire de soins et non en fonction du coût des soins ni de la distance à parcourir. Ainsi, 34,1% des ménages pratiquent l'automédication, 42,0% vont au CSB et 6,2% font recours aux AC. Ceux qui se soucient de la disponibilité des médicaments préfèrent s'adresser directement à la pharmacie (9,1%) et ceux qui accordent la priorité à la qualité des services choisissent les centres de santé privés ou les médecins libres (respectivement 3,9% et 1,7%) (Auteur, 2019) (Annexe 3, Tableau 1 et 2).

Comparaison des coûts des différents types de recours aux soins

Dans chacune des deux zones d'étude, il a été constaté que pour se faire soigner, les ménages choisissent entre les centres de santé publics, les centres de santé privés, les AC, l'automédication et les guérisseurs traditionnels. Les coûts engagés par ces ménages varient selon la trajectoire de soins qu'ils choisissent.

Parmi ceux qui pratiquent l'automédication, 23% se soignent avec des plantes médicinales qu'ils cueillent au village même. Les 77% restants achètent quelques comprimés (antibiotiques, paracétamol, SRO) dans les petits commerces.

Les guérisseurs soignent presque gratuitement les gens, car selon les croyances, ils ont le devoir de mettre au service de la communauté le don surnaturel dont ils bénéficient. En guise de remerciement, les malades leur offrent des sommes symboliques connues sous le terme « hasin-tanana² ».

Chez les AC, les consultations sont gratuites. Par contre, en vue du renouvellement des stocks, les médicaments se payent. Ce système de revolving consiste à vendre les médicaments à un prix deux fois supérieur au prix d'achat dans les pharmacies communautaires (MINSANP, 2012). Notons que les pharmacies communautaires se trouvent au niveau des communes ou des fokontany.

Au niveau des CSB, les consultations sont payantes et les médicaments s'achètent à la pharmacie du CSB-même à des prix inférieurs à ceux des pharmacies privées (Tableau 1 ; le tableau détaillé est en Annexe 3 Tableau 3).

Tableau 1 : Coûts des différents types de recours aux soins

	CSB	AC	Privé	Médecin libre	Pharmacie	Guérisseur	Auto-médication
Proportion de ceux qui n'ont pas eu à payer de frais médicaux (%)	4 (1,8)	5 (15,1)	1 (5,0)	0 (0)	0 (0)	6 (37,5)	42 (23,1)
Coûts totaux							
Moyenne en Ar (USD)	11 982 (3,3)	4 963 (1,4)	12 905 (3,6)	11 833 (3,3)	1 055 (0,3)	4 120 (1,1)	1 069 (0,3)
Proportion par rapport à la capacité à payer %	14,97	6,20	16,13	14,79	1,32	5,15	1,34
Proportion par rapport à la disponibilité à payer (%)	21,8	9,04	23,5	21,6	1,9	7,5	1,9

Source : Enquête auteur, 2019.

Les coûts médicaux varient significativement d'un type de recours à un autre (Pearson : 855,92 ; P-value = 0,00). Les coûts de l'automédication sont les moins élevés. Les ménages

² Étymologiquement, "hasin-tanana" veut dire vertu des mains. Selon les croyances, c'est un don de guérison que les aïeux confèrent à certaines personnes. Ce terme indique aussi la somme symbolique que les malades offrent à ces guérisseurs en guise de remerciement et comme marque de respect pour le pouvoir surnaturel qu'ils disposent.

pratiquent l'automédication lorsque la maladie qui frappe un des leurs leur paraît peu alarmante et peut donc se guérir à l'aide de plantes médicinales ou avec quelques comprimés de médicaments courants tels des antalgiques ou des antipyrétiques qui se vendent illicitement dans des petits commerces du quartier. Les soins les plus coûteux sont ceux dispensés par les centres de santé privés.

Les coûts non médicaux sont les frais de transport auxquels s'ajoutent les dépenses en alimentation au cas où le malade est soumis à un régime alimentaire spécifique. Notons qu'en pratiquant l'automédication, les malades n'ont aucuns frais de transport à payer, car les médicaments courants dont ils ont besoin se vendent dans les petites épiceries du village. Il en est de même pour le recours aux AC, car comme les guérisseurs, les AC résident au village même.

Parmi ceux qui se font soigner dans les centres de santé, plus de la moitié (52%) habitent à trente minutes ou à une heure de marche du CSB. 34% y sont à deux heures de marche. Presque tous (96%) font le trajet à pied et n'ont donc aucun frais de transport à payer.

Concernant les coûts totaux, il a été constaté que ceux qui se soignent en achetant des médicaments à la pharmacie du CSB ou dans les pharmacies privées ou dans des points d'approvisionnement privés, dépensent moins que ceux qui, choisissant l'automédication, utilisent des remèdes traditionnels. En effet, les dépenses en alimentation de ces derniers sont souvent assez élevées, car par exemple, il est de coutume chez beaucoup de familles malgaches de soulager une fièvre ou un rhume avec du bouillon de poulet. Or, le poulet coûte plus cher que les médicaments courants. Donc, si l'on compare les différents types de recours, par ordre croissant, les coûts totaux les moins élevés sont ceux engendrés par le recours aux pharmacies. Viennent ensuite ceux engendrés par l'utilisation de remèdes traditionnels puis ceux engendrés par le recours aux AC et ceux engendrés par le recours aux guérisseurs. Enfin, les coûts totaux pour les consultations dans les centres de santé privés sont largement supérieurs à ceux dans les CSB.

42% des ménages font recours aux CSB. Parmi eux, 70,2% trouvent que, nettement moins élevés que dans les centres de soins privés, les coûts y sont abordables (Annexe 3 Tableau 4).

Si l'on compare les coûts indirects dans les divers types de recours, aucune différence significative n'est détectée. La valeur du temps perdu pour s'occuper d'un enfant malade est presque la même quel que soit le type de recours (Pearson = 135,9 ; P-value = 0,10) (Annexe 3 Tableau 5).

Comparaison de la qualité des services offerts

Les critères qui ont été choisis pour identifier le niveau de satisfaction des ménages ont été la durée d'attente pour être reçu en consultation, les relations soignants-soignés et la qualité des soins offerts, c'est-à-dire la compétence du soignant et la disponibilité des médicaments.

Souvent, les patients doivent patienter avant d'être reçu par les prestataires de soins. Pour pouvoir estimer la qualité des services offerts, nous avons considéré la durée de ces attentes (Bjorkman et al., 2017). Les individus enquêtés ont alors été invités à exprimer leur opinion concernant les services offerts par les CSB, par les AC, par les guérisseurs et par le personnel des centres de santé privés ainsi que ceux offerts par les médecins libres. 73% d'entre eux ont constaté que chez les AC, la prise en charge est immédiate. Par contre,

dans les CSB, il leur faut patienter 5 à 30 minutes avant d'être reçu. Cependant, la majorité des patients trouvent cette durée d'attente acceptable (Annexe 3 Tableau 6).

Si l'on compare le niveau de satisfaction des patients quant à la qualité des services offerts, les plus satisfaits sont ceux qui ont consulté des prestataires privés. Viennent ensuite ceux qui sont allés auprès des AC et des guérisseurs, et enfin ceux qui se sont fait soigner dans les CSB. Ainsi, les patients ayant consulté des AC sont plus satisfaits que ceux qui se sont fait soigner au CSB (Pearson = 9,85 ; P-value = 0,00). Par ailleurs, ceux qui ont consulté des prestataires privés sont plus satisfaits que ceux qui ont fait recours aux AC (Pearson = 10,68 ; P-value = 0,00). Ceux qui ont consulté un guérisseur sont plus satisfaits que ceux qui sont allés au CSB (Pearson = 6,82 ; P-value = 0,03). Par contre, il n'y a pas de différence significative entre la satisfaction de ceux qui ont consulté un AC et ceux qui se sont confiés au guérisseur. En effet, les parents ou ceux qui s'occupent des enfants enquêtés estiment que les prestataires privés sont plus doués que les AC (Pearson = 9,54 ; P-value = 0,00), dont la compétence, selon eux, équivaut à celle des guérisseurs (Pearson = 0,25 ; P-value = 0,61). Les ménages sont plus satisfaits des services offerts par les AC et par les guérisseurs que par ceux offerts par certains prestataires de soins au niveau des CSB (Pearson = 9,72 ; P-value = 0,00) (Annexe 3, Tableau 7).

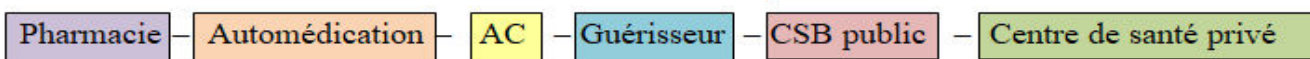
D'après les individus enquêtés, les relations soignants-soignés les plus satisfaisantes sont celles dans les centres de santé privés (Pearson = 9,30 ; P-value = 0,05). La qualité de l'accueil est approximativement la même que ce soit au CSB, chez les AC ou chez les guérisseurs, c'est-à-dire que, entre ces trois types de recours, il n'y a pas de différence significative en matière de relations soignants-soignés. Entre AC et guérisseur, la différence est de : Pearson = 4,87 ; P-value = 0,09. Entre AC et CSB, cette différence est de Pearson = 4,43 ; P-value = 0,11.

D'après les ménages enquêtés et tel qu'il est résumé dans le tableau 7 dans l'annexe 3, parmi tous les types de recours, c'est le recours aux centres de santé privés qui donne le plus de satisfaction. Toutefois, entre centres de santé privés, AC et CSB, les plus fréquentés sont les CSB bien que la qualité des services n'y soit pas tout à fait satisfaisante. Ce choix est dû au fait que d'une part, les soins dans les centres de santé privés se paient cher et que d'autre part, les AC bien que compétents, ont souvent des problèmes de rupture de stock de médicaments.

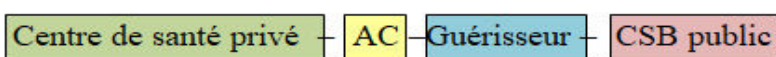
Classification selon la fréquentation : du plus fréquenté au moins fréquenté



Classification selon les coûts : du moins coûteux au plus coûteux :



Classification selon la satisfaction des usagers : du plus satisfaisant au moins satisfaisant



Classification selon l'efficacité : du plus efficace au moins efficace



Résultats concernant les déterminants

D'après le modèle 1, le recours aux soins en général dépend notamment de la situation matrimoniale, de la perception de la maladie et des relations soignants-soignés.

Ainsi, la probabilité de recourir aux soins est plus faible chez une personne élevant seul son enfant que chez une personne vivant en couple. Par ailleurs, la perception de la maladie est la principale raison pour laquelle les ménages décident de se faire soigner ou non. En effet, ceux-ci ne recourent à aucun soin lorsqu'ils estiment que la maladie qui les frappe n'est qu'une maladie bénigne et surtout lorsqu'ils ignorent les diverses complications qui pourraient survenir. Enfin, contrairement à ce que l'on pourrait croire, la probabilité de recourir aux soins est plus élevée dans le district non financé, Arivonimamo, que dans le district financé, Andramasina. Selon les enquêtés, dans le district d'Arivonimamo, les responsables font preuve de beaucoup de motivation. Plus que les ménages d'Andramasina, ceux de ce district non financé sont satisfaits des relations humaines et de la qualité des services qui leur sont offerts.

Le recours aux soins communautaires représentés dans le Modèle 2 est lié à l'âge du chef de ménage, à la situation matrimoniale, au coût des soins, à la perception de ce coût et à la perception des relations soignant-soigné. Ce niveau de recours aux soins dépend aussi du fait que le district concerné soit financé ou non. En effet, plus le chef de ménage est âgé, plus la probabilité qu'il mène son enfant auprès d'un AC augmente. Parmi ceux qui choisissent de consulter les AC, on compte plus d'individus vivant en union libre que d'individus légitimement mariés. Contrairement à ce que l'on pourrait escompter, la probabilité de consulter un AC est plus élevée dans le district non financé que dans le district financé. Cela s'explique par le fait que n'étant pas financés, les AC d'Arivonimamo se trouvent dans l'obligation de gérer leurs recettes de façon à pouvoir acheter les médicaments dont les villageois ont besoin. Cependant, au cas où le coût des soins auprès de ces AC augmente, la probabilité de les consulter pourra diminuer. La probabilité de recourir aux AC est grande pour ceux qui, après avoir consulté des prestataires autres que les AC, ont été moyennement satisfaits des relations soignant-soigné.

Tableau 2 : Déterminants du recours aux soins en général (Modèle 1) et déterminants du recours aux soins communautaires (Modèle 2)

	Modèle 1	Modèle 2
Caractéristiques du chef de ménage		
Âge	1,01 (0,22)	1,12** (0,02)
Niveau d'éducation (Primaire = réf)		
Secondaire	2,34 (0,20)	0,13 (0,20)
Lycée	2,71 (0,29)	8,63 * (0,09)
Universitaire	.	.
Aucun	.	.
Situation matrimoniale (marié=ref)		
Célibataire	0,53 (0,79)	.
Union libre	0,81 (0,64)	0,00*** (0,00)
Divorcé	0,15 (0,19)	.
Veuf	0,08 *** (0,00)	.
Revenu du ménage	0,99 (0,97)	0,82 (0,72)
Accessibilité		
De 3 à 5 km	0,36 (0,49)	1,75 (0,63)
De 5 à 10 km	1,09 (0,95)	3,62 (0,31)

	Modèle 1	Modèle 2
À plus de 10 km	0,58 (0,70)	.
Caractéristiques de l'enfant		
Sexe	0,58 (0,15)	0,29 (0,11)
Âge	0,94 (0,16)	0,88 (0,13)
Perception de la maladie	0,00*** (0,00)	.
Lieu de résidence (district 1 = ref)		
Arivonimamo	7,76*** (0,00)	9,63*** (0,00)
Coûts		0,32*** (0,00)
Qualité		
<i>Temps d'attente</i>		
Acceptable		0,16 (0,10)
Peu tolérable		.
Inacceptable		2,32 (0,60)
<i>Qualité du service offert</i>		
Satisfaisante		1,47 (0,77)
Mauvaise		.
Médiocre		.
<i>Compétence du prestataire</i>		
Satisfaisante		-
Mauvaise		0,82 (0,87)
Médiocre		.
<i>Appréciation du coût du service</i>		
Abordable		0,11** (0,04)
Je n'ai rien payé, gratuit		
<i>Appréciation du coût des médicaments</i>		
Abordable		5,90 (0,17)
Je n'ai rien payé, gratuit		11,93 (0,38)
<i>Relation soignant-soigné</i>		
Bonne		0,19 (0,15)
Moyenne		11,11** (0,05)
<i>Disponibilité des médicaments</i>		2,53 (0,55)
Constante	0,01** (0,03)	216,06 (0,56)
R2	0,57	0,55
Observations	598	203

Source : Auteur, 2019.

Enfin le but dans le modèle 3 est de déterminer les raisons qui poussent un individu à choisir de consulter un AC plutôt qu'un autre type de prestataire.

Les résultats des enquêtes ont montré que plus un individu est âgé, plus la probabilité qu'il fasse recours aux AC augmente et moins il pratique l'automédication. Plus que les habitants d'Andramasina, district financé, ceux d'Arivonimamo, district non financé préfèrent recourir aux AC plutôt qu'à l'automédication. Cependant, toujours selon les résultats des enquêtes, au cas où le coût du recours aux AC augmente, ceux-ci se tourneront vers l'automédication.

Le niveau du recours aux AC dépend essentiellement du niveau d'instruction des chefs de ménage et de la durée de l'attente avant d'être reçu par l'AC. Plus le chef de ménage est instruit, moins il se fait soigner par les AC. Ainsi, les chefs de ménage qui ont fait juste les classes primaires se font soigner par les AC, alors que ceux qui ont fait des études secondaires préfèrent acheter des médicaments à la pharmacie sans consulter un AC. Par ailleurs, la probabilité de recourir aux AC est grande chez ceux qui trouvent que la durée d'attente avant d'être reçu par un AC est plus courte que le temps passé à la pharmacie.

La probabilité de recourir à un guérisseur plutôt qu'à un AC est plus élevée chez les individus vivant en union libre que chez ceux qui sont légitimement mariés. Mais plus les enfants avancent en âge, plus leurs parents fréquentent les AC.

La probabilité de recourir au CSB est plus élevée chez les individus vivant en union libre que chez ceux qui sont légitimement mariés également. À Arivonimamo, district non financé, le recours aux AC intéresse plus les ménages que le recours au CSB. Cependant, lorsque le coût des soins communautaires est élevé, la probabilité de recourir au CSB augmente. Au cas où il faut patienter pour avoir des soins au CSB, les patients préfèrent se faire soigner par les AC.

Enfin, il a été constaté que ceux qui vivent en union libre préfèrent fréquenter les centres de santé privés plutôt que les AC. Cependant, les ménages préfèrent recourir aux AC si le centre de santé privé se situe à une distance de 3 à 5 km de leur lieu de résidence. Cette préférence aux AC diminue si le coût des soins que ceux-ci offrent est élevé (Tableau 3).

Tableau 3 : Déterminants du choix entre recours aux AC et autres types de recours

	AC VS auto-médication	AC VS pharmacie	AC VS guérisseur	AC VS CSB	AC VS privé
Caractéristiques du chef de ménage					
Âge	-0,02 (0,46)	-0,61 (0,02)	-0,11 (0,17)	-0,06 (0,15)	0,07 (0,26)
Niveau d'éducation (Primaire = ref)					
Secondaire	1,33 (0,12)	5,56** (0,04)	2,37 (0,22)	1,82 (0,16)	2,04 (0,16)
Lycée	0,12 (0,86)	-1,21 (0,55)	-17,84 (0,99)	-0,93 (0,33)	1,64 (0,23)
Universitaire	19,86 (0,99)				
Aucun	17,71 (0,99)	10,17 (1,0)	2,19 (1,00)	20,45 (1,00)	-4,30 (1,00)
Situation matrimoniale (marié=ref)					
Célibataire	14,92 (0,99)	9,45 (1,0)	-6,87 (1,00)	18,43 (1,00)	-4,83 (1,00)
Union libre	1,89* (0,08)	-20,60 (0,99)	6,62*** (0,00)	5,78*** (0,00)	6,01*** (0,00)
Divorcé	19,10 (0,99)	-4,72 (1,0)	-2,40 (1,00)	16,23 (1,00)	0,15 (1,00)
Veuf	18,17 (0,99)	18,80 (1,0)	5,45 (1,00)	21,59 (0,99)	23,56 (0,99)
Revenu du ménage	-0,18 (0,42)	0,49 (0,63)	-0,89 (0,34)	-0,34 (0,41)	1,02* (0,07)
Accessibilité					
Entre 3 et 5 km	-0,04 (0,95)	-0,2 (0,93)	-0,41 (0,84)	0,56 (0,53)	-3,33** (0,01)
Entre 5 et 10 km	0,38 (0,54)	-27,0 (0,99)	1,74 (0,37)	0,33 (0,70)	-0,82 (0,43)
À plus de 10 km	15,88 (0,99)	19,7 (1,0)	4,89 (1,00)	21,77 (0,99)	-5,32 (1,00)
Caractéristiques de l'enfant					
Sexe	0,46 (0,32)	3,36* (0,06)	-0,15 (0,89)	0,66 (0,29)	0,23 (0,78)
Âge	0,14** (0,02)	0,27 (0,24)	0,32** (0,05)	0,03 (0,67)	-0,05 (0,64)
Perception de la maladie	19,10 (0,99)	70,64 (1,00)	-2,19 (1,00)	-1,39 (1,00)	-3,48 (1,00)
Lieu de résidence (district 1 = ref)					
Arivonimamo	-1,23** (0,01)	-2,44 (0,16)	-2,61 (0,10)	-2,41*** (0,00)	-1,47 (0,12)
Coûts	-0,45*** (0,00)	-3,56* (0,07)	0,51 (0,28)	0,87*** (0,00)	1,84*** (0,00)

	AC VS auto-médication	AC VS pharmacie	AC VS guérisseur	AC VS CSB	AC VS privé
Qualité					
Temps d'attente					
Acceptable		12,57** (0,01)	-0,98 (0,59)	3,62*** (0,00)	-0,28 (0,84)
Peu tolérable		9,32 (1,0)	0,03 (1,00)	21,72 (0,99)	-2,14 (1,00)
Inacceptable		-8,03 (1,0)	-18,83 (0,99)	0,57 (0,65)	-1,61 (0,37)
Qualité du service offert					
Mauvaise		-4,78 (0,11)	2,71* (0,08)	-0,72 (0,38)	-1,14 (0,28)
Médiocre		1,30 (1,0)	5,37 (1,00)	19,70 (0,99)	-6,04 (1,00)
Constante	6,62 (0,05)	31,47 (0,15)	7,63 (0,60)	0,93 (0,89)	-31,29*** (0,00)
R2	0,39	0,56	0,56	0,56	0,56
Observations	479	297	297	297	297

Source : Auteur, 2019

Sources de motivation des AC et obstacles entravant leur service

Les AC sont des hommes ou des femmes en qui les habitants d'un village ont confiance. Le fait de mériter de la confiance de leurs concitoyens et de contribuer à l'amélioration de la santé au village leur procure une grande fierté. C'est pourquoi ils acceptent de travailler bénévolement. Pour eux, le métier d'AC est un moyen pour acquérir des expériences dans le domaine des soins médicaux et est par conséquent, une occasion de promotion sociale. Le fait d'être considéré en quelque sorte comme suppléant du « docteur » leur apporte une satisfaction personnelle et les encourage à travailler davantage.

Bien que les AC soient ainsi motivés, quand ils ne disposent pas de matériels et de médicaments ou lorsqu'ils ne bénéficient pas de formation, les sites communautaires ne fonctionnent pas convenablement. Certes, les AC se sont engagés à travailler bénévolement, toutefois ils regrettent le fait que les indemnités qui leur ont été promises ne leur soient pas versées. Comme ils doivent subvenir aux besoins de leurs familles, ils n'accordent alors que peu de temps à la prise en charge communautaire. Par contre, ils participent pleinement aux campagnes de vaccination qui sont des activités périodiques pour lesquelles des indemnités leur sont versées (Entretiens auteur, 2018).

Les zones d'intervention des AC sont les villages constituant leurs Fokontany respectifs. Ne percevant pas d'indemnité de déplacement, certains AC ne vont que rarement dans les villages et les hameaux trop éloignés de leurs lieux de résidence. Ce sont plutôt les habitants de ces villages-là qui viennent jusque chez eux pour se faire consulter. C'est ainsi que par exemple, lors de la campagne de distribution de moustiquaires, les AC du district non financé et ceux du district financé ont adopté la même solution : ils ont indiqué un lieu de rendez-vous où tous les bénéficiaires pouvaient récupérer leur part.

C'est aussi à cause de ce manque d'indemnité de déplacement que certains AC résidant loin de leur CSB de rattachement ne viennent que rarement aux réunions mensuelles. À Andramasina, les fokontany sont en moyenne à 6 km du CSB, c'est-à-dire à une distance allant de 0 à 28 km. Pour les fokontany d'Arivonimamo, cette distance est de 9 km en moyenne, allant de 0 à 22 km.

Activités communautaires et couverture sanitaire universelle

La prise en charge communautaire a pour but de faire en sorte que les familles à faible pouvoir d'achat et habitant dans les zones enclavées puissent se faire soigner au village même par des AC. À Madagascar, 66,17 % de la population ont des problèmes d'accessibilité aux soins (Ihantamalala et al., 2014). Comme nous l'avons constaté au cours de notre étude, grâce aux soins de proximité, ces problèmes commencent à être résolus. Aussi, pour que la prise en charge communautaire soit de plus en plus efficace, il est nécessaire de prendre des mesures visant l'amélioration de la qualité des services que les AC offrent. Il s'agit de renforcer la compétence de ces derniers et de faire en sorte qu'ils disposent toujours d'un stock d'intrants. Ainsi formés et équipés, ces AC auront de plus en plus de motivation pour le travail et, satisfait de la qualité des soins, le public fréquentera de plus en plus les sites communautaires. Comme le coût des soins au niveau communautaire est largement inférieur à celui des centres de santé, le problème d'accessibilité financière aux soins sera réduit. C'est pourquoi les propositions suivantes ont été souvent avancées au cours des enquêtes :

- Réviser le montant des indemnités destinées aux AC
- Verser régulièrement les indemnités et éviter les retards de paiement
- Assurer le ravitaillement en matériels et en médicaments des sites communautaires.
- Prévoir des frais de déplacement pour que les AC puissent participer aux réunions mensuelles, sinon les doter de moyens de transport (bicyclettes, par exemple).

Par ailleurs, comme nous l'avons constaté dans deux communes des districts étudiés, les chefs CSB doutent de la compétence des AC et n'osent pas mettre les médicaments à leur disposition. Démotivés par ce manque de confiance, ces derniers ne viennent pas aux réunions mensuelles au CSB. Pour remédier à cette situation, et puisque la bonne collaboration entre chefs CSB et AC est un des facteurs favorables à la bonne marche de la prise en charge communautaire, il s'avère nécessaire de renforcer le savoir-faire des AC par le biais de formation et de suivis formatifs.

L'objectif à atteindre dans les séances de formation sera alors de rendre les AC capables de reconnaître les symptômes des maladies courantes et notamment les signes de gravité des maladies, afin qu'ils puissent distinguer à temps les cas à référer au CSB. Ces informations leur sont aussi indispensables pour pouvoir convaincre la population sur la nécessité de recourir aux soins et sur l'importance de la prévention des maladies. Ainsi, les ménages auront une meilleure perception des soins de santé, et avec les soins de proximité fournis dans les sites communautaires, ils n'auront à se déplacer au CSB ou dans d'autres formations sanitaires qu'au cas où les AC le leur recommandent.

Les séances de formation, les suivi-évaluations, suivis formatifs et échanges d'expériences permettront d'ailleurs aux chefs CSB d'estimer l'efficacité du programme dans leurs circonscriptions respectives et de réagir en conséquence. À cet effet, les fonds alloués à ces activités méritent d'être révisés.

Notons que s'il a été convenu à la Conférence d'Abudja en 2001 que les États signataires devront accorder 15% de leur budget aux programmes de santé, à Madagascar, ce taux est encore en moyenne à 7,5% (OMS, 2018). La situation dans les districts que nous avons étudiés prouve que la santé devra, en effet être la priorité pour les décideurs politiques. En comparant la situation à Andramasina, district financé avec celle d'Arivonimamo, district non financé, nous constatons qu'il ne s'agira pas seulement d'augmenter les financements,

mais surtout d'assurer une allocation optimale des fonds. Lorsque ce principe sera appliqué dans le district financé, comme les intrants seront disponibles, les activités seront effectuées tel que prévu dans le programme, les sites communautaires seront fonctionnels, la compétence des AC sera meilleure, ce qui fera accroître la confiance des chefs CSB envers les AC. Ainsi, avec le système de prise en charge communautaire, Madagascar pourra atteindre la CSU.

Conclusion

Madagascar, en tant qu'État membre de l'OMS, a adopté et a mis en œuvre le programme de prise en charge communautaire depuis 2011. Si le problème d'accessibilité aux soins est résolu dans certains villages, il est loin d'être effacé dans beaucoup de zones enclavées où les habitants préfèrent encore l'automédication au recours aux soins communautaires (INSTAT, 2013). Comme nous l'avons constaté au cours de nos enquêtes, les AC sont pourtant conscients de leur rôle qui est de faire en sorte que tous les malades au village ne souffrent de l'aggravation de leur état de santé.

Aussi, à travers cette étude, nous avons cherché les causes de cette faiblesse du recours aux soins communautaires. Pour ce faire, nous avons effectué des enquêtes dans deux districts, à savoir Andramasina où les activités communautaires sont financées et Arivonimamo où les mêmes activités ne sont pas financées. Une analyse comparative entre les différents types de recours aux soins, en termes de coûts, d'efficacité et de qualité des soins offerts a été faite. Les déterminants socio-économiques du recours aux soins communautaires chez les enfants de moins de 15 ans ont été aussi déterminés.

Parmi tous les services offerts, ce sont ceux des centres de santé privés qui satisfont le plus les ménages. Les principaux déterminants du recours aux AC sont les relations soignant-soigné reconnues comme satisfaisantes, l'absence d'attente lors des consultations et le coût abordable des prestations. Toutefois, il a été constaté que la plupart des ménages font recours aux CSB même si les services qui y sont offerts ne leur satisfont pas. Ce choix est dû au fait que bien que les soins dans les sites communautaires ne soient pas très coûteux, certains AC ne disposent pas des médicaments et des matériels nécessaires pour la prise en charge. Meuwissen (2002) a fait la même constatation en prouvant que la disponibilité des médicaments influence le recours aux soins. De même, Griffin (1988) a découvert que la demande de soins ne dépend pas uniquement du coût des soins, mais aussi de la faculté des soignants à garantir la disponibilité des médicaments. Enfin, comme Andersen (1995) l'a constaté, les déterminants socioculturels c'est-à-dire l'âge, le niveau d'éducation, le lieu de résidence permettent aussi d'expliquer le choix du recours aux soins.

Nous pensons que les résultats de nos travaux pourront être enrichis avec d'éventuelles recherches dans d'autres zones. Toutefois, ce que nous avons découvert dans nos deux zones d'étude nous a permis de faire une analyse socio-économique du recours aux soins communautaires à Madagascar. Nous avons pu constater que, quel que soit le cas, c'est-à-dire que les activités communautaires soient financées ou non, en général, les ménages font rarement recours aux AC. Cela est dû au fait que le financement qui est octroyé n'est utilisé que pour une partie des activités constituant le programme de prise en charge communautaire. Les postes de dépense qui ont fait l'objet de financement ont été les campagnes de distribution de vitamine A et de vermifuges notamment (Enquêtes auteur,

2018). Un grand nombre d'AC ne sont ravitaillés ni en médicaments ni en outils nécessaires à la prise en charge.

Sans les AC, les populations des zones enclavées risquent de souffrir continuellement des maladies courantes et des complications de celles-ci. Ces populations ont grand besoin de soins de proximité et d'être informé sur les méthodes de prévention des maladies. D'après ce que nous avons constaté, il s'avère donc nécessaire d'apporter des améliorations au programme de prise en charge communautaire à Madagascar afin que l'accès aux soins soit le même pour tout citoyen, et que tous, aussi bien urbains que ruraux, puissent bénéficier de soins de qualité. Il s'agit de mettre tout particulièrement l'accent sur le renforcement de la compétence des AC en les formant sur les tâches qui leur sont confiées et en les dotant régulièrement des intrants qui leur sont nécessaires. Ces mesures permettront de les motiver davantage et par conséquent, de sauver une multitude de vies humaines. Le programme de prise en charge communautaire sera alors le moyen par excellence qui permettra d'atteindre la CSU.

Bibliographie

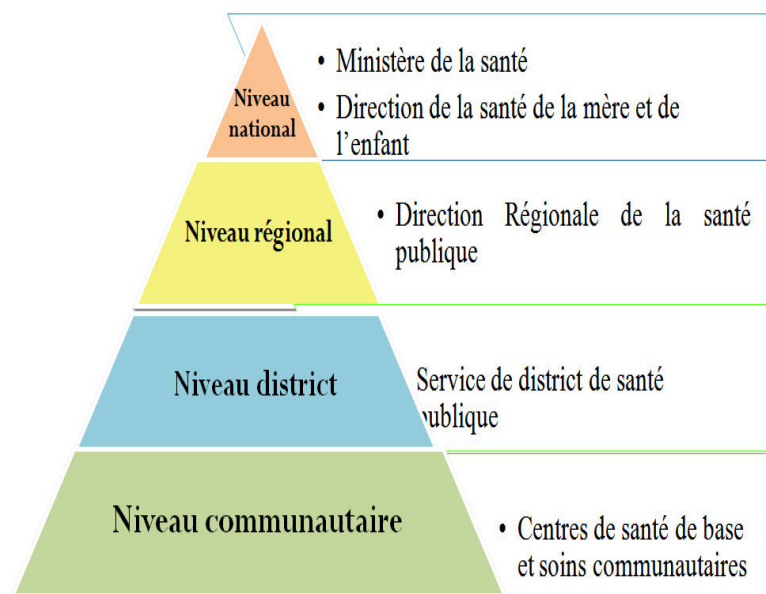
- ADHVARYU, Achyuta, NYSHADHAM, Anant . Return to treatment in the formal health care sector: Evidence from Tanzania. *American Economic Journal: Economic Policy*, 2015, 7(3), 29-57
- AMOUZOU, Agbessi, MORRIS, Saul, MOULTON, Lawrence H., MUKANGA, David. Assessing the impact of integrated community case management (iccm) programs on child mortality: review of early results and lessons learned in Sub-Saharan Africa. *Journal of Global Health*, 2014, 4(2), e020411
- ANDERSEN, Ronald. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, 36(1), 1-10.
- BJORKMAN NYQVIST, Martina, GUARISO, Andréa, SVENSSON, Jakob, YANAGIZAWA-DROTT, David. Effect of a micro entrepreneur-based community health delivery program on under-five mortality in Uganda: a cluster-randomized controlled trial. CEPR Discussion Paper No. DP11515, 2016
- BJORKMAN, Martina, LEIGHT, Jessica, SHARMA, Vandana. Community Health Educators and Maternal Health: Evidence from a Randomized Controlled Trial. 2017, [consulté le 20 août 2019]
http://www.jessicaleight.com/uploads/1/3/2/3/13234647/community_health_educators_and_maternal_health.pdf
- Centre de Recherches, d'Etudes et d'Appui à l'Analyse Economique, CREAM. Monographie de la Région Analamanga et d'Itasy, CREAM, 2013, 204P
- Fonds monétaire International. Rapport du FMI No. 17/223, République de Madagascar, Washington DC, 2017
- GERTLER, Paul, LOCARY, Luis, DOR, Avi, VAN DERGAAG, Jacques. Health care financing and the demand for medical care, Living standards measurement study (LSMS) WorkingPaper, World Bank. Washington D.C., 1988
- GRIFFIN, Charles. User charges for health care in principle and practice, ANEDI Seminar paper n°37, Economic Development Institute of the World Bank, 1988
- IHANTAMALALA, Felana Angella, RATOVOSON, Rila, MANGAHASIMBOLA, Rezyky, RAKOTOMALALA, Feno. Modélisation de l'accessibilité aux soins dans les centres de

- santé de base publics, Moramanga, Madagascar. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2014, 62(suppl.5), 189-190.
- JARRAH, Zina, LEE, Angela, WRIGHT, Katherine, SCHULKERS, Keriann, COLLINS, David. Costing of Integrated Community Case Management in Rwanda. Analysis report USAID, URC and MSH, 53P., 2013
- KARRA, Mahesh, FINK, Gunther, and CANNING David. Facility distance and child mortality: a multi-country study of health facility access, service utilization, and child health outcomes. *International journal of epidemiology*, 2017, 46(3):817-826. doi: 10.1093/ije/dyw062
- KONE, Georges Karna, LALOU, Richard, AUDIBERT, Martine, LAFARGE Hervé, DOS SANTOS Stéphanie, NDKY, Alphousseyni, LE HESRAN Jean-Yves. Use of health care among febrile children from urban poor households in Senegal: does the neighbourhood have an impact? *Health Policy Planning*, 2015, 30(10):1307-19
- MECHANIC, David. *Medical Sociology: A comprehensive text* (2nd ed.). New York, NY: Free Press, 1978
- MEUWISSEN, Leisbeth. Problems of cost recovery implementation in district health care: a case study from Niger. *Health Policy and Planning*, 2002, 17 (3): 304-313
- Ministère de la Santé et du Planning Familial. Guide de mise en œuvre pour l'introduction de la prise en charge communautaire des infections respiratoires aiguës, de la diarrhée et du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans à Madagascar. 34P, 2012
- MUBIRU, Denis, BYABASHEIJA, Robert, BWANIKA, John Baptist, MEIER Joslyn Edelstein, MAGUMBA Godfrey, KAGGWA Flavia Mpanga, ABUSU Jackson Ojera, OPIO Alex Chono, LODDA Charles Clarke, PATEL Jaanki, DIAZ Theresa. Evaluation of integrated community case management in eight districts of central Uganda. *PloS ONE*, 2015, 10(8) : e0134767
- PARSONS, Talcott. *The Social System*. Glencoe, IL: Free Press, 1951
- RAZAKAMANANA, Marilys Victoire, AUDIBERT, Martine, ANDRIANANTOANDRO, Voahirana Tantely. Impact et efficience de l'intégration du diagnostic et du traitement de la pneumonie dans la prise en charge communautaire du paludisme à Madagascar. *Revue Economique*, 2019, 69 : 377-402.
- ROSENSTOCK, Irving, STRECHER, Victor, BECKER, Marshall. The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change. In R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp 5-24). New York, NY: Plenum Press, 1994
- STIERLE, Friedeger, KADDAR, Miloud, TCHICAYA, Anastase, SCHMIDT-ERY, Bergis. Indigence and access to health care in sub-Saharan Africa. *International Journal of Health Planning and Management*, 1999, 14 (Issue 2): 81-105
- TAYLOR, Steve, FIELD, David. *Sociology of Health and Health Care*. 4ème édition, ISBN: 978-1-405-15172, 6 April 2007 Wiley-Blackwell, 288 Pages
- THEODORATOU, Evropi, AL-JILAIHAWI, Sarah, WOODWARD, Felicity, JHASS Arnoupe, BALLIET Manuela, KOLCIC Ivana, SADRUDDIN Salim, DUKE Trevor, RUDAN Igor, CAMPBELL Harry (2010). The effect of case management on childhood Pneumonia mortality in developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 2010, 39, 155-71
- YOUNG, James Clay. *Medical Choice in a Mexican Village*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1981
- YOUNG, James Clay, YOUNG-GARRO, Linda. Variation in the Choice of Treatment in Two Mexican Communities. *Social Science and Medicine*, 1982, 16(16): 1453-1465.

Annexes

Annexe 1 : Système de santé malgache

Source : Auteur, 2018



Annexe 2 : Caractéristiques des deux zones d'étude

	Arivonimamo	Andramasina
Superficie en km ²	2 723	1 416
Population totale	1,4% mada	0,8
Proportion de population rurale	84%	80%
Nombre de communes	22	12
Nombre de villages	286	135
Nombre de villages situés à plus de 5 km du centre de santé le plus proche (% du nombre total de villages)	178 (62,2%)	98 (72,6%)
Nombre de centres de santé	25	27
Nombre de sites communautaires (nombre d'AC)	286 (572)	135 (270)
Taille des ménages	4,7	4,4
Température moyenne	19°	19 °C
Précipitation moyenne	1 000 mm	1 100 mm

Source : Données SDSP, 2018.

ANNEXE 3 : Résultats obtenus à partir de l'analyse descriptive

Tableau 1 : Recours aux soins

	Effectif (%)
Recours aux soins	
Non : Ménages ne faisant pas recours aux soins	84 (13,5)
Oui : Ménages faisant recours aux soins	536 (86,5)
Total	620 (100)
Motifs de non-recours	
Problème financier	3 (3,6)
Problème de temps	4 (4,7)
Maladie peu alarmante	77 (91,7)
Total	84 (100)

Tableau 2 : Répartition des ménages suivant le type de recours qu'ils choisissent : effectif (proportion)

Type de recours	Total	Andramasina	Arivonimamo
Automédication	183 (34,1)	78 (29,9)	105 (38,2)
Pharmacie / Dépôt de médicaments	49 (9,1)	13 (5,0)	36 (13,1)
Guérisseur	16 (3,0)	9 (3,4)	7 (2,6)
AC	33 (6,2)	9 (3,4)	24 (8,7)
CSB public	225 (42,0)	137 (52,5)	88 (32,0)
Centre de santé privé	21 (3,9)	14 (5,4)	7 (2,5)
Médecin, infirmier libre	9 (1,7)	1 (0,4)	8 (2,9)
Total	536 (100)	261 (100)	275 (100)

Tableau 3 : Comparaison des coûts : Coûts des différents types de recours aux soins

	CSB	AC	Privé	Médecin libre	Pharmacie	Guérisseur	Auto-médication
Ceux qui n'ont pas eu à payer de frais médicaux (%)	4 (1,8)	5 (15,1)	1 (5,0)	0 (0)	0 (0)	6 (37,5)	42 (23,1)
Coûts médicaux (Ar)							
Moyenne	10 259	4 793	10 800	8 611	1 034	4 120	825
Minimum	100	100	600	2500	50	700	50
Maximum	500 000	65 000	75 000	15 000	10 000	15 000	6 500
Coûts non médicaux (Ar)							
Ceux qui n'ont pas eu à payer de frais de transport (%)	215 (95,6)	33 (100)	17 (85,0)	3 (33,33)	48 (98,0)	16 (100)	182 (100)
Coûts de transport (Ar)							
Moyenne	16 600	0	12 666	2 000	1 000	0	0
Minimum	5 000	0	2 000	500	1 000	0	0
Maximum	64 000	0	30 000	5 000	1 000	0	0
Coûts d'alimentation (Ar)							
Moyenne	8 956	200	2 000	5 667	0	0	1 980
Minimum	50	200	2 000	2 000	0	0	200
Maximum	100 000	200	2 000	10 000	0	0	12 000
Coûts totaux (Ar)							
Moyenne	11 982	4 963	12 905	11 833	1 055	4 120	1 069
Minimum	100	100	600	2 500	50	700	50
Maximum	664 000	84 000	81 000	25 500	10 000	15 000	12 500
Proportion par rapport au revenu mensuel (%)	5,1	2,1	5,5	5,0	0,4	1,7	0,4
Proportion par rapport à la capacité à payer (%)	14,97	6,20	16,13	14,79	1,32	5,15	1,34
Proportion par rapport à la disponibilité à payer (%)	21,8	9,04	23,5	21,6	1,9	7,5	1,9

Source : Enquête auteur, 2019.

Tableau 4 : Répartition des types de soins suivant la qualification du coût des services et du coût des médicaments (effectif et pourcentage)

Qualification des coûts	CSB	AC	Pharmacie	Privé	Guérisseur	Auto-médication
Coût du service : Effectif (fréquence en %)						
Trop cher	25 (11,1)		NA	6 (20,7)	7 (43,7)	NA
Abordable	158 (70,2)	15 (45,4)	NA	18 (62,1)	2 (12,5)	NA
Coûts des médicaments : Effectif (fréquence en %)						
Trop cher	60 (26,7)	1 (3,0)	3 (6,1)	15 (51,7)	1 (6,3)	29 (15,9)
Abordable	163 (72,4)	27 (81,8)	43 (87,8)	14 (48,3)	14 (87,5)	63 (34,6)
Gratuit	2 (0,9)	5 (15,2)			1 (6,2)	90 (49,4)
Total			49 (100)		16 (100)	

Source : Enquête auteur, 2019

Tableau 5 : Répartition des types de recours suivant les coûts indirects qui y sont liés (Montants en Ar)

Coûts indirects	CSB	AC	Pharmacie / Dépôt de médicaments	Privé	Médecin libre	Guérisseur	Auto-médication
Moyenne	21 243	0	3 000	6 000	0	11 000	7 703
Minimum	2 500	0	3 000	2 000	0	10 000	3 000
Maximum	450 000	0	3 000	12 000	0	12 000	25 000

Source : Enquête auteur, 2019.

Tableau 6 : Répartition des types de recours suivant la qualité de l'accueil (Durée de l'attente et qualification de la durée d'attente)

Effectif (%)	CSB	AC	Privé	Guérisseur
Aucune attente	49 (21,8)	24 (72,7)	14 (48,3)	15 (93,7)
Moins de 5 minutes	26 (11,5)	2 (6,1)	10 (34,5)	
De 5 à 15 minutes	54 (24,0)	3 (9,1)	1 (3,4)	
De 15 à 30 minutes	51 (22,7)	2 (6,1)	2 (6,9)	
De 30 minutes à 1 heure	25 (11,1)	1 (3,0)		1 (6,3)
De 1 à 2 heures	17 (7,5)	1 (3,0)		
Plus de 2 heures	3 (1,3)		2 (6,9)	
Total	225 (100)	33 (100)	29 (100)	
Très convenable	58 (25,8)	25 (75,8)	21 (72,4)	15 (93,7)
Acceptable	117 (52,0)	7 (21,2)	7 (24,1)	1 (6,3)
Peu tolérable	35 (15,5)			
Inacceptable	15 (6,7)	1 (3,0)	1 (3,4)	

Source : Enquête auteur, 2019.

Tableau 7 : Répartition des types de recours suivant la qualité du service offert

Effectif (%)	CSB	AC	Privé	Guérisseur
Qualité du service				
Très satisfaisante	42 (18,7)	13 (39,4)	18 (62,1)	7 (43,7)
Satisfaisante	158 (70,2)	20 (60,6)	11 (37,9)	9 (56,3)
Mauvaise	25 (11,1)	.	.	.
Médiocre
Compétence du soignant				
Très satisfaisante	45 (20,0)	14 (42,4)	19 (65,5)	8 (50,0)
Assez satisfaisante	163 (72,4)	19 (57,6)	10 (34,5)	8 (50,0)
Mauvaise	17 (7,6)			
NA				
Relations soignant-soigné				
Excellentes	72 (32,0)	17 (51,5)	22 (75,8)	2 (12,5)
Bonnes	122 (54,2)	13 (39,4)	5 (17,2)	13 (81,3)
Moyennes	31 (13,8)	3 (9,1)	2 (6,9)	1 (6,2)
Mauvaises				
NA				
Disponibilité des médicaments				
Médicaments non disponibles	19 (8,4)	4 (12,1)	0 (0)	NA
Médicaments disponibles	206 (91,6)	29 (87,9)	29 (100)	
Total	225 (100)	33 (100)	29 (100)	16 (100)

Source : Enquête auteur, 2019.