

CONFÉRENCE "DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, SERVICES SOCIAUX ET PAUVRETÉ À MADAGASCAR"
11 juin 2003, Antananarivo

LES PAUVRES ET LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DES USAGERS DANS LE SECTEUR SANTÉⁱ

Introduction

Les services de santé sont essentiels pour le développement économique et pour l'amélioration du bien-être. Malheureusement, il est difficile pour le Gouvernement, étant donné les restrictions budgétaires, d'assurer des services adéquats pour l'ensemble de la population. Le plus grand défi pour une politique de santé pro-pauvre est ainsi de réallouer les ressources publiques de façon à ce que les ménages pauvres puissent bénéficier de cette politique. Ceci est évalué dans le secteur public de la santé à Madagascar.

Avant le milieu des années 90, la distribution des services publics de santé n'était pas très satisfaisante à Madagascar. Les indicateurs de santé étaient alarmants et les dépenses publiques pour les services de santé ont été bien en dessous du niveau rencontré dans les autres pays d'Afrique. Pour résoudre le problème du secteur santé, le Gouvernement a entrepris un correctif majeur qui débuta au milieu des années 90. En premier lieu, la part allouée au secteur dans le Budget a significativement augmenté dans la seconde moitié des années 90 et atteignit 10% en 2000, ce qui est une part relativement importante. (Tableau 1).

Tableau 1. Dépenses budgétaires allouées au secteur santé et PIB (en milliards de fmg)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Dép. totales	2373,8	2883,4	3137,9	3819,5	3790,9	5067,6
PIB total	13479	16224	18051	20343	23390	26820
Dép. en santé	80,4	113,8	178,4	199,0	287,9	495,0
<i>Secteur santé</i>						
Dép. courantes hors solde	38,2	49,2	61,2	69,7	78,8	120,4
Dép. courantes solde	36,6	45,9	55,4	52,2	79,5	111,8
Dép. d'investissement	5,6	18,7	61,7	77,2	129,6	262,8
En % des dép. totales	3,4	3,9	5,7	5,2	7,6	9,8
En % du PIB	0,6	0,7	1,0	1,0	1,2	1,8

Source : Ministère des Finances et de l'Economie – comme mentionné dans le DSRP 2001

Deuxièmement, un des principaux aspects du nouveau plan directeur a été la décentralisation aussi bien des ressources que de la prise de décision. Un troisième aspect a été l'extension majeure de la participation financière des usagers. Ce système a été systématiquement appliqué en

janvier 1998, lorsque les charges pour les médicaments sont devenues obligatoires dans toutes les formations sanitaires publiques (Glick et Razakamanantsoa, 2000).

Une enquête qualitative a été organisée par l'INSTAT, avec la collaboration du Programme Ilo de Cornell University, dans le but d'évaluer les effets de ces nouvelles politiques, et particulièrement, de la participation financière sur les pauvres. Une enquête a été menée dans les provinces de Fianarantsoa, Toliara et Mahajanga en septembre 2001. Le plan d'échantillon a été comme suit: à l'intérieur de chaque province cinq régions géographiques ont été identifiées. A l'intérieur de ces régions géographiques, un fivondronana a été sélectionné au hasard et dans chacun des fivondronana 25 personnes, au hasard, ont été interrogées, divisées en part égale entre les visiteurs des centres de santé et les autres. En plus, 75 personnes ont été interrogées dans chacune des capitales des trois provinces. Puis 263, 316, et 265 personnes ont été respectivement interrogées dans la province de Toliara, Fianarantsoa et de Mahajanga ; ce qui ramène à un échantillon total de 844 interrogés. Une deuxième enquête dans les mêmes sites a été menée auprès de 40 responsables des centres de santé.

Comme le but de l'étude a été d'examiner comment la participation financière a affecté la partie pauvre de la population, une attention particulière a été accordée pour les mesures de pauvreté. Parce que ni le temps ni les ressources ne l'ont permis pour conduire une enquête sur les dépenses, deux mesures de la pauvreté, faciles à mettre en place ont été calculées. La première est fondée sur un niveau subjectif auto-déclaré de pauvreté (Ravelosoa, 2001). La seconde utilise un système de rang de la pauvreté basée sur les biens possédés suivant la méthodologie de Gwatkin et al. (2000). Ces deux mesures seront utilisées indifféremment.

1. Améliorations observées

Depuis le changement dans les politiques de santé (augmentation des dépenses, décentralisation, participation financière des usagers), les centres publics de santé fonctionnent mieux

1.1. La qualité des services de soins s'est améliorée

Presque 90% des personnes interrogées s'accordent à dire que la qualité des services s'est améliorée depuis l'application des nouvelles mesures (Tableau 2). Environ 8% pensent qu'il n'y a pas eu de changement tandis que 2% disent que la situation s'est aggravée. Sur 10 personnes, huit ont déclaré que l'état des bâtiments s'est améliorée depuis et aucune personne n'a dit que leur état s'est dégradé. Il n'y a pas de différence majeure entre les régions ou entre les niveaux de pauvreté. Aussi, l'amélioration de la qualité était-elle significative et notable presque pour tout le monde.

1.2. Les médicaments sont plus aisément disponibles

Les deux tiers de la population pensent que les médicaments sont maintenant plus disponibles qu'avant (Tableau 1). Ce pourcentage est très élevé dans la province de Toliara (95%). Particulièrement, la partie pauvre de la population, qui le plus souvent vit dans les endroits reculés, trouve qu'il est plus facile qu'avant d'obtenir les médicaments aujourd'hui (60% des répondants – Tableau 3).

Quant aux prix des médicaments, presque 40% de l'échantillon pensent que les médicaments sont plus chers qu'avant et 43% disent qu'ils le sont moins. Les réponses diffèrent significativement selon les niveaux de pauvreté. Environ 60% du quintile le plus riche trouvent que les médicaments sont devenus moins chers, et 41% seulement pour le quintile le plus pauvre pensent de même. Ainsi, les prix des médicaments ont affiché une hausse relative disproportionnée par rapport au revenu pour les plus pauvres, si l'on compare avec le quintile le plus riche. Toutefois, 43% déclarent que les médicaments sont maintenant moins chers qu'avant. A première vue, ceci semble être un résultat surprenant puisque les médicaments étaient, en principe, gratuits par le passé. Cependant, cela signifie souvent qu'en pratique aucun médicament n'était disponible par le passé et qu'on devait les acheter à un prix très cher sur le marché privé ou sur le marché informel.

Tableau 2. Evolution depuis la mise en place des nouvelles politiques (selon clients : % de réponses)

	% de réponses
<i>La qualité du bâtiment et la propreté du centre ...</i>	
S'est améliorée	77
N'a pas changé	20
S'est détériorée	1
Ne sait pas	2
<i>La qualité des services et des soins a-t-elle changé ?</i>	
Amélioré	87
Sans changement	8
Détérioré	2
Ne sait pas	4
<i>Les prix des médicaments par rapport à votre revenu sont ...</i>	
Beaucoup plus chers	9
Un peu plus chers	30
Du même niveau	15
Moins chers	43
Ne sait pas	2
<i>Les médicaments sont-ils devenus plus disponibles qu'avant ?</i>	
Oui	67
Non	21
Le centre ne donne pas de médicaments	1
Ne sait pas	11

Source: INSTAT-Ilo

1.3. Les patients paient moins de façon informelle

Même s'il semblait que les patients devraient payer plus depuis la mise en place du système de participation financière des usagers, ce n'est pas toujours le cas puisqu'il paraît qu'auparavant les patients devaient quelquefois payer de façon informelle pour accéder aux services désirés. Ainsi, 19% de l'échantillon rapportent qu'ils paient moins de façon informelle depuis les changements intervenus dans les politiques de santé. (Tableau 3) (Bien qu'encore 10% de l'échantillon rapportent qu'ils ont dû payer de manière informelle au cours de leur dernière visite). Ce sont surtout les ménages riches qui l'ont rapporté. Avant, ils peuvent l'avoir fait de façon disproportionnée puisqu'ils en ont les moyens si l'on compare avec la partie plus pauvre de la population.

2. Implications de la participation des usagers, surtout sur les groupes pauvres

2.1. Les visites des formations sanitaires publiques diminuent pour les pauvres et pendant la période de soudure.

Tandis que le nombre total des visites auprès des centres publics a beaucoup augmenté (selon l'Annuaire Statistique sur la santé), 20% des ménages déclarent que la fréquence des visites des formations sanitaires publiques a diminué depuis que la participation financière a commencé dans le secteur santé (Tableau 3). Cette diminution des visites est surtout élevée pour les ménages plus riches (28% des ménages l'ont rapporté). Environ 17% d'entre eux déclarent que maintenant ils

Tableau 3. Effets du recouvrement des coûts (pourcentage des réponses 'oui')

« Depuis le recouvrement des coûts, ... »	Quintiles de pauvreté					Total
	Les plus pauvres	2 ^e quintile	3 ^e quintile	4 ^e quintile	Les plus riches	
... la fréquence des consultations dans les centres publics pour les membres du ménage a baissé.	17	15	18	24	28	20
... la fréquence des consultations dans les centres privés par les membres du ménage a augmenté	5	11	14	14	17	12
... on va moins dans les centres publics car les moyens pour se permettre les coûts sont insuffisants	61	64	55	46	40	54
... on achète moins de médicaments	43	56	45	54	51	50
... on fait plus d'automédication	42	44	44	45	58	47
... les visites se font plus chez le guérisseur	22	20	16	11	16	18
... je paie moins d'une manière informelle dans les centres publics	14	12	21	26	25	19
... je ne me déplace pas très loin car les médicaments sont plus près	61	48	53	41	30	48

Nombre d'enquêtés : 844

Source : INSTAT

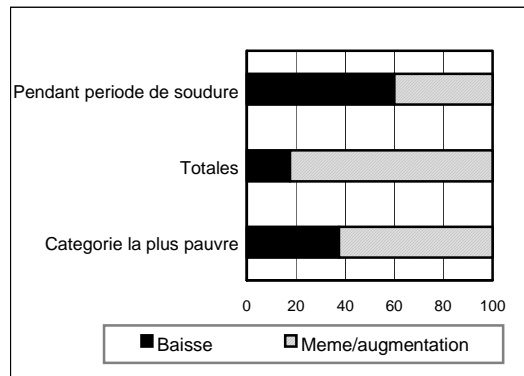
choisissent plutôt les centres de soins privés, tandis que 5% seulement des ménages les plus pauvres le font. Ces résultats indiquent que depuis l'instauration du système de la participation financière, les ménages plus pauvres s'en tiennent plus aux centres publics de santé (mais leur visite diminue dans l'ensemble) car ils n'ont ni le choix ni les moyens de s'offrir les soins privés, alors que les ménages plus riches délaissent relativement les soins publics et se tournent davantage vers les soins privés.

Cette diminution des visites de certaines couches de la population auprès des centres sanitaires publics semble être confirmée par les réponses des responsables. La Figure 1 montre comment le nombre des visites a changé depuis que le système de la participation financière a commencé. Presque 20% des responsables des centres de soins publics ont dit que l'ensemble des visites de leur centre a diminué depuis la mise en place de la politique de la participation financière des usagers et 40% trouvent que les visites des pauvres ont diminué depuis lors. La diminution significative du nombre de visites pour la partie pauvre de la population indique qu'elle est de plus en plus mise à l'écart.

Dans bon nombre de zones rurales à Madagascar où la plupart des gens tirent l'essentiel de leur revenu de l'agriculture, il y a souvent une période de soudure qui dure plusieurs mois et pendant laquelle une grande partie de la population réduit sa consommation alimentaire. Le manque de liquidités pendant cette période change également le comportement vis-à-vis de la recherche de soins de santé. Selon l'avis de 54% de l'échantillon, depuis la mise en place de la participation financière, les visites auprès des centres sanitaires publics en période de soudure ont tendance à baisser faute d'argent pour payer les prix de ces services (Tableau 3). Comme on pouvait s'y attendre, la différence entre les ménages riches et pauvres est frappante : 61% des ménages les plus pauvres avouent aller moins dans les centres de santé

pendant la soudure. C'est surtout le cas des CSB (Centre de Santé de Base) des zones rurales où la part de population pauvre est très élevée. Ces résultats sont une fois de plus confirmés par les responsables de ces centres publics. Trois responsables sur cinq affirment que l'ensemble des visites a diminué pendant les périodes de soudure (Figure 1). Ce pourcentage aurait été même plus élevé si l'on a demandé pour la partie pauvre de la population.

Figure 1. Nombre de consultations depuis la mise en place du recouvrement des coûts (d'après les gestionnaires ; évolution en %)



2.2. Les pauvres ne bénéficient d'aucun traitement de faveur : ils paient le même prix comme tous les autres.

L'enquête auprès des responsables révèle que la discrimination en termes de prix est presque inexistante pour les médicaments. Sept responsables sur 10 affirment que les patients doivent payer le même prix pour le même traitement. D'un autre côté, surtout dans les zones urbaines, quelques centres publics de santé déclarent appliquer un système de prix différentiels. Dans ce cas, les plus pauvres paient seulement le dixième ou le cinquième de ce que les autres parties de la population doivent payer. Toutefois ce système existe seulement dans quelques cas. Si les pauvres

utilisent les services publics, la plupart du temps ils font face aux mêmes prix que les autres.

On a alors demandé aux responsables la manière dont ils traitent avec les patients qui ne peuvent pas payer (Tableau 4). Vingt pour cent des responsables ont répondu qu'ils les envoyaient ailleurs tandis que 12% ont avancé qu'ils seront moins bien traités et recevront moins de médicaments. D'autres déclarent essayer d'accommoder la situation en leur permettant de payer plus tard (42%) ou en leur faisant payer un minimum (30%). Dix pour cent seulement des responsables déclarent qu'ils s'occuperaient des patients gratuitement.

Tableau 4. Attitude des gestionnaires si les patients ne peuvent pas payer

"Au cas où un malade déclarerait de ne pas pouvoir payer, il..."	% oui
... sera soigné gratuitement	10
... peut être soigné et devra payer plus tard	42
... devra être soigné ailleurs	20
... devra payer un minimum et sera soigné"	30
... sera moins bien soigné et recevra moins de médicaments"	12

Source: INSTAT-Ilo

2.3. Les patients utilisent moins de médicaments et les pauvres comptent plus sur les sources alternatives de service de santé.

Etant donné le coût plus élevé des services dans les centres sanitaires publics, on peut s'attendre à ce que les gens s'y rendent moins et cherchent des alternatives (voir Glick et al. 2000 pour une discussion exhaustive des effets du prix). Depuis la participation financière, ils visitent plus les guérisseurs traditionnels selon les 18% de l'échantillon. Se rendre plus chez les guérisseurs traditionnels est devenu plus courant chez la partie pauvre de la population puisque 22% d'entre eux rapportent faire ainsi depuis que la participation financière a commencé (Tableau 3). 47% de l'échantillon avouent pratiquer beaucoup plus l'automédication. Fait surprenant, c'est surtout le cas chez les ménages riches. 50% des ménages disent acheter moins de médicaments depuis que la politique de la participation financière a commencé. Ceci vaut pour tous les ménages, riches ou pauvres.

Cela indique que depuis la participation financière, les ménages riches ont relativement substitué les visites auprès des centres sanitaires publics par l'automédication et en visitant plus les centres de soins privés tandis que les ménages plus pauvres semblent se tourner vers les méthodes traditionnelles. Si le prix et la qualité ont tous les deux augmenté dans les centres publics, les gens peuvent les utiliser vraisemblablement plus qu'avant pour les maladies graves, et ils se donnent

moins la peine d'y aller lorsque les maladies ne sont pas très graves.

Conclusion

Les résultats de l'enquête d'INSTAT indiquent que le changement dans la politique de santé (augmentation des dépenses, plus de médecins, décentralisation, participation financière) a été dans l'ensemble une bonne chose pour le fonctionnement du secteur public de la santé à Madagascar. La majorité de la population disent que les services sont plus facilement disponibles, que la qualité s'est améliorée et qu'on peut trouver les médicaments plus près de chez soi. De plus, l'INSTAT (2000) a montré que la situation financière des centres publics s'est améliorée.

Cependant, les résultats de l'enquête indiquent également qu'une part importante de la population c'est-à-dire les pauvres, est partiellement mise à l'écart à cause de la politique de la participation financière puisqu'ils n'ont pas les moyens de payer ces services. Pendant la mise en place du système de la participation financière, il a été prévu qu'une politique spéciale de disposition (de fonds) serait mise en place pour payer les services de santé des pauvres (fonds communaux, fonds de solidarité,...) Dans la pratique, ce système ne semble pas encore être opérationnel. Ainsi est-il impératif de penser aux politiques qui peuvent fournir des services de soins aux pauvres notamment dans le cadre de la mise en place de la DSRP. C'est particulièrement le cas pour les soins préventifs puisque Madagascar est par exemple l'un des rares pays en voie de développement où les femmes enceintes payent pour les soins prénataux.

Références

- Glick, P., Razafindravonona, J., Randretsa, I., Services d'éducation et de santé à Madagascar : l'utilisation et les déterminants de la demande, INSTAT, 2000
- Glick, P., Razakamanantsoa, M., La distribution des services sociaux à Madagascar: 1993-1999, INSTAT, 2001
- Gwatkin, D., Rutstein, S., Johnson, K., Pande, R., Wagstaff, A., Socio-economic differences in Health, Nutrition, and Population, World Bank, 2000
- INSTAT, Direction des Statistiques des Ménages, Recouvrement des coûts, Octobre 2001
- INSTAT, Direction des Statistiques des Ménages, Rapport communautaire, 2000
- Ravelosoa, R., Pauvreté subjective à Madagascar, INSTAT-MADIO, 2001

ⁱ Ce programme est financé par USAID, projet « Analyse économique améliorée pour la prise de décision à Madagascar », Cornell University, sous l'accord n° 687-00-00-00093-00. Cette note fait partie de l'étude des impacts économiques et sociaux de la crise politique.