

**SUIVI ET EVALUATION DU SECTEUR SANTE POST-CRISE:  
L'IMPACT DU CHANGEMENT DE LA POLITIQUE SUR LA PARTICIPATION  
FINANCIERE DES USAGERS (PFU) <sup>i</sup>**

**Introduction**

Madagascar a été secoué par une crise politique durant le premier semestre de l'année 2002 suite aux résultats de la dernière élection présidentielle. Une grève générale et des barrages anti-économiques ont frappé l'économie et la distribution des services sociaux, et ont, par conséquent, eu des impacts sur le bien-être de la population malgache. Cette situation a été, heureusement, résolue vers le milieu de l'année et le pays commence actuellement à se remettre des effets néfastes de cette crise politique.<sup>1</sup>

Comme les données primaires sont rares pour la situation d'après-crise, le Programme Ilo, en collaboration avec l'INSTAT et le FOFIFA, a organisé une enquête au niveau des centres de santé durant les mois de novembre et décembre 2002 au niveau de 150 communes<sup>2</sup> regroupant 186 centres de santé. Le but principal de l'enquête était d'évaluer les impacts de la crise. C'est pourquoi, la plupart des questions sont formulées pour les trois périodes novembre/décembre 2001 en référence de l'année dernière ou avant la crise, mai/juin 2002 pour rappeler la crise et novembre/décembre 2002 pour la période après la crise.

L'échantillonnage a été élaboré de façon à ce que l'on puisse avoir une représentativité de toutes les provinces. Les Fivondronana sont divisés en six strates selon les critères d'éloignement du chef lieu de province (proche, moyen, loin) et d'accès à la route goudronnée. Pour chaque strate, un fivondronana est sélectionné dans chaque province et dans un fivondronana sélectionné, on a pris 4 communes au hasard. Les centres de santé dans les communes sélectionnées sont tous visités. Étant donné l'importance de la population dans les chefs lieux des provinces et de la Capitale, des centres de santé supplémentaires y ont été enquêtés.

Le tableau 1 illustre la répartition de l'échantillon dans les provinces selon le type de centre et le type de communes qu'elles soient urbaines ou rurales. L'échantillon est en majeure partie composé de CSB2 (80% des centres de santé) comme 77% des communes

sont des communes rurales. Environ 30 centres par provinces ont été visités.

**Tableau 1 : Structure de l'échantillon**

Type de centre	Nombre	Province	Nombre
CSB1	9	Antananarivo	36
CSB2	151	Fianarantsoa	30
CHD1	4	Toamasina	33
CHD2	4	Mahajanga	29
CHU	1	Toliara	30
CHR	3	Antsiranana	28
Hôpital privé	2	Urbain	42
Dispensaire privé	12	Rural	144
Total	186	Total	186

**1. Impact sur l'offre**

**1.1. Personnel**

*a. Il n'y a pas eu beaucoup de changement sur la disponibilité du personnel de santé dans les centres avant, durant et après la crise.*

Le tableau 2 montre l'évolution de l'effectif du personnel dans les centres de santé pour les trois périodes considérées (avant, pendant et après la crise). Il n'y a pas eu beaucoup de changement quant au nombre en milieu urbain et rural. Une légère diminution est constatée pour le nombre de médecins et aides sanitaires durant la crise. En effet, si quelques employés ont rencontré des difficultés pour rejoindre leur lieu de travail durant la crise, cette situation s'est déjà remise à l'heure actuelle.<sup>3</sup>

**Tableau 2 : Effectif du personnel dans les centres de santé**

Nombre moyen par centre	Nov-déc 2001	Mai-juin 2002	Nov-déc 2002
Médecins	1.91	1.89	1.87
Infirmiers	2.05	2.07	2.10
Sage-femmes	1.41	1.41	1.42
Aides sanitaires	0.97	0.94	0.95
Employés temporaires	2.61	2.52	2.59

**1.2. Offre de médicaments**

*a. La disponibilité des médicaments a diminué de 11% pendant la crise et n'a plus changé après-crise.*

<sup>1</sup> Le chiffre officiel sorti par le gouvernement a montré que la crise politique a causé une diminution de 12% du PNB en 2002 par rapport à l'année 2001.

<sup>2</sup> Plus de 10% de l'ensemble des communes qui comptent 1392.

<sup>3</sup> D'après le ministère de la santé, près de 250 médecins ont quitté leur poste durant la crise à cause de l'insécurité et du manque de carburant. En novembre 2002, 181 d'entre eux ont déjà rejoint leur poste.

La disponibilité des médicaments ne se trouvait plus dans l'état où il avait été avant la crise (Tableau 3): si la probabilité de trouver des médicaments était de 86% en novembre 2001, ce taux était descendu jusqu'à 75% pendant la crise et est resté à ce stade au moment du passage dans les communes en novembre 2002 (74%).

Tableau 3 : Disponibilité des médicaments (en % des pharmacies approvisionnées dans les communes)

Type de médicaments	Nov-déc 2001	Mai-juin 2002	Nov-déc 2002
Contraceptifs oraux	72	69	75
Préservatifs	68	67	67
Aspirine	89	71	66
Paracétamol	94	74	65
ODIVA	90	84	78
Amoxicilline	86	68	66
Cotrimoxazole	92	78	71
Pénicilline	90	77	68
Doxycycline	71	64	64
Tétracycline	90	75	69
Antipaludéique	95	82	82
Seringues	79	74	74
Vaccin BCG	90	75	86
Vaccin POLIO	90	79	88
Vaccin DTCOQ	90	80	86
Vaccin ROUGEOLE	90	82	88
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>75</b>	<b>74</b>

*b. L'aspirine, le paracétamol et les antibiotiques ont montré le plus de diminution entre les périodes de novembre/décembre 2001 et mai/juin 2002. La disponibilité de ces médicaments a empiré pour la période d'après-crise.*

S'il était possible de trouver du paracétamol dans 94% des pharmacies en novembre/décembre 2001, cette probabilité est passée à 74% pendant la période de crise et pire encore à 65% en novembre/décembre 2002 (voir tableau 3). Les antibiotiques montrent aussi une tendance pareille. La probabilité de trouver le pénicilline et la tétracycline a diminué, par exemple, de 22% et de 21%. La disponibilité des vaccins, préservatifs et contraceptifs oraux s'est améliorée par rapport à la crise et retourne à la situation de l'année précédente. Comme les vaccins sont utilisés moins fréquemment et étaient déjà gratuits avant la crise, ils n'ont pas été tellement affectés par les changements de prix d'après-crise.

*c. Seulement une petite différenciation entre provinces a été remarquée sur la disponibilité des médicaments. La dégradation de la situation est surtout rencontrée à Antananarivo et à Fianarantsoa.*

Le tableau 4 montre que la plus faible probabilité de trouver des médicaments est dans la province de Fianarantsoa (avec 70%) bien qu'il ait été parmi les

meilleurs en Novembre/Décembre 2001. On trouve cependant qu'à Mahajanga et Toamasina, la disponibilité des médicaments est meilleure. Comparé à il y a un an, les plus grands changements de situation se trouvent dans les provinces d'Antananarivo et de Fianarantsoa.

*d. Une différenciation entre milieu urbain et rural se fait remarquer. Les centres dans les zones urbaines disposent de plus de médicaments. Dans le milieu rural, la disponibilité des médicaments s'est détériorée pendant la crise et a encore empiré après-crise.*

Le plus souffrant est le milieu rural. Le taux de disponibilité des médicaments y était de 86% en novembre/décembre 2001 et est devenu 72% en novembre/décembre 2002. Tous les médicaments sont devenus plus difficiles à trouver sauf les contraceptifs qui ont connu une augmentation (contraceptifs oraux et préservatifs) par rapport à l'année dernière et les vaccins qui, bien que se trouvant dans une situation moindre par rapport à l'année dernière, ont connu une augmentation si on compare à la situation de crise. La probabilité de trouver des médicaments a diminué de 13% de novembre/décembre 2001 à la période de crise et de 1% après la crise.

Par contre, en milieu urbain, une diminution de 5% a été observée entre novembre/décembre 2001 et juin 2002. La disponibilité des médicaments a augmenté de +2% après la crise. La disponibilité des contraceptifs n'a pas connu beaucoup de changement par rapport à l'année dernière. Les médicaments de base les plus utilisés dans les centres de santé (aspirine, paracétamol, ODIVA) et les seringues sont devenus très difficiles à trouver. La disponibilité des antibiotiques (amoxicilline, pénicilline, doxycycline, tétracycline) a un peu évolué par rapport à la situation de crise mais n'a plus retrouvé son état de l'année précédente.

La diminution de la disponibilité des médicaments est surtout remarquée dans les centres de santé publics (Tableau 4). Dans la plupart des cas, si les médicaments n'existent pas dans le centre même ou dans les épiceries environnantes<sup>4</sup>, les gens essaient toujours d'en avoir (78% des cas) jusqu'à en acheter de manière informelle (15%)<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Seulement 25% des médicaments dans les centres enquêtés sont retrouvables dans les épiceries environnantes et ce sont surtout les médicaments de première nécessité (génériques) et qui n'exigent pas de prescription médicale comme les préservatifs, l'aspirine et le paracétamol, les antibiotiques comme le cotrimoxazole et la tétracycline et les antipaludéiques comme la nivaquine ou le paludar.

<sup>5</sup> Dans ce cas, ils mettent en moyenne 2 heures 15 mn pour pouvoir en acheter. La province la plus favorisée est celle de Tana avec 40 mn de marche pour y parvenir alors qu'à Tuléar, on met en moyenne 4 heures 20 minutes. En comparant les milieux, on trouve que c'est surtout les ruraux qui en souffrent car ils mettent en moyenne 2 heures 45 mn pour trouver des médicaments.

Tableau 4 : Disponibilité des médicaments selon le type de centre (%)

	Nov-déc 2001	Mai-juin 2002	Nov-déc 2002
<i>Province</i>			
Antananarivo	85	78	72
Fianarantsoa	89	76	70
Toamasina	88	70	78
Mahajanga	89	77	78
Toliara	85	78	77
Antsiranana	81	69	72
<i>Type</i>			
Privé	80	77	79
Public	87	75	74
<i>Milieu</i>			
Urbain	86	81	83
Rural	86	73	72
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>75</b>	<b>74</b>

Pour tester l'effet du changement de la politique des prix sur l'offre de médicaments, une régression multivariée a été effectuée pour voir les déterminants de la disponibilité des médicaments. Le test a montré que la disponibilité ne dépend pas tellement de l'application de la politique de la PFU mais que le critère d'éloignement du centre par rapport à la capitale joue une influence majeure sur la disponibilité.

### 1.3. Disponibilité des services

*a. Le niveau d'utilisation d'un réfrigérateur fonctionnel pour le stockage des vaccins de novembre 2001 a été retrouvé. Cette utilisation a connu une diminution significative durant la période de crise.*

Si on compare l'utilisation de l'électricité dans les centres à celle de l'année précédente, on a pu remarquer qu'il n'y a pas eu de changement notable avant, durant et après la crise sauf pour quelques centres où l'électricité a été coupée pendant une petite période lors de la crise. Si 39% des centres de santé n'ont pas disposé d'électricité avant la crise, ce taux a très légèrement augmenté en novembre/décembre 2002 (Tableau 5).

Tableau 5 : Disponibilité des services dans les centres de santé (% des centres)

	Nov-déc 2001	Mai-juin 2002	Nov-déc 2002
Disponibilité de l'électricité (%)	61	60	61
Utilisation d'un réfrigérateur (%)	76	62	74
Consultations curatives	88	89	89
Prestation laboratoire	12	12	13
Hospitalisation	36	36	36
Chirurgie majeure	5	5	5
Petite chirurgie	79	79	79
Accouchement	81	80	81
Césariennes	6	6	6
Soins prénataux	92	93	93
Immunisation des enfants	95	93	96

Quant à l'utilisation d'un réfrigérateur, le niveau d'utilisation qui était de 76% avant la crise, a connu une diminution de 14% pendant la crise (62%). A l'heure actuelle, ce niveau d'utilisation d'avant la crise a de nouveau été atteint par les centres (74%).

*b. Il y a eu une légère augmentation sur les types de services offerts par les centres de santé après-crise.*

Une légère augmentation de l'offre de consultation curative, des soins prénataux et des immunisations des enfants (augmentation de 1 point de pourcentage chacun) est notée en comparant les périodes d'avant crise à celle d'après (Tableau 5).

### 1.4. Prix des services offerts

*a. La politique de suppression de la participation financière des usagers (PFU) n'a pas été appliquée d'une façon égale dans le temps et dans l'espace. En novembre 2002, il reste encore 28% des centres publics qui ne l'ont pas appliquée. Une disparité a été notée au niveau des provinces: pour la province d'Antananarivo, par exemple, tous les centres de santé ont presque appliqué à temps comparé à 55% des centres à Antsiranana.*

Le tableau 6 montre l'évolution des prix dans les centres de santé publics. Dans la période d'avant crise, les médicaments étaient gratuits dans 13% des centres (ceux-ci souvent liés directement ou indirectement à des organisations religieuses). Après la crise, ce taux est de 72%.

La nouvelle politique est la mieux appliquée dans la province d'Antananarivo, avec 93% des centres qui l'appliquent, et de Toamasina (90%). Cependant, dans les provinces d'Antsiranana et de Mahajanga, il reste respectivement 45% et 43%, des centres qui ne l'appliquent pas (Tableau 6).

Tableau 6 : Pourcentage des centres de santé publics qui donnent gratuitement les consultations et les médicaments

	Nov-déc 2001	Mai-juin 2002	Nov-déc 2002
Antananarivo	0	0	93
Fianarantsoa	0	0	59
Toamasina	23	23	90
Mahajanga	28	32	57
Toliara	0	0	72
Antsiranana	26	33	55
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>72</b>

*b. De plus, la date d'application de la suppression de la PFU diffère d'une province à une autre.*

Le tableau 7 montre que la date d'application de la suppression de la PFU diffère d'une province à l'autre. Elle a été tout de suite appliquée dans les provinces

d'Antananarivo et de Mahajanga (pour les centres qui l'appliquent) et seulement en novembre pour les provinces de Fianarantsoa et Antsiranana. Toamasina et Toliara ne l'ont appliqué dans la plupart des centres qu'au mois d'octobre 2002.

Tableau 7 : Mois (médian) d'application de la suppression de la politique de PFU

Province	Mois d'application
Antananarivo	Août
Fianarantsoa	Novembre
Toamasina	Octobre
Mahajanga	Août
Toliara	Octobre
Antsiranana	Novembre

c. Pour les centres de santé qui appliquent toujours des prix pour les médicaments et les consultations, il n'y a pas de changement sur les prix si on compare la période de novembre-décembre 2002 à la période d'avant-crise.

Le tableau 8 montre que les prix des médicaments n'ont pas beaucoup varié dans les centres de santé. Pour éviter d'avoir des résultats biaisés, on a seulement pris les centres qui ont toujours demandé un paiement avant, durant et après la crise et on a calculé les valeurs médianes. On remarque qu'il n'y a pas eu beaucoup de changement contrairement à ce qui est arrivé aux prix des produits de première nécessité (PPN).

Tableau 8 : Évolution des prix des médicaments

Type de médicaments	Nov-déc 2001	Mai-juin 2002	Nov-déc. 2002
<b>Prix médian, si existence d'un paiement pour les médicaments</b>			
Contraceptifs oraux	500	500	500
Préservatifs	50	50	50
Aspirine	37.5	37.5	37.5
Paracétamol	40	40	40
ODIVA	745	745	745
Antibiotique Amoxicilline	435	450	450
Antibiotique Cotrimoxazole	95	95	95
Antibiotique pénicilline	1500	1500	1500
Antibiotique doxycycline	130	130	130
Antibiotique tétracycline	105	105	105
Antipaludéique	100	90	100
Seringues	545	550	550
Frais de consultation sans médicaments*	0	0	0
Frais de consultation avec médicaments*	2000	2000	0

\* médicaments standards comme le paracétamol, la nivaquine,...

## 2. Impact de l'utilisation des services

### 2.1. Nombre de visites

a. Le nombre moyen de visites après-crise dans les centres de santé a augmenté de presque 60% si on compare avec novembre/décembre 2001 et a augmenté de 100% si on compare avec la période de crise.

Le tableau 10 montre le nombre moyen et médian de visites pendant les trois périodes considérées (étant donné l'existence de saisonnalité dans l'incidence des

maladies, il faut tenir compte de ce facteur dans la comparaison des différentes périodes de l'année). Le nombre moyen de visites a augmenté de 57% de la période novembre-décembre 2001 à novembre-décembre 2002. A son tour, le nombre moyen de visites a augmenté de presque deux fois plus par rapport à la période de crise.

Tableau 10 : Nombre moyen hebdomadaire de visites dans les centres de santé

	Stat.	Nov-déc 2001	Mai-juin 2002	Nov-déc 2002	Change- ment 01/02(%)*
<b>Total</b>	<b>Moyenne</b>	<b>182</b>	<b>155</b>	<b>285</b>	<b>+57</b>
	<b>Médiane</b>	<b>75</b>	<b>61</b>	<b>116</b>	<b>+55</b>
Urbain	Moyenne	408	279	565	+38
	Médiane	170	120	275	+62
Rural	Moyenne	115	117	202	+76
	Médiane	62	50	102	+64
Privé	Moyenne	184	106	178	-03
	Médiane	131	63	98	-25
Public	Moyenne	183	160	298	+63
	Médiane	73	61	119	+63
Antananar.	Moyenne	439	375	571	+30
	Médiane	117	84	207	+77
Fianarantsoa	Moyenne	107	107	161	+50
	Médiane	83	70	119	+43
Toamasina	Moyenne	127	92	171	+34
	Médiane	55	50	77	+40
Mahajanga	Moyenne	148	113	456	+208
	Médiane	91	69	154	+69
Toliara	Moyenne	82	87	161	+96
	Médiane	46	47	87	+89
Antsiranana	Moyenne	146	112	146	+00
	Médiane	42	37	48	+14

\* : comparant nov/déc 2001 avec nov/déc. 2002

b. La fréquence des visites change suivant la région et suivant le type de centre qu'il soit urbain ou rural, public ou privé : 1/ l'augmentation du nombre de visites est un peu plus importante dans le milieu rural ; 2/ le secteur privé voit une diminution du nombre de visites, probablement à cause des effets de substitution ; 3/ l'augmentation est moindre dans la province d'Antsiranana.

L'augmentation du nombre de visites est plus forte dans le milieu rural que dans le milieu urbain. Les nombres moyen et médian de visites ont augmenté respectivement de 76% et de 64%. Cependant, l'augmentation dans le milieu urbain est aussi substantielle (la moyenne est de +38% et la médiane +62%).

De leur côté, le secteur privé semble être le plus perdant après la crise. En effet, la diminution enregistrée est de l'ordre de 3% pour la moyenne et de 25% pour la médiane. L'effet de substitution après la suppression de la politique de PFU dans les centres de santé publics et la croissance de la pauvreté ont entraîné les gens à la politique de l'alternance des secteurs.

On remarque beaucoup aussi l'effet différentiel de l'application de la suppression de la politique de PFU à travers le changement de nombre des visites au niveau provincial. En effet, la province d'Antsiranana ne

montre presque pas de changement comparé à l'année dernière. C'est aussi la province qui n'a pas appliqué tout de suite (seulement en mois de novembre) ou pas du tout cette nouvelle politique.

*c. L'augmentation du nombre de visites dépend en partie du type de service demandé. On note le plus d'augmentation pour les consultations curatives, les soins prénataux et l'immunisation des enfants.*

Le tableau 11 montre que la demande de consultations curatives reporte en effet une augmentation de 45% comparé avec la période d'avant crise. Par rapport à l'année dernière, ce sont les petites interventions chirurgicales et les césariennes qui ne montrent pas de changement voire diminuées. Toutefois, les services de soins prénataux et d'immunisation ont reporté une augmentation respective de 16% et 21%. Il est possible que de meilleurs services prénataux ont conduit à une diminution des césariennes.

Tableau 11 : Nombre de visites de la période après crise (en %) comparé avec la même période de l'année précédente (2001=100%)

Type de service	%
Consultations curatives	145
Tests de laboratoires	125
Hospitalisation	103
Interventions chirurgicales majeures	111
Petites interventions chirurgicales	96
Accouchement normal	108
Opérations césariennes	85
Soins prénataux	116
Immunisation des enfants	121

*d. La principale raison d'accroissement du nombre de visites semble être la réduction des frais de consultation et des prix de médicaments.*

Tableau 12 : Raisons du changement du nombre de visites

	Nombre	%
<i>Si diminution du nombre de visites, raisons principales</i>		
Manque de personnel	4	13
Manque de médicaments	11	35
Les gens ne peuvent pas payer les tarifs	8	26
Autres	8	26
Total	31	100
<i>Si augmentation du nombre de visites, raisons principales</i>		
Meilleure qualité des services	8	6
Retrait des autres centres de santé	8	6
Diminution frais de médicaments	61	45
Annulation frais de consultation	40	29
Diminution du nombre de malades	1	1
Autres	18	13
Total	136	100

Un petit nombre de centres de santé a reporté avoir eu une diminution du nombre de visites à cause du manque de médicaments. Par contre, 74% des centres de santé ont connu une augmentation grâce à la réduction voire l'annulation des frais de consultation et des paiements

pour les médicaments (Tableau 12). Seuls 6% des centres, dans lesquels on a enregistré une augmentation, disent que celle-ci est causée par une meilleure qualité des services. Trente-cinq pour cent des centres qui ont accusé une baisse du nombre de consultations ont mentionné le manque de médicaments comme raison.

## 2.2. Impact sur les pauvres

*Selon la perception des responsables des centres de santé, l'augmentation du nombre de visites est plus remarquée pour les pauvres que pour les riches. On pourrait en déduire que la suppression temporaire de la politique de PFU a été bien ciblée pour la population pauvre.*

Due à la chute de l'économie malgache durant la crise, il était fort probable que les couches pauvres de la population ne pouvaient plus payer les différents frais sanitaires (Glick, 2001 ; INSTAT, 2002) et essaieraient de se procurer d'autres soins voire informels. Mais ceci ne s'est pas produit grâce à la suppression (temporaire) de la politique de PFU, comme le montre le tableau 13 (tableau basé sur la perception des responsables des centres de santé). La moyenne et la médiane de l'évolution du nombre de visites pour la couche pauvre de la population reportent une augmentation de 50%. Cette augmentation est plus élevée en milieu rural. La couche plus riche ne montre pourtant pas de changement de comportement comparé à l'année précédente.

Tableau 13 : Nombre de visites par la population pauvre (perception du personnel des centres de santé)

Évolution du nombre de visites (en rapport le niveau de nov-déc 2001) – 100% : pas de changement	
<i>Les plus pauvres</i>	
Moyenne	150
Médiane	150
<i>Les plus riches</i>	
Moyenne	104
Médiane	100

## 3. Impact sur l'ensemble de la population

*a. Une conséquence logique de la crise politique et la chute de l'économie qu'elle a entraînée est l'accroissement de la pauvreté. Cependant, grâce aux interventions gouvernementales sur les secteurs sociaux, on estime que le pourcentage de la population qui serait en mesure de payer les différents coûts médicaux n'a pas diminué après-crise.*

Parmi les questions posées au « focus group », représentatif de la population, des communes où les centres de santé sont localisés figurait une question subjective sur le pourcentage de la population qui n'est plus en mesure de payer les différents frais médicaux et le pourcentage des gens qui ont des problèmes pour les payer. On constate une augmentation pour la première catégorie (de 17% vers 21%) allant de la période de

novembre-décembre 2001 à la période de crise (Tableau 14). Ce pourcentage a diminué de 3% après la crise pour rejoindre le niveau de l'année précédente. Cela semble dire que la politique instaurée dans le secteur santé a pu atténuer les conséquences néfastes de cette crise sur l'utilisation des services sociaux.

Tableau 14 : Évolution du pourcentage de la population rurale face aux différents coûts médicaux et scolaires (perception des focus groupes communaux)

Pourcentage de la population rurale qui...	Nov-déc 2001	Mai-juin 2002	Nov-déc 2002
... peut payer aisément les frais médicaux et les frais scolaires	46	39	45
... a des problèmes pour payer les frais médicaux et les frais scolaires	37	39	37
... ne sont plus en mesure de payer les frais médicaux et les frais scolaires	17	21	18
Total	100	100	100

*b. Les focus groupes communaux estiment que l'état de santé de la population n'a pas changé, sinon s'est amélioré comparé avec ce qu'il était avant la crise.*

Pour pouvoir évaluer le changement de l'état de santé de la population, une question était posée pendant l'enquête au niveau des communes sur la perception des focus groupes de cet état de santé avant, pendant et après la crise. Comme résultats, 38% des focus groupes ont répondu que la santé des habitants s'est améliorée alors que la moitié des focus groupes (50%) disent que l'état de santé est resté le même. Seuls 13% ont répondu négativement.

Tableau 15 : Évolution de l'état de santé des habitants des communes après la crise (novembre 2002) en comparaison avec...

	Nov-déc 2001	Mai-juin 2002
Beaucoup mieux	3	7
Mieux	35	35
Le même	50	50
Moins bien	12	7
Beaucoup plus pire	1	1

## Conclusions

Les résultats de l'enquête « post-crise » montre qu'en général, le nombre de visites dans les centres de santé publics a monté de +60% comparé à la même période de l'année précédente et de 100% par rapport à la période de crise. En général, la raison de cette augmentation est la hausse du nombre des visites effectuées par les pauvres. Les résultats montrent que la suppression (temporaire) de la politique de PFU a atténué l'utilisation des services par la partie pauvre de la population. On remarque toutefois que par suite de l'accroissement du nombre de visites et de la diminution voire l'annulation des prix de certains médicaments, il

devient difficile de trouver de médicaments surtout en milieu rural. Pour cette raison, quelques recommandations sont proposées pour contribuer à l'amélioration du secteur santé.

Des interventions urgentes sur l'offre semblent être nécessaires sur l'approvisionnement en médicaments vu la situation actuelle où se trouvent les distributeurs officiels -SALAMA et les autres centres de distribution-, qui s'est empirée après la crise (Vandenbergh et al., 2002).<sup>6</sup> Il n'est pas encore très clair qui supporte les coûts des médicaments distribués gratuitement par les Phagecom (Pharmacie à Gestion Communautaire) alors qu'eux-mêmes achètent au niveau de Phagedis (Pharmacie à Gestion du District). Il est évident qu'une telle situation ne pourrait pas durer.

Il est aussi proposé d'agir sur la demande : comme le système actuel, la gratuité des médicaments est appliquée sans différenciation du type de bénéficiaire, les coûts supportés par l'Etat sont énormes. Il semble nécessaire d'avoir un meilleur système de ciblage (sur les plus pauvres) pour viabiliser le système financièrement.

Enfin, cette note de suivi est seulement le résultat des analyses descriptives des données obtenues après la crise. Les analyses plus approfondies sont planifiées pour les mois à venir. En outre, des études complémentaires sont nécessaires pour pouvoir améliorer l'efficacité du système de soins sanitaires. Ce type de travail est programmé dans le futur proche par l'INSTAT en collaboration avec le Ministère de la Santé.

## Bibliographie

Glick, P., Razafindravonona, J., Randretsa, I., Services d'éducation et de santé à Madagascar : l'utilisation et les déterminants de la demande, INSTAT, 2000

INSTAT, Evaluation des impacts du système de participation financière dans le secteur santé, 2001

Vandenbergh, D., Peffer, D., Rasoanaivo, N., Expertises concernant les implications et les perspectives sur le secteur du médicament de l'évolution des modalités de participation financière des usagers à Madagascar, Rapport de mission, EU, octobre 2002

<sup>i</sup> Ce programme est financé par USAID, projet « Analyses économiques améliorées pour la prise de décision à Madagascar », Cornell University, sous l'agrément n° 687-00-00-00093-00. Cette note fait partie de l'étude des impacts économiques et sociaux de la crise politique. Elle a été préparée par Bart Minten et Eliane Ralison.

<sup>6</sup> La SALAMA vient d'acheter 20 milliards de médicaments sur l'IPPE pour la gratuité et les a acheminés vers la fin décembre sur presque tout le pays, soit juste un petit peu trop tard pour être détecté par notre enquête. Donc les formations sanitaires ont reçu un stock gratuit d'un an (sur base de la consommation normale) qui est supposé s'écouler en trois mois, raison pour laquelle le redémarrage de la PFU est légèrement retardé pour la fin mars au lieu de fin janvier.