

Fall 2006

Accès aux Médicaments à Madagascar : L'Etat, La Pharmacie, et L'Usager

Peter Olds
SIT Study Abroad

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection



Part of the [Health Policy Commons](#)

Recommended Citation

Olds, Peter, "Accès aux Médicaments à Madagascar : L'Etat, La Pharmacie, et L'Usager" (2006). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 259.

https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/259

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

Accès aux Médicaments à Madagascar : **L'Etat, La Pharmacie, et L'Usager**

Peter Olds
Conseiller du Projet : Michael Park, USAID
Directeur Académique : Jim Hansen
School for International Training (SIT)
Fort Dauphin, Madagascar ; Automne, 2006

Sommaire

Introduction.....	3
Mise en Cadre de l'Etude.....	6
Méthodes de la Recherche	8
Résultats de la Recherche	9
Analyse de la Recherche.....	32
Conclusions.....	39
Remerciements.....	42
Bibliographie.....	43
Annexes.....	i

Introduction

Comme dit l'adage malgache : « ny fahasalamana no voalohan-karena », qui veut dire en français « la santé est la première des richesses » ; la santé est une véritable richesse essentielle pour l'individu, la famille, la population, et le pays (MSPF, 2005-1). Mais comme toutes richesses, la santé d'une population doit être bien sauvegardé pour qu'elle ne soit perdue. Cet adage évoque que, comme première des richesses, la santé est donc la base pour le développement d'un pays. La santé est inextricablement liée avec le recul de la pauvreté et la croissance économique dans un pays, et donc devrait recevoir un appui considérable auprès du gouvernement d'un pays en voie de développement (MSPF, 2004). Une population doit être en bonne santé avant qu'elle puisse être productive et consciente de ses possibilités, et donc doit avoir un bon système sanitaire à sa disposition.

« La Grande Ile », de Madagascar se trouve dans l'océan indien à environ 400 km de la côte est du continent africain. Comme île, il est isolé géographiquement, et donc n'a pas été colonisé par les hommes que depuis les dernières 2000 ans et possède une faune et flore unique dans le monde, ayant une endémicité dans les 80 et 90 pour-cent. Ancienne colonie française, Madagascar essaie à présent de garder la stabilité nationale face aux élections présidentielles, après avoir été enveloppé par une crise politique après les élections de 2002 (BROWN, 2000).

Actuellement, Madagascar est un pays en voie de développement, étant le 149^{ème} pays sur 175 pays dans le monde, classé par l'Indicateur Synthétique de Développement Humain (IDA). Les 17,5 millions d'habitants dans le pays habitent, en grande majorité, les régions rurales (80 pour-cent) et au même temps souffrent d'un taux de pauvreté très élevé de 80,7 pour-cent (USAID et al, 2005). Cette population est assez jeune avec, à peu près, la moitié âgée de moins de 20 ans et 20 pour-cent ayant moins de 5 ans. Au près du gouvernement malgache, la population a un taux de croissance annuel de 2,8 pour-cent, ce qui met de la tension sur les ressources naturelles et financières du pays (MSPF, 2005-2).

La situation sanitaire à Madagascar est comparable à sa situation économique. Le peuple malgache, comme très rurale, garde ses comportements traditionnels en termes de santé, et les influences tradi-praticiens sont enracinées dans la vie (MSPF, 2005-2). Cette tendance envers les soins traditionnels a une influence sur le système sanitaire, ce qui est apparent par le fait qu'il n'y a qu'à peu près 55 pour-cent des malades qui visitent un centre de santé pour être soigné (RAMANSOA, 2005).

En 2005 Madagascar était classé 159^{ème} sur 191 pays dans le monde par des indices sanitaires (USAID et al, 2005). Après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l'espérance de vie à Madagascar en 2004 était 55 pour les hommes et 59 pour les femmes, comparé avec 75 pour hommes et 80 pour femmes aux Etats-Unis. La mortalité infantile des males est de 128 sur mille et des femelles est de 117 sur mille, ce qui est drastiquement plus élevé de la mortalité aux Etats-Unis de 8 sur mille pour les males et de 7 sur mille pour les femelles. La première cause de mortalité dans le pays est le paludisme, restant une problème majeur pour le système sanitaire malgache (MSPF, 2005-1). Le gouvernement, en tant que pays en voie de développement, a disposé de 24 U.S. Dollars (USD) pour le système sanitaire par habitant en 2003, comparé avec les 5 711 USD, disposé par la gouvernement américain par tête pour la santé(OMS, 2006).

A Madagascar, il existe aussi une différence marquée entre la santé de zones rurale et urbaine, et entre les riches et les pauvres. Par exemple, la mortalité infantile en 2005 était de 33 pour-cent pour la quintile la plus riche et 87,7 pour-cent pour la quintile la plus pauvre, et de 43 pour-cent dans les zones urbains et 76 pour-cent dans les zones rurales (MSPF, 2005-1).

Ces différences entre pauvres et riches et zones urbaine et rural mets à l'œil une disparité d'accès aux services sanitaires à Madagascar. Puisqu'un grand parti des maladies qui causent la mortalité infantile peut être évité avec la vaccination et des médicaments, l'accès aux produits pharmaceutiques est un sujet important, et devrait être maîtrisé pour améliorer la situation sanitaire dans le pays (RIBAIRIA, 2006).

Cette étude examinera l'accès aux produits pharmaceutiques dans le pays de Madagascar. Premièrement, l'infrastructure de la santé et de la distribution des médicaments, publique et privé, va être analysée. Deuxièmement, la recherche regardera les acteurs nationaux et internationaux dans le secteur sanitaire, et leurs projets actuels ayant comme but d'améliorer l'accès aux médicaments. Cela sera suivi d'une explication des différentes formes d'assurances seront aussi expliquées, et la recherche se finira avec une étude sur l'accès aux médicaments dans la région de Toamasina et les différences qui existent entre la ville et le village, avec un appui sur les médicaments anti-paludéennes. Finalement, je donnerai mon analyse et conclusions de la situation de l'accessibilité aux médicaments à Madagascar.

Mise en Cadre de l'Etude

Madagascar est un pays africain, se trouvant dans l'océan indien à environ 400 km à l'est de la côte est du continent africain. Madagascar est l'île la quatrième plus grande dans le monde avec une superficie de 587,040 km carré et, étant placé entre l'équateur et le Tropique de Capricorne, jouit d'un climat tropical. Comme île, Madagascar est isolé du continent africain et ne fut colonisé par des hommes que dans les dernières 2000 ans par des peuples venant de l'Indonésie. L'influence européenne est venue à Madagascar vers l'année 1500 avec les Portugais, et puis après avec les Français, en 1895, quand Madagascar est devenu une colonie française. Les malgaches en eu leur Indépendance en 1960 après une révolution contre les colonisateurs français.

Aujourd'hui, Madagascar est un pays démocratique, essayant de transformer l'infrastructure très centralisée qui a été mise en place par le gouvernement socialiste de Didier RATSIRAKA entre les années de 1975 et 1991 (BROWN, 2000).

Après l'élection présidentielle de 2001, qui a mit Marc RAVALOMANANA au pouvoir, Madagascar fut plongé dans une crise politique, partout dans le pays, qui a duré jusqu'en fin 2002. Pendant la crise, l'économie et le système de santé ont beaucoup soufferts et les effets sont apparents aujourd'hui, notamment dans la forte dévaluation de l'Ariary (Ar) – la monnaie du pays – et l'accablement du système sanitaire malgache (Banque Mondiale, 2006).

Comme île tropicale, Madagascar est affecté par les maladies qui sont communs dans ce climat. Plus notamment, les maladies les plus communes à Madagascar sont le paludisme, l'Infection Respiratoire Aigu (IRA), la diarrhée, et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) (BERGERON, 2001 ; KELSEY, 2006 ; MSPF, 2002).

Actuellement, le paludisme est la première cause de mortalité à Madagascar, mais la maladie n'est pas pris au sérieux par le gouvernement et son abolition n'est pas vu comme une priorité (MSPF, 2002 ; MSPF, 2005-1 ; Ministère de l'Economie, 2003). Un teste fiable

pour la détection du paludisme vient d'être introduit universellement et s'appelle le Teste de Diagnose Rapide (TDR). Le traitement du paludisme, jusqu'à cette année, était le Chloroquine qui pouvait être trouvé gratuitement en toutes doses pour toutes ages – quelques exemples sont le PaluStop Zazakely et Zaza pour enfants, et le Ody Tazo Moka pour les femmes enceinte (ZARA, 2006). A cause du fait que le paludisme devient résilient au Chloroquine, l'OMS a fait mandataire, en 2006, le change de Chloroquine à l'Artemisinin-based Combination Therapy (ACT) qui est plus effectif, mais aussi plus chère et plus complexe à utiliser (PARK, 2006).

La province de Toamasina se trouve directement à l'est du capital d'Antananarivo et est principalement rurale. Etant sur la côte est, la région est très humide et reçoit beaucoup de pluie chaque année. Comme ville de recherche, Toamasina est très intéressant et important sur le niveau sanitaire. Une des raisons est qu'en 1999 la province de Toamasina avait une morbidité de malaria de 26 pour-cent et mortalité de malaria de 23 pour-cent, le classant première dans le pays (MSPF, 2002). Ces statistiques sont peut-être à cause du fait que, à Madagascar, seulement 34 pour-cent des enfants fiévreux sont soignés avec un antipaludéen, et 59 pour-cent ne reçoivent aucun médicament. La région n'est pas seulement bon a étudié en termes de paludisme, mais aussi par le fait que la province est avant dernier en pourcentage d'enfants ayant IRA qui arrivent dans un établissement sanitaire, avec 33 pour-cent (MSPF, 2005-2).

Le pourcentage de pauvreté est très haut à Toamasina (de 60 pour-cent dans les régions urbains et de 81 pour-cent dans les zones rurales) comparé avec celui du capital, qui est de 54 pour-cent en région urbain et de 77 pour-cent en région rurale (Banque Mondiale et al., 2003).

Méthodes de la Recherche

Pour pouvoir développer une idée du système sanitaire à Madagascar, il m'a fallu parler avec ceux qui travaillent activement là dedans. Je suis allé aux bureaux des organisations à Antananarivo, Madagascar, – malgaches et étrangers – pour faire des entrevues, soit formelle ou semi-formelle, avec un de leurs responsables sanitaires. La liste des organisations que j'ai eu la chance de visiter se trouve dans l'annexe 2. Chez chacune de ces organisations, j'ai reçu des documents officiels pour compléter ma lecture et pour mieux aider dans ma compréhension de leurs projets et politique sanitaire.

La disponibilité des médicaments et le fonctionnement du système de recouvrement de coûts (FANOME) étaient analysées à travers des visites personnelles chez les Pharmacies de Gros de District (PhaGDis) de la région de Toamasina 1 et 2, toutes les Centres de Santé de Base (CSB) dans la région de Toamasina 1, le CSB2 qui se trouve à Foulpointe dans la région de Toamasina 2, et une pharmacie privée. Chez les CSB, j'ai fait des entrevues formelles avec le Médecin Chef du CSB, et à la pharmacie privée, j'ai fait une entrevue de groupe avec les employés. Pendant ces visites j'ai pris des notes, soit écrit ou mental, sur les environs de chaque centre.

Pour faire une analyse concrète sur la disponibilité et les prix aux pharmacies publics et privées, j'ai préparé une liste de 20 médicaments, dont 19 se trouvent à la fois sur la « Liste Nationale des Médicaments Essentiels et Génériques » et le « Bon de Commande auprès de la PhaGDis : Médicaments pour CSB1 et CSB2 », et un est fait gratuit par l'Etat. Comme essentiels, j'ai pensé que ces médicaments seront représentatifs du stock total de chaque pharmacie. J'ai aussi mis un produit de Public Services International (PSI) sur la liste, pour comparer la distribution publique privée. Les prix et disponibilité des médicaments étaient regardés à chaque pharmacie. La liste des ces médicaments se trouve dans l'Annexe 3.

Résultats de la Recherche

Infrastructure Sanitaire

La Ministère de la Santé et du Planning Familiale (MSPF) de Madagascar a comme but l'« offre de soins décentralisée, hiérarchisée et diversifiée entre les secteurs pour un accès segmenté selon les besoins et la capacité à l'accès aux services de santé du citoyen » (MSPF, 2005-1). Pour accomplir ce goal de soins décentralisés, le système sanitaire, dont le MSPF est le centre, se compose de trois niveaux qui créent l'infrastructure sanitaire. En montant cette échelle, les centres de santé deviennent de plus en plus sophistiqués et leurs offres de soins augmentent avec le prix des soins aussi. Ce prix n'est pas seulement au niveau des consultations et soins, mais aussi se calcule dans le trajet que le malade doit faire pour aller au centre. Puisque les hôpitaux se trouvent plutôt dans les grandes villes, se voyage peut être très longue et chère.

A la base de ce système est le niveau périphérique et de district, qui est le premier point de contact entre le peuple et le système sanitaire. Ce niveau se compose des Centres de Santé de Base (CSB) – CSB1 et CSB2 – et des Centres Hospitaliers de District 1 (CHD1). Actuellement, il existe 2 347 CSB publics et 509 privés, bien plus que les 1 550 communes à Madagascar, et 61 CHD1 (RAJONSON, 2006).

Les CSB1, localisés par *fokontany* – mot malgache pour quartier – ont une offre de soins qui se compose des vaccinations et soins de santé de base, et qui sont, pour la plupart, équipés d'un infirmier et d'aides soignants. Les CSB1 sont considérés comme satellites des CSB2, qui sont à la disposition des communautés (PAMAKA, 2006). Les CSB2 sont largement équipés d'un médecin et offrent, en plus des services des CSB1, des soins de maternité. Par la loi, les CSB sont obligées de suivre les mandats du Paquet Minimum d'Activité (PMA). Ce paquet, qui stresse les soins prénatals et enfantins, assure une similarité nationale des soins de base pour la population. Les CHD1 offrent les soins des obstétricaux

essentiels, mais ne sont pas équipés pour la chirurgie. Comme avec le PMA pour les CSB, il existe un Paquet Complémentaire d'Activité (PMA) pour les soins de bases pour les CHD1.

Après le niveau périphérique de premiers contacts, il y a les hôpitaux de premiers recours qui font l'ensemble du niveau intérimaire et régional. La première catégorie de ces hôpitaux est celle des Centres Hospitaliers de District 2 (CHD2), de ce qu'il y a 34, et la deuxième est celle des Centres Hospitaliers Régional de Référence (CHRR), dont il y a 22. Ces centres sont plus sophistiqués que les CHD1, devant pouvoir recevoir les références venant du niveau de district, et sont équipés d'offrir la chirurgie.

Au niveau central, et plus haut, du système sanitaire il existe les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) qui sont nommé les hôpitaux de deuxième recours, et fourni toutes les spécialisations médicales. De ces hôpitaux, il y a deux dans le pays qui sont associés avec les écoles de médecine à Antananarivo et à Mahajunga (MSPF, 2005-1).

D'après la MSPF, un malade ne peut entrer le système sanitaire qu'au niveau du CSB, et doit avoir un mot de référence du chef du CSB pour aller au-delà des soins communautaires. Des exceptions sont faites souvent, spécialement pour les urgences (RAJONSON, 2006).

Le système sanitaire n'est pas parfait et se présente beaucoup de problèmes. Actuellement, il y existe une insuffisance de ressources humaines dans le secteur sanitaire. En 2004, il y avait 3.378 médecins, qui est à peu près un médecin pour 3.226 habitants. Mais cela est un chiffre généreux, puisque 41 pour-cent des médecins s'occupent du 21 pour-cent de la population qui vit en zone urbains (MSPF, 2005-2).

Les CSB eux-mêmes ne sont pas fiables, puisqu'il y a toujours dans les environs de 10 pour-cent des CSB qui ne sont pas fonctionnels (MSPF, 2004). Cela donc crée un sentiment de manque de confiance chez les usagers, puisqu'ils ne savent jamais quand les centres seront ouverts ou non (KELSEY, 2006 ; RATSIRARSON, 2006). Même les CSB qui sont bien gérés sont susceptibles à n'être pas ouverts régulièrement, à cause des formations obligatoires

et les réunions périodiques qui forcent le déplacement des docteurs. Puisque la plupart des CSB ont qu'un médecin, il y a des périodes pendant lesquelles les malades ne peuvent recevoir du traitement d'un médecin (GREEN, 2006 ; PAMAKA, 2006).

Systeme de paiement public des médicaments

Puisque la politique de la santé actuelle est beaucoup influencée par les politiques du passé, je vais commencer avec l'histoire des médicaments à Madagascar depuis le temps de Ratsiraka avant de parler du système de recouvrements de coûts actuelle.

Histoire du recouvrement des coûts : Après que Didier Ratsiraka est venu au pouvoir en 1975, il a socialisé le système sanitaire à Madagascar, ce qui a fait que toute médicament aux pharmacies publiques était gratuit à la population. Pendant cette période de gratuité, la disponibilité des médicaments était horrible. Pour répondre aux larges problèmes de disponibilité de médicaments qui ont accru pendant les années de gratuité le gouvernement malgache a introduit en 1998 la politique de la Participation Financière des Usagers (PFU), et avec ça, le centre d'achats de médicaments de Madagascar, appelé SALAMA. Cette politique était essentielle non seulement à cause du manque de motivation pour la distribution, mais aussi à cause de la pauvreté de l'état malgache.

Comme dit son nom, la PFU a créé le paiement mandataire pour les médicaments par les malades eux même. Le système du PFU marche à trois différentes étapes de la vente des médicaments. Le centre d'achat, SALAMA, vend ses médicaments aux Pharmacies de Gros de District (PhaGDis) directement à un prix assez bas. Les PhaGDis, alors, revendent ces médicaments aux pharmacies des CSB dans leurs régions, les Pharmacies de Gestion Communautaire (PhaGeCom), avec une valeur ajoutée de 7 pour-cent sur le prix de SALAMA. Les PhaGeCom à leur tour vendent les médicaments, qu'ils ont achetées auprès du PhaGDis, aux usagers de leur CSB, avec une surcharge de jusqu'à 35 pour-cent sur le coût original du médicament vendu par SALAMA.

La PFU a bien augmenté la disponibilité des médicaments puisqu'il existe dans le système la motivation financière dans la vente et distribution des médicaments. Un autre résultat de cette motivation était que les patients payaient moins de façon informelle. La PFU a aussi augmenté la qualité des médicaments, puisqu'il y avait le centre d'achats qui vérifiait la qualité des médicaments (Cornell U., 2003 ; RAZAFIARISOA, J., 2006 ; VANDENBERGH et al., 2002).

Comme toute nouvelle politique, la PFU avait des problèmes avec son système et un manque général de formation. Souvent, les dispensateurs et gardiens des PhaGeCom n'étaient pas payés à cause du manque de participation de la communauté. Le grand problème avec la PFU était qu'elle n'a pas pris en charge les démunies du pays. Pendant la période de la PFU, il y avait 20 pour-cent de la population malgache qui ne pouvait pas payer le prix des médicaments, et donc il y avait aussi une diminution de fréquentation des CSB par les plus pauvres (Cornell U., 2003 ; RAKOTONDRAJAONA, 2006 ; 2003 ; RAJONSON, 2006 ; VANDENBERGH et al., 2002).

A la fin de la crise politique de 2001 et 2002 la PFU a été abandonnée, après un mandat par le président Ravalomanana, à cause du manque d'accessibilité causée par les prix non abordables. Les mois entre juin 2002 et septembre 2003 ont vu la gratuité totale des médicaments publics dans le pays (RAJONSON, 2006). Cependant, les problèmes d'accessibilité des années avant la PFU ont réapparu : « la disponibilité de médicaments a diminué. Elle ne se trouvait plus dans l'état où elle a été au moment de l'application de la PFU » (HERIMANDA, 2003). La disponibilité des médicaments avait diminué de 11 pour-cent, en moyenne, pendant cette période, et plus dans les zones rurales qu'urbains. Mais c'étaient les médicaments les plus essentiels qui ont été affectés les plus, comme le paracétamol, qui a diminué en disponibilité de 29 pour-cent (Program Ilo, 2003).

Même avec tous ces problèmes, les visites au CSB ont augmenté drastiquement, à cause des démunis qui pouvaient finalement aller à un centre de santé (Program Ilo, 2003 ; RAJONSON, 2006).

Système Actuelle de Recouvrements des Coûts (FANOME) : Pour répondre aux problèmes d'accessibilité financière de la PFU et la perte de disponibilité pendant la période de gratuité, le FANOME a été créé en 2003 par le décret 2003-1040 du 14 octobre. Le FANOME, qui est un acronyme pour « Fandraisan' Anjara NO Mba Entiko » ou soit « Financement pour l'Approvisionnement NON-stop en Médicaments », reste très similaire à la PFU, mais il était créé pour être plus flexible que sa prédécesseur (RAFRANSOA, 2005 ; RAKOTONDRAJONA, 2006).

Dans le système sanitaire, il y existe deux sortes de médicaments : Ceux qui sont payants, et donc entre dans le cadre du FANOME, et ceux qui son gratuit et à la charge de l'Etat. Les médicaments gratuits sont organisés en deux groupes de médicaments. Le premier groupe de médicaments gratuits est celui des médicaments curatifs et le deuxième est pour les médicaments préventifs. Le premier group est constitué de médicaments pour les maladies à longue durée, comme le Tuberculose et le Lèpre, les médicaments pour les épidémies, et les médicaments utilisés pour le traitement de masse des maladies endémiques, comme le paludisme. Dans le deuxième group il y a les vaccinations et la supplémentation des vitamines. Au CSB, ces médicaments gratuits sont gérés par le Médecin Chef (MSPF, sans date).

L'infrastructure du FANOME au niveau périphérique commence avec le Comité de Santé, ou CoSan, qui se trouve au niveau communautaire. Si la communauté est grande, un CoSan peut représenter plusieurs CSB à la fois. Le CoSan, qui sert pour gérer les activités des CSB sous son control, est composé du Maire de la commune, qui acte comme président, et d'une Assemblé Général. En dessous de le CoSan, il y existe le Comité de Gestion, appelé CoGe. Le CoGe est composé d'un président élu, un trésorier, un conseiller qui est désigné par

le maire, et le Chef du CSB. Ayant la gestion de la PhaGeCom comme responsabilité, le CoGe gère les stocks des médicaments, les ressources monétaires créées par le recouvrement de coûts, et reste le lien de communication entre le PhaGeCom et l'infrastructure sanitaire. Pour faire cela, le comité prend en charge la réception des médicaments, la condamnation des produits périmés ou abîmés, et la programmation des dépenses de la PhaGeCom.

La politique de FANOME est basé sur celle de la PFU, et donc garde son système de recouvrements de coûts. Comme avec la PFU, les PhaGDis ajoutent sept pour-cent, et les PhaGeCom 35 pour-cent, sur le prix brut du médicament vendu par SALAMA (RAKOTONDRAJONA, 2006). Aux PhaGDis, le profit de sept pour-cent est utilisé pour payer les salaires des employés de la pharmacie. Donc leurs salaires varient avec le volume de médicaments vendu par la pharmacie (RATOVOHERIMANANTSOA, 2006). Chez les PhaGeCom, le trésorier gère les finances de la pharmacie, et s'occupe de tous ses transferts d'argent et la programmation des dépenses qui se fait tout les six mois. Ce qui est différent au niveau périphérique est que le 35 pour-cent de valeur ajouté peut être variable, restant seulement un maximum, puisque la marge de profit pour le PhaGeCom est fixé par le CoGe. Le 35 pour-cent est utilisé pour la rémunération des membres du CoGe non pas payés par l'Etat, pour assurer les offres du CSB, et une parti est mise à part pour le Fonds d'Equité (MSPF, sans date ; RANDRIAMAMAFIATRA, 2006).

Le Fonds d'Equité est la différence dominante entre la politique du FANOME et celle de la PFU. Le but de cette parti du FANOME est de pouvoir faire disponible les soins aux indigents du pays, celles qui ne pouvaient chercher des soins pendant la durée de la PFU pour des raisons financières. Le Fonds est utilisé pour pouvoir donner des soins et médicaments gratuits au plus démunis dans les communautés.

Pour réaliser ce projet il doit y avoir une démarcation entre ceux qui peuvent et ne peuvent pas payer leur frais médicaux. Alors, chaque *fokontany* doit faire une liste de leurs démunis, qui est validé par le Maire. Pour déterminer les démunis, le MSPF offre une liste de

six qualifications, mais ceci reste qu'une orientation pour les autorités locales (Annexe 4). Puisque toutes régions se disposent de différents problèmes économiques et sociaux, les qualifications de démunis sont assez souples. Plutôt ce sont les personnes qui sont considérés par les membres de la communauté comme étant les plus nécessiteuses. Chaque chef de famille démunis est donné une carte « étoile » qui identifie sa famille comme receveurs de soins gratuits. Cette carte ne peut être utilisé qu'à leur propre CSB, mais le MSPF veut l'étendre aux soins hospitaliers (MSPF, 2005-1).

L'identification des démunis, en temps qu'important pour améliorer l'accès aux soins, est très difficile et est souvent fait d'une façon non satisfaisante. Le problème majeur pour cette identification est le manque de critères bien établis pour les démunis, ce qui peut mener à la possibilité de faux démunis. Aussi, les démunis sont honteux du titre, particulièrement s'ils sont déjà discriminé socialement (RAFRANSOA, 2005).

Pour servir ses démunis, chaque CSB est équipé de son propre Fonds d'Equité qui est soutenu par 3/135 des recettes totale de la PhaGeCom. Une fois après qu'un démunis a reçu des soins ou des médicaments, le PhaGeCom cherche le remboursement auprès du Fonds d'Equité. Le système du Fonds d'Equité est très précaire puisque son volume dépend sur le nombre d'achats chez le PhaGeCom et sur le nombre de démunis utilisant le centre sanitaire (MSPF, sans date).

Les problèmes existants avec le système de recouvrement des coûts sont nombreux, ce qui empêche l'accès universel aux médicaments. Dans un premier plan, il existe un manque de financement chez les centres de santé à cause de l'insuffisance du système de recouvrement des coûts du FANOME. Ce problème se transfère alors au niveau du Fonds d'Equité, qui sont souvent très maigres (RAKOTONDRAJAONA, 2006 ; USAID et al., 2005). Puisque le capital du Fonds d'Equité est serré, le nombre de démunis d'une communauté est limité, et reste souvent non représentatif du taux réelle d'indigents (MOSSIGE et al., 2005).

Comme mal financé, le système est aussi identifié par la plupart du système sanitaire comme mal géré (PAMAKA, 2006 ; RAFRANSOA, 2005). Il y existe trois niveau de supervision d'un CSB – le Service de Santé de District (SSD), le CoSan, et le CoGe – ce qui empêche la gestion efficace du centre (RAJONSON, 2006). Même le plus important, le SSD, manque l'autorité pour pouvoir bien suivre et contrôler l'utilisation des ressources du Fond d'Equité (MOSSIGE et al., 2005).

Même si le Fonds d'Equité est ciblé aux indigents, il existe toujours une insuffisance d'informations sur le système du FANOME auprès des démunis. Alors, à cause de cela, il y a un manque d'exploitation du système puisque les démunis ne savent les frais disponibles (RAFRANSOA, 2005).

Distribution Public

Comme le goal du système sanitaire est d'avoir une offre de soins décentralisé, même la distribution des médicaments s'organise selon cette idée. Au niveau central il existe le « centre d'achats de médicaments essentiels et de matériel médical », SALAMA, qui est une organisation non lucratif créée par le MSPF en 1998. SALAMA se dispose de ses propres fonds, étant complètement financé par ses clients dans le système sanitaire malgache.

Il existe une société pharmaceutique à Madagascar, nommé PharMad. Mais, puisqu'il est actuellement plus chère d'acheter les médicaments à l'étranger que d'importer des produits bruts et les fabriquer dans le pays, SALAMA fait plus de son approvisionnement par voie d'appel d'offres international pour des médicaments génériques, n'achetant que 20 pour-cent de ses produits chez PharMad. L'appel d'offres international donne à SALAMA le pouvoir de baisser au plus bas les prix des médicaments, ce qui fait que les médicaments offerts au centre publics sont jusqu'à deux fois moins chères que celles au pharmacies privées. SALAMA garantie la qualité de ses produits en faisant des dossiers exigés de chaque produit (RAZAFIARISOA, J., 2006 ; SALAMA, 2004).

La distribution de SALAMA est seulement auprès des SSD, et les livraisons sont réalisées un mois après les commandes, qui sont faites quatre fois par an (voir l'Annexe 5 pour un exemple). Les médicaments sont alors distribués aux PhaGDis chez le SSD pour être à la disposition des PhaGeCom de leurs régions. Les commandes des PhaGeCom sont faites tout les deux mois, et l'enlèvement des médicaments par des membres du CoGe du PhaGeCom est fait un mois après la commande (RATOVOHERIMANANTSOA, 2006).

Les nouveaux médicaments sont mis premièrement dans la pharmacie de gros au PhaGeCom, et sont transférées au pharmacie de détail selon le stock de celle-ci. Le président du CoGe gère la pharmacie de gros au CSB, étant la seule personne avec une clef à cette pharmacie, et la pharmacie de détail fait des commandes auprès du président pour renouveler les stocks (VELONODY, 2006).

Quand un malade est prescrit des médicaments au CSB, il se présente à la pharmacie de détail avec deux recettes d'achat. Une copie est gardée par la pharmacie et l'autre est retournée au malade. En cas de démunis, la pharmacie garde les deux copies, dont un est utilisé pour retirer le propre montant du Fonds d'Equité (FIGARO, 2006).

Il existe trois problèmes majeurs avec la distribution public : la gestion, le financement, et l'infrastructure. Tous ces problèmes sont les causes pour les ruptures de stock et la non disponibilité de soins. Ce manque fait que les usagers perdent confiance dans les centres de santé et le système sanitaire (SALAMA, 2004). Les ruptures de stock sont souvent à cause de l'absence de données sur la consommation et mauvaise gestion à tous les niveaux. Ceci fait que SALAMA commande trop de médicaments à courte vie et ne peut les distribuer proprement (USAID et al., 2005).

Les problèmes de financement du système sont à cause de l'insuffisance du FANOME, mais aussi avec le sous capitalisation de SALAMA (VANDENBERGH et al., 2002).

Au niveau de l'infrastructure, il y a un manque de formation, et donc de personnel qualifié, aux CSB pour bien gérer la PhaGeCom. A cause du mauvais infrastructure, il existe un manque de pouvoir et ressources humaines auprès du MSPF. L'application de la législation et réglementation du MSPF, est alors très difficile et souvent pas fait (SALAMA, 2004).

Distribution Semi-Privée

United Nations Children's Fund (UNICEF) et United States Agency for International Development (USAID): Le goal de l'United Nations Children's Fund (UNICEF) est que les Etats avec qui l'organisation travaille peuvent éventuellement prendre toute problème sanitaire en charge eux même. En suivant ce goal, l'action principale de l'UNICEF dans la distribution des médicaments reste dans l'appui, ce qu'il fait avec l'aide du United States Agency for International Development (USAID). Si un problème se présente au niveau de l'acquisition ou la distribution, l'UNICEF et l'USAID aideront l'Etat malgache. Un exemple de ceci est que l'UNICEF achète des antipaludéens pour distribution à Madagascar, puisque SALAMA n'a pas assez d'argent pour répondre aux besoins du pays entier.

USAID et UNICEF travaillent ensemble à travers la campagne de 'Roll Back Malaria' pour augmenter l'accès aux médicaments. Ils font la distribution de leurs médicaments antipaludéens, en utilisant l'infrastructure de l'Etat et de SALAMA (USAID, 2005-1). Les médicaments antipaludéens distribués par l'UNICEF sont gratuits, ce qui est déterminé par ses bailleurs de fonds (RIBAIRIA, 2006).

Distribution Privée

Public Services International (PSI) : Public Services International (PSI) est une organisation non-lucratif basée principalement sur la vente des produits sanitaires. Connue à

Madagascar pour ces produits comme le Super Moustiquaire et les préservatifs Protector Plus, PSI offre des médicaments aussi, comme le PaluStop Zaza Kely et PaluStop Zaza, à base de chloroquine, pour traiter le paludisme, au prix abordable de 100 Ar par traitement.

Souvent critiqué pour ceci, PSI vend ses médicaments au peuple malgache à cause du fait qu'ils ne seront pas distribués tant qu'ils soient gratuits. Ceci était fait très claire par les mois de gratuité durant la crise politique de 2002. PSI achète les médicaments à très bas prix, et donc peut laisser à chaque distributeur une marge de profit ce qui, comme le recouvrement des coûts, donne de la motivation pour la distribution des produits. Un autre bénéfice de ce système est que les stocks des distributeurs privés sont optimisés pour gagner le plus d'argent possible. Un vendeur ne va pas trop acheter, puisqu'il perdra de l'argent, et il ne va pas acheter trop peu, pensant à son bénéfice.

La distribution des produits de PSI est aussi très simple et efficace. Au lieu d'utiliser l'infrastructure du gouvernement, PSI fait seulement des distributions à des dépôts régionaux, où ils sont achetés par des entrepreneurs qui les remportent partout dans le pays (la distribution de PaluStop Zaza et PaluStop Zazakely se trouve dans l'Annexe 6). Puisque ces entrepreneurs veulent trouver de nouveau marchés pour pouvoir gagner plus d'argent, PaluStop et les produits de PSI atteignent même les villages les plus enclavés. Souvent, il existe un Agent de Vente à Base Communautaire (AVBC) qui vend les produits PSI dans une communauté et donne des informations sur les bénéfices des produits.

Le mandat de l'OMS à propos du change entre la chloroquine et l'ACT propose des problèmes de logistiques pour PSI. Puisque l'ACT est un traitement plus complexe et plus cher, ceci posera des problèmes en termes d'accès des médicaments antipaludéens. En ce moment, PSI est en train d'essayer de maximiser ses bailleurs de fonds, pour que l'organisation puisse offrir l'ACT a un prix aussi bas que la chloroquine de PaluStop (CALL, 2006).

Projets Sanitaires Actuels

Projet Santé II : Un programme du MSPF et financé par la Banque Africaine de Développement, le Projet Santé II était mis en place en 2004 pour améliorer de multiples points faibles dans le système sanitaire (RAJONSON, 2006). Pour augmenter l'accès aux soins et aux médicaments dans le pays, le Projet Santé II a fait construire 51 PhaGDis, 35 CSB, et 8 CHDII partout dans le pays, mais particulièrement dans les zones enclavées et rurales. Le projet a produit la construction et la réhabilitation des centres, mais aussi les a équipés de nouveau équipement (RATSIRARSON, 2006).

Strategic Objective 5 (SO5): Ce projet du USAID a quatre buts principaux : D'augmenter la demande, la disponibilité, et la qualité des services sanitaires et d'améliorer les capacités institutionnelles pour pouvoir évaluer les programmes sanitaires. Avec le SO5, l'USAID lance une campagne d'éducation sanitaire pour renseigner les Malgaches, plutôt ceux qui sont enclavés, sur les bénéfices des soins des médicaments. Ceci est espéré d'augmenter éventuellement la demande pour les soins. Un autre parti du SO5 est d'assurer que les mères et enfants reçoivent la correcte diagnose et traitement pour le paludisme (USAID, 2005-2 ; USAID et al., 2005). Un schéma du SO5 se trouve dans l'Annexe 7.

Contractualisation (législation proposée): La politique de contractualisation donne la pouvoir au centre et organisations sanitaires d'entrer en contrat ensemble pour améliorer la performance sanitaire, pour mieux servir leur usagers et pour augmenter l'offre de leur soins. Ces contrats entre les systèmes publics et privés a bien existé avant la proposition récente de cette politique (voit celle entre le MSPF et SALAMA), mais ceci généralise ce pouvoir à toute niveaux de l'infrastructure sanitaire, au moins que les deux acteurs signant le contrat disposent de la capacité juridique. L'Etat proposera des contractualisations, et fera un appel d'offres pour faciliter leurs créations. Puisque les contrats seront arbitré par, et auront l'appui de, l'Etat Malgache, les contrats seront durables à long-terme et sécurisantes.

La contractualisation a comme but de pouvoir mobiliser plus de ressources, financières et humaines, pour augmenter la participation communautaire. Un fort argument pour la contractualisation est la possibilité de contracter des centres sanitaires privés pour administrer les vaccinations et participer dans les campagnes de vaccination. Au niveau des médicaments, la contractualisation pourra renforcer la participation des différents établissements à tous les échelons sanitaires. Possiblement, cela fera que les médicaments seront plus abordables pour les usagers (MSPF, 2004).

Systemes d'assurances médicaux

Ny Havana : La plus grande des assurances à Madagascar depuis être fondé en 1968, Ny Havana a des services d'assurances générales dans toutes les grandes villes de Madagascar.

En termes d'assurance sanitaire, Ny Havana propose deux formules pour l'assurer. Le Formule 1 couvre tout les frais médicaux : Soins dentaires, lunetterie, bilan et analyse, et hospitalisation. Le client peut acheter les extensions au Formule 1 qui couvrent les frais de transports sanitaires, frais de soins à l'étranger, et les frais de transcorps. Il existe aussi le Formule 2, qui est moins chère que le Formule 1, et donc offre moins de frais. Le Formule 2 couvre seulement les frais de l'hospitalisation de l'assurer. Chaque Formule a dix options qui varient en prix, en nombre de frais, et dans la quantité totale que Ny Havana peut rembourser l'assurer.

Avec les Formules, l'assurer est libre d'aller où il veut, mais Ny Havana laisse toujours une franchise, entre dix et vingt pour-cent, qui reste à la charge du client. Plus d'informations sur les Formules se trouvent dans l'Annexe 8.

Les clients de Ny Havana sont, pour la plupart, les employés des grandes sociétés, et les primes sont à la charge des sociétés. Les assurances sanitaires de Ny Havana ne sont pas

accessibles pour la population puisque les prix d'assurance sont hors du pouvoir d'achat de la grande majorité des malgaches (RAKOTONALALA, 2006).

Micro Crédits : Les micro crédits sont une forme populaire d'assurance communautaire en ce moment à Madagascar. Quand même, le système arrangé par Medical Care Development International (MCDI) est un des plus réussi dans le pays, et donc leur programme de micro crédit va être la forme décrite ici (KELSEY, 2006).

Le premier micro crédit instauré par MCDI a commencé en août 1997, dans le village de Ankazomanga et les petites communautés qui l'entour, dans la région de Tuléar. Les membres du micro crédit – les usagers du CSB du village – paient tous qu'une fois, une somme d'argent (500 Ar) pour créer le crédit. Donc chaque fois qu'il y a une naissance, la famille paie cette somme pour inclure leur bébé dans le micro crédit. De cet argent, 80 pour-cent reste avec le Village Office (VO), qui crée un compte pour la communauté, et 20 pour-cent est disposés dans le Fund Office, qui se situe près du CSB. Les fonds du micro crédit ne peuvent être utilisés que pour les soins de santé primaire (les CSB).

Quand un usager est malade, il se présente au VO pour recevoir les 500 Ar qu'il a dépensé auparavant. Quand il est au CSB, si le prix des soins est plus que cette somme, l'utilisateur peut se rendre au Fund Office pour retirer la différence. La somme qu'il peut prendre n'a pas de limite. Après avoir pris l'argent, l'utilisateur a trois semaines pour repayer tout ce qu'il a retiré chez le VO et le Fund Office. Cela lui donne au moins deux jours de marché pour pouvoir liquidé son capital.

Avec le succès du micro crédit à Ankazomanga, MCDI a maintenant cinq villages d'extension qui sont tout auto gérée maintenant par leur propre Office de Micro Crédit. Le pourcentage de remboursement par les membres est de 90 pour-cent, et les fonds restent toujours pleins. Le grand succès du micro crédit est que le pourcentage de prescriptions qui sont rendu à la PhaGeCom a augmenté de 23 pour-cent avant à 100 pour-cent avec le micro crédit (ANDRIAMAHEFA, 2006 ; RAKOTOZAFY, 2006 ; RATSIRARSON, 2006).

Micro Finance : La mutuelle de santé de micro finance est similaire au système de micro crédit. La micro finance, par contre, ressemble plus les systèmes d'assurances occidentales. Dans ce système, un usager paie des frais chaque an pour en pouvoir recevoir de l'aide quand il tombe malade. L'argent reçu du micro finance, pas comme dans le micro crédit, n'est pas repayé par l'usager (RAJONSON, 2006).

Accessibilité et disponibilité des médicaments dans la région de Toamasina

Toamasina 1 :

PhaGDis : La PhaGDis de la région de Toamasina 1, se situe dans sa SSD qui se trouve à l'Hôpital Kely de Toamasina-ville. Servant que 5 CSB2, la pharmacie est intermédiaire de médicaments pour toute la ville de Toamasina. Tout de même, le volume de médicaments passant par la PhaGDis de Toamasina 1 est un peu plus grand que celui passant par la PhaGDis de Toamasina 2, qui sers 31 CSB. Le personnel de cette pharmacie se compose premièrement d'un prestataire qui est le responsable de la pharmacie et se charge de l'inventaire, les commandes auprès de SALAMA, les commandes venant des CSB, et les finances ; et deuxièmement de deux gardes. Tous les employés sont payés avec la valeur ajoutée du FANOME de 7 pour-cent.

Cette PhaGDis vient de changer de localité, et donc jouit d'un nouveau bâtiment. Ceci est composé de trois chambres, dont un sert de bureau et deux autres servent pour stockage. Le bureau est équipé d'un bureau et plus notamment, d'un ordinateur. Une des chambres de stockage est comme une pharmacie brute, où sont placée tous les médicaments venant d'être délivrées par SALAMA. L'autre chambre de stockage est comme une pharmacie de détail, ayant des médicaments organisés avec des étagères en ordre alphabétique.

Les seuls problèmes à cette PhaGDis sont les ruptures de stock occasionnels de la part de SALAMA (RASOAVINDRINA, 2006).

Les CSB2 Tanambao : Pour servir la région de Tanambao, il y a deux CSB2 ; Un Centre de Santé Maternelle et Infantile, et un Dispensaire Urbain qui traite les malades âgés de plus cinq ans. Se trouvant au centre de la ville de Toamasina et au centre du SSD pour la région de Toamasina 1, les CSB de Tanambao sont placés sur la ligne divisant le centre ville avec le parti ouest de la ville, et donc la ligne entre la région plus riche et celle plus pauvre. Les deux CSB servent 26 *fokontany*, qui sont représentés par une population de 42.879. Puisqu'ils se trouvent au SSD à Toamasina, les deux centres sont à quelques pas seulement de la PhaGDis pour la région de Toamasina 1, ce qui ne présente aucune problème à la livraison des médicaments (FIGARO, 2006 ; VELONODY, 2006).

Centre de Santé Maternelle et Infantile: Ce CSB, pour le quartier de Tanambao, fait environ 900 consultations pendant la saison sèche et à peu près 1500 pendant la saison humide. Puisqu'il sert le centre-ville, ce CSB est assez grand, ayant cinq médecins, six sage-femmes, une infirmière, deux employés de service et une dispensatrice. Seul la dispensatrice est payée par la commune et les autres employés sont payés par l'Etat.

Pour les malades venant au CSB, le Médecin Chef dit qu'elle prescrit le paracétamol, le SRO et l'amoxicilline le plus, et essaye toujours de prescrire des médicaments se trouvant dans le PhaGeCom. Comme elle a dit : « C'est bien mon épicerie ». Pour l'ACT, toutes les enfants avec une fièvre le reçoivent en dépit des résultats du TDR. Tous ces médicaments étaient bien stockés chez le PhaGeCom. La pharmacie de détail était le plus organisée que j'ai vu, avec un bureau pour toutes les recettes et papiers. Les étagères étaient propres, bien organisé, et il n'y avait pas de débris par terre.

Pour ce CSB, le système de FANOME marche bien, et les prix sont abordables pour la population du district, selon le Médecin Chef. Le problème ici est que les démunies ne viennent pas pour des consultations. Il y a 11 démunis maintenant, et même sis ce nombre ne correspond pas avec le taux actuel de démunis, ce n'est pas l'argent seul qui est le facteur déterminant pour l'accessibilité. D'après le Médecin Chef, les « démunis ne trouvent pas que

c'est important d'aller à l'hôpital », ou soit ils sont honteux de leur position comme démunis (VELONODY, 2006)

Dispensaire Urbain: L'autre CSB pour le district de Tanambao sers, en moyenne, 2500 personnes par mois mais ceci change entre la saison humide (jusqu'à 5000 par mois) et la saison sèche (1000 par mois). Le CSB emploie cinq docteurs, dont un est chirurgien dentiste, sept para-médicaux, cinq personnels d'appui de service, et une dispensatrice. Comme au Centre de Santé Maternelle et Infantile, seulement la dispensatrice est payée par la communauté entre tous les employés.

Pour les cas de fièvre, les malades sont donnés le TDR. Les malades ayant des résultats positifs sont prescrits l'ACT par le médecin, et les résultats négatifs reçoivent traitement et des médicaments selon leurs symptômes. Mais, si un malade qui était négatif pour le paludisme à la première visite revient pour une autre consultation à propos de sa fièvre, les médecins sont obligés de lui prescrire la chloroquine.

Chez ce CSB, les problèmes restent dans le cadre du Fonds d'Équité et des médicaments. Pour ce district, le Fonds d'Équité est déjà très maigre et doit être disponible pour 70 démunis. Alors, le Fonds limite le nombre de personnes classées comme démunies à Tanambao. Les autres problèmes sont la qualité et la quantité des médicaments dans le PhaGeCom. La gamme des médicaments n'est pas assez haute, ce qui fait que les docteurs voient des malades plusieurs fois avec la même maladie. Mais, ce problème peut aussi être à cause du manque de suivi des médicaments prescrits. Les médicaments, aussi, ne sont pas toujours disponibles auprès de SALAMA, qui est victime de ruptures de stock (FIGARO, 2006).

Le PhaGeCom du CSB est très petit et en désordre. Il y avait des tas de papiers éparpillés partout, ce qui me menait à me demander si la dispensatrice peut bien gérer les stocks des médicaments.

CSB2 Ambohitafy: Ce centre sanitaire se situe au nord de la ville, loin du centre ville. Il est équipé d'un médecin, cinq sage-femmes et para-médicaux, une infirmière, un employé de service, un gardien et une dispensatrice. Le gardien et la dispensatrice sont payés par la commune et les autres employés sont payés par l'Etat. Servant le quartier d'Ambohitafy, qui représente le parti nord de la ville, le CSB a une superficie de 44.389 personne et a, en moyenne, 569 consultations par mois, ce qui augmente pendant les mois humides.

Pour les cas de fièvre, tous les malades, mêmes si le TDR est négatif, reçoivent l'ACT. Pour les autres maladies, les médicaments les plus prescrits par le médecin ici sont les antalgiques, comme le paracétamol, et les antibiotiques qui sont souvent utilisés pour l'IRA.

Comme aux CSB de Tanambao, les CSB d'Ambohitafy fonctionne bien avec le FANOME, mais il existe des problèmes avec le Fonds d'Equité. Ayant 59 démunies actuellement, ce nombre est fortement limité par le Fonds, qui reste insuffisant même pour bien couvrir les coûts des démunis existants. Puisque le nord de la ville est considéré comme « la cité des indigènes », le volume limité du Fonds d'Equité peut être causé par la manque d'une forte achat de médicaments – seulement 20 pour-cent des malades prennent prescription au PhaGeCom (RAZAFIARISOA, M., 2006).

Tant que pas beaucoup utilisée, la PhaGeCom est quand même assez grand, mais aussi assez vide, comparé avec les pharmacies de détail à Tanambao. Il n'existait pas une liste formelle du stock des médicaments. Au lieu de cela, la dispensatrice met tout le stock et les achats des médicaments dans un petit carnet, qu'elle met à temps après chaque achat. Aussi, elle ne s'est lavait pas les mains après qu'elle a mangé et avant qu'elle touche les médicaments.

CSB2 Ankirihiry : Ce centre est situé pour servir l'ouest de la ville, qui est composé de 45 *fokontany*, soit 61.884 personnes. En réalité, le nombre servit par le centre est suffisamment plus grand, puisque le centre est fréquenté par les gens de campagne qui ne veulent pas aller jusqu'à l'hôpital rural, qui se trouve loin de Toamasina. Le centre reçoit

entre 700 et 2000 consultations par mois, ce qui représente la différence entre la saison sèche et la saison humide. Les employés du centre sont composés de trois médecins, deux dentistes, six sage-femmes, trois infirmières, quatre servants, une femme volontaire, un gardien, et une dispensatrice. La volontaire, comme dit son titre, n'est pas payée. Les autres employés sont payés par l'Etat, sauf le gardien et la dispensatrice.

Les médicaments les plus prescrits sont la chloroquine, le cotrimoxazol, l'amoxicilline et les antalgiques. Tout cas de fièvre reçoit le TDR, et le malade est traité selon le résultat. Si c'est positif, l'ACT est prescrit, et si c'est négatif, la chloroquine est prescrite. Le Médecin Chef est hésitant de toujours donner les médicaments de paludisme pour les fiévreux, puisqu'il y avait une crise de grippe à Toamasina cette année. Alors, le médecin prescrit de la Vitamine C et le paracétamol si elle croit que le malade a la grippe.

Très petite pour la taille du CSB, la PhaGeCom est aussi assez vide, comme celle de Ambohijafy. Toutes les informations sur les médicaments sont gardées dans un grand carnet, visiblement bien géré. Par contre, il existe beaucoup de ruptures de stock ici, le plus dans la région de Toamasina 1. D'après le Médecin Chef, ces ruptures sont à cause des ruptures qu niveaux de la PhaGDis et de SALAMA. Souvent, les commandes ne sont pas honorées ou les médicaments n'existent pas.

En termes du FANOME, il est assez pour bien gérer le CSB. Mais, comme chez tous les autres CSB, il existe des problèmes avec le Fond d'Equité. IL y a 22 démunies dans ce district, mais ce nombre est bien limité par le volume du Fonds et par le fait qu'il existe des problèmes à trouver les démunies (RANDRIAMAMAFIATRA, 2006).

CSB2 Dépôt Analakinina: Se trouvant sur la route du port qui allonge la mer, au sud de la ville, ce CSB sert la région Tsinanana qui représente le parti sud-ouest de Toamasina et 32.700 personnes. Ce centre est le moins fréquenté de la ville, à cause de sa population, avec entre 30 et 50 consultations par jour. Ce nombre a augmenté jusqu'au 180 consultations par

jour pendant l'épidémie de chikungunya, un nombre impossible pour le seul médecin a centre. A part le médecin, il y a quatre sage-femmes, une infirmière, et deux employés de services qui sont payés par l'Etat. Le dispensateur et le gardien sont payés par la commune.

Le PhaGeCom est spacieux mais manque les boites de médicaments pour le remplir. Même la pharmacie de gros est presque vide, ayant seulement des boites de Genicure, un produit de PSI, et de ACT qui restent. D'après le Médecin Chef, les ruptures de stock sont à cause des commandes non-honorées par la PhaGDis.

Le médecin prescrit le plus d'amoxicilline, paracétamol et chloroquine, qui étaient tous en stock quand j'ai fait ma visite. Toutes les malades ayant une fièvre ici, reçoivent le TDR, et si le résultat est positif, le médecin prescrit l'ACT. Si le résultat est négatif, le médecin traite les symptômes de fiévreux, prescrivant les anti-inflammatoires et antalgiques.

A ce CSB, le FANOME a eu beaucoup de problèmes avec l'ancien médecin qui volait de l'argent du FANOME et du Fonds d'Equité. Le médecin actuel lui a remplacé le 20 juillet 2005. Le Fonds d'Equité ne marche toujours pas très bien puisque le CSB n'est pas très fréquenté, et donc il n'y a pas beaucoup d'argent dans le Fonds. Il existe 60 démunis dans la région de Tsinanana, mais puisque la majorité ne vient jamais au centre, ils ne sont pas très affectés par le manque d'argent. D'après le médecin, c'est à cause de la pauvreté : « ils cherchent du travail pour pouvoir manger, même s'ils sont malades » (LANTONIRINA, 2006).

Toamasina 2 :

PhaGDis: Se trouvant à Toamasina-ville, la PhaGDis pour la région de Toamasina 2 est au sein du SSD pour la même région. Cette pharmacie sert 31 CSB, dont 18 CSB1 et 13 CSB2, qui sont éparpillé dans la région au nord de la ville de Toamasina. La PhaGDis est équipé seulement d'un prestataire, qui se charge de toute activité de la pharmacie, et de deux gardiens. Le prestataire s'occupe de l'inventaire de stock, les commandes auprès de

SALAMA, les commandes venant des CSB, et les finances. Les trois employés de la PhaGDis sont tous payés avec la surcharge de 7 pour-cent que la pharmacie ajoute au prix de SALAMA.

La pharmacie est composée de trois chambres : un bureau et deux chambres de stockage. Une des chambres de stockage sert de magasin de détail, ayant des étagères organisant les médicaments par ordre alphabétique. Tous les médicaments dans la chambre à détail sont très visibles et bien organisés. L'autre chambre de stockage est une chambre où sont mis les surplus de médicaments qui ne peuvent être mise dans la chambre à détail. Cette chambre est beaucoup moins organisé, mais les médicaments sont toujours dans leurs boites de transport.

Les problèmes rencontrés à cette PhaGDis sont plutôt au niveau de la main d'œuvre. Avec toutes ses charges et étant seul, le prestataire aimerait idéalement avoir quelqu'un pour l'aider mais il est hésitant puisque ceci demandera une diminution de son propre salaire. Il semblait que les ruptures de stocks étaient rares, et causé par des problèmes avec SALAMA (RATOVOHERIMANANTSOA, 2006).

CSB2 Foulpointe: A 58 km de Toamasina-ville, le village de Foulpointe est à un heure et demi de la capitale de la province en Taxi-brousse. Le village, avec une population de 14.934 personnes, se situe au bord de la mer. Le seul CSB du village se trouve dans la partie est du village, à quelques minutes de marche à pieds à l'est de la Route Nationale 5, la rue principale. Travaillant au CSB, il y a un docteur, une aide sanitaire, et deux employés de service, et une Dispensatrice dont tous sont payés par l'Etat, sauf la Dispensatrice qui est la seul payée par la commune.

Fréquenté de 20 à 30 personnes, en moyenne, par jour, ce nombre augmente pendant les mois humides, entre décembre et avril. En cas d'épidémie, le nombre de consultations peut augmenter jusqu'à 100 par jour. Pour ces consultations, le médecin prescrit les antibiotiques, le cotrimoxazol, l'ampicilline, et le herithromycine le plus. En cas de

paludisme infantin, le docteur prescrit le ACT, même si le TDR est négatif, pour pouvoir traiter les faux négatifs. Par contre pour les adultes avec paludisme, l'ACT est prescrit selon le résultat du TDR. Le médecin cherche d'autres remèdes quand le TDR est négatif.

Pour chercher les médicaments pour le CSB, quelques membres de la CoGe font le trajet à Toamasina en Taxi-brousse. Puisque la route entre Foulpointe et Toamasina est très bonne, le CSB peut suivre régulièrement le calendrier des livraisons. Pas donc géographiques, les problèmes avec la disponibilité des médicaments restent souvent au niveau central de SALAMA. D'après le docteur, même si le CSB fait une commande, certains médicaments pourraient ne pas exister à SALAMA. Par exemple le phénobarbital, qui traite la crise épileptique infantine, n'est pas disponible chez SALAMA depuis des mois.

D'après le médecin chef du CSB, le FANOME marche bien en termes de revenue pour le centre et l'accessibilité des prix des médicaments pour la majorité de la population. En revanche, le Fonds d'Equité reste insuffisant pour pouvoir servir tout les démunies du village. Il y a 38 démunies actuels à Foulpointe (RATOZOSON, 2006).

Pharmacie Privée

Pharmacie LAHADY: Cette petite pharmacie se place au centre ville de Toamasina sur la rue Joffre. Elle a cinq employés, dont quatre travaillaient au moment de ma visite, et est ouvert les jours de la semaine entre 8h et 18h et entre 8h et midi les samedis.

Les commandes pour des médicaments sont faites deux ou trois fois par semaine, dépendant du stock, et sont faites auprès du Grossiste Pharmaceutique à Antananarivo et PharMad. A peu près 20 pour-cent des médicaments à la pharmacie sont des produits de PharMad. La pharmacie est stockée plutôt de produits commerciaux, mais ils ont quelques médicaments génériques aussi. Les ruptures de stock n'arrivent presque jamais, même pour le paracétamol, qu'ils vendent le plus (DIO et al., 2006).

Disponibilité et Prix des Médicaments Essentiels :

Disponibilité : Toutes les pharmacies, sauf celle privé, avait des ruptures de stock au moment de ma visite, qui ne sont pas tous similaires. Une majorité des PhaGeCom avaient des ruptures de stock de Colchicine (quatre pharmacies) et Tetracycline (cinq pharmacies). Deux médicaments, le Charbon Activé et le Nystatine, n'étaient pas en stock chez la moitié des PhaGeCom. La PhaGeCom de Foulpoint avait le moins de ruptures de stock de toutes les PhaGeCom, ce qui mets en contexte le fait que ce CSB est le mieux gérée d'après le PhaGDis pour Toamasina 2 (RATOVOHERIMANANTSOA, 2006). La pharmacie d'Ankirihiy avait le plus de ruptures. Les pharmacies des CSB avaient toujours ACT, Amoxicilline, Benzyl penicilline, le Genicure Kit, Mebendazol, et Métronidazole (voir Annexe 9).

Prix : Les prix entre les PhaGeCom était toujours à peu près les mêmes, sauf au CSB de Foulpoint. Les prix des médicaments aux PhaGeCom étaient normalement entre deux et trois fois moins chères que les prix chez la pharmacie privée, qui était stocké de produits commercialisés. Seulement l'amoxicilline avait un prix comparable entre les centres publics et privé (voir Annexe 10).

Analyse de la Recherche

Pour l'analyse de ma recherche, je commencerai avec un regard sur le système général de soins publics. Je regarderai l'infrastructure publique de la distribution de médicaments, et le comparerai avec celle des organisations privées qui n'utilisent pas l'infrastructure gouvernementale. La section finira avec une analyse de la situation d'accès aux médicaments dans la région de Toamasina, ce qui devrait clarifier les projets qui sont nécessaires pour améliorer le système des médicaments à Madagascar.

Puisque les médicaments offerts par le secteur public du système sanitaire sont disponibles aux centres sanitaires publics (CSB, CHD, ...), l'infrastructure et la fiabilité de ce système est alors très importante à l'accès aux médicaments. Non seulement plus cher en termes de soins, les centres hospitaliers sont plus loin, en moyenne, puisqu'il y a moins de ces établissements dans le pays. Ces voyages sont d'habitudes très chères, et forcent un malade de quitter sa maison et sa source de revenu. Actuellement, la majorité de la population malgache (80,7 pour-cent) est considérée comme dessous la ligne de pauvreté, ce qui fait qu'il y existe une dépendance sur les CSB à faute de ne pouvoir pas payer pour les autres centres (USAID et al, 2005).

Les 2 347 CSB publics qui se trouvent à Madagascar atteignent bien le but d'avoir un CSB par commune, mais les centres sont plutôt concentrés dans les grandes villes. Ceci explique le fait qu'il y a à peu près 50 pour-cent de la population qui habitent toujours à plus de 5 km d'un CSB (RATSIRARSON, 2006). Ce problème de éloignement géographique est important, et a bien été adressé par le Projet Santé II, du MSPF. Puisqu'ils ont choisis de construire dans les zones les plus enclavées, la section du projet qui a fait construire 35 CSB et 51 PhaGDis est un bon commencement pour pouvoir améliorer l'accès aux soins et donc aux médicaments de la population rurale du pays.

Mais le problème ne peut se résoudre seulement avec la construction de plusieurs CSB pour quelques raisons. Premièrement, il y a déjà un manque de ressources humaines qualifiées

dans le système sanitaire et donc de nouveaux CSB ne seront pas nécessairement bien équipés. Deuxièmement, les communautés les plus enclavés, et donc plus nécessitants d'un CSB, ne sont pas assez grands pour pouvoir en maintenir un. Une possibilité offerte par la MSPF est, au lieu de construire un CSB pour ces petites communes, d'avoir quelqu'un comme le AVBC utilisé par PSI. L'Etat donc donnera des formations pour qu'il y ait un spécialiste sanitaire dans les communes les plus rurales et enclavés (RAJONSON, 2006). Tant qu'une bonne idée, ce projet se complique au niveau des médicaments. Pour la plupart, le spécialiste ne sera pas assez formé pour pouvoir bien traiter et prescrire correctement, et donc n'améliorerait pas drastiquement l'accès aux médicaments.

Quoi qu'il existe une insuffisance dans le nombre de CSB, il y a aussi des problèmes d'opération dans les CSB existants. L'ouverture des CSB est quelques fois pas fiable et est souvent à cause des réunions de médecins. Pendant ces éloignements, les tâches du médecin sont faites par un autre employé du CSB, qui est souvent pas qualifié pour le travail (GREEN, 2006). Ces absences sont non seulement un détriment à la qualité des soins et au nombre de médicaments prescrits, mais le manque du médecin fait que les usagers perdent confiance en leur CSB.

Comme il y a un problème avec l'accès auprès du nombre et qualité des CSB, il y a toujours un manque de demande pour les frais sanitaires d'un CSB. Le programme SO5 de l'USAID est intégral en ce moment, puisqu'il essaye d'éduquer le peuple pour leur mettre au courant des soins offerts par leur centre sanitaire et le besoin de les utiliser. Sans une demande approprié pour les services sanitaires, le FANOME ne pourrait pas marcher, et le peuple n'aura pas d'accès aux médicaments.

Pas seulement la demande, il y aussi un perte de confiance chez les usagers causé par le manque de disponibilité des médicaments au PhaGeCom. Les ruptures de stock ne sont pas causées par seulement un échelon de l'infrastructure des médicaments, mais par des défauts qui existent à chaque niveau de distribution. Au niveau périphérique, une cause du manque

de suivi chez le PhaGeCom est le fait qu'elle soit gérée à la fois par trois différentes entités – le CoGe, le CoSan, et le SSD. Cette hiérarchie complexe empêche la bonne communication, ce qui perturbe les objectifs et actions des PhaGeCom (RAJONSON, 2006). Une autre raison pour la mauvaise gestion est le manque de formation et ressources humaines pour ceux qui gèrent la pharmacie. Chez le CSB, le Médecin Chef est responsable du stock de la pharmacie de détail, mais les docteurs n'ont pas de formations pour ces activités. A cause de l'insuffisance de médecins dans le pays, les médecins existants sont souvent surchargés de travaille et de consultations, n'ayant que très peu de temps à consacrer pour veiller correctement sur le stock de la pharmacie de détail (RATOZOSON, 2006).

Les ruptures de stock de médicaments sont aussi produites au niveau du district. Avec seulement un employé à la PhaGDis, le prestataire, veillant sur les activités de la pharmacie, accomplissant toutes les tâches de la pharmacie est très difficile. Comme au niveau de CSB, toutes les tâches de la pharmacie ne peuvent être fait à fonds avec qu'un employé pour les faire (RATOVHERIMANANTSOA, 2006). Le problème est que les salaires des employés de la PhaGDis sont payés avec le recouvrement des coûts, et un autre employé causerait la diminution grave du salaire du prestataire.

Comme m'a dit les prestataires des PhaGDis et les Médecins Chef des CSB, le niveau central de SALAMA est souvent victime des ruptures de stock à cause des problèmes avec ses fournisseurs. Sautant aux œil est alors le fait que SALAMA est très, et peut-être même trop dépendant sur l'importation. Puisqu'il n'est pas en control du calendrier de livraisons, SALAMA ne peut pas complètement assurer les PhaGDis, et donc le peuple, de la disponibilité des médicaments.

Même si la disponibilité des médicaments reste toujours à améliorer, il est suffisamment mieux que pendant les périodes de gratuité, largement à cause du système de recouvrement de coûts. Le FANOME encourage la distribution des médicaments à travers un pourcentage de bénéfice ajouté à chaque vente du produit mais, puisque le système et souvent

mal géré, les bénéfiques sont moins qu'idéals. Cette question est pertinente puisque l'accès des démunis aux soins et médicaments est dépendant sur le taux d'argent rémunéré par le FANOME.

En tout, le système de distribution publique reste encombrant et inefficace, vu par le fait que toutes les niveaux de distribution ont besoin d'aide extérieur – venant de l'UNICEF et l'USAID – pour être plus fiable (RIBAIRIA, 2006). Bien qu'il y ait toujours les chefs et dispensatrices des CSB rurales venant des kilomètres à pieds pour chercher leurs médicaments chez un PhaGDis, le système public de distribution resterait assez douteux et précaire.

Le système de distribution privé de PSI est renommé pour le fait que ses produits sont partout dans le pays et sont à prix abordable. A cause de ses produits très subventionnés et son système économique, PSI a la chance de distribuer des médicaments qui sont essentiel à la santé, comme PaluStop pour les enfants, à un prix très abordable. Le système de distribution de PSI marche bien puisqu'il est poussé par un bon système de bénéfice pour les vendeurs des produits.

Maintenant que la distribution de l'ACT est mandataire, PSI a presque perdue la possibilité d'offrir un médicament anti-paludéen à prix bas. Une augmentation de prix trop sévère diminuera l'accès au anti-paludéens pour le peuple, mais PSI est en train de le subventionner. Le prix et distribution de l'ACT, et leurs effets sur l'accès, seront à voir quand PSI commence à le vendre en 2007.

Comme leurs médicaments se trouvent dans des épiceries partout, un malade n'a pas besoin de prescription pour en acheter. Ceci pose un problème avec PaluStop et l'ACT, puisqu'ils deviennent même trop accessibles. A Madagascar, le manque d'information fait que tout cas de fièvre est considéré comme le paludisme par le peuple. Si le peuple malgache achète ces médicaments chaque fois qu'ils ont la fièvre, ces antipaludéens perdront leur efficacité, nécessitant un autre change de médicament.

La distribution efficace et complète de PSI souligne les bénéfices possibles dans la coopération entre les secteurs privés et publics. Ce qui est intéressant est que le système du FANOME et de la distribution publique est déjà très similaire à celle de PSI. Mais, puisque le système de distribution et des pharmacies publiques ne pourrait jamais jouir de la commercialisation complète, la politique de la contractualisation est un outil précieux pour pouvoir accéder à quelques avantages du système privé. L'alliance entre les deux secteurs ne pourrait pas seulement augmenter la disponibilité des médicaments, mais même pourrait baisser les prix auprès des usagers, améliorant l'accès en générale.

Les systèmes d'assurances disponibles à Madagascar sont très maigres, et ne touchent pas encore une population importante. Avec une population dont 80 pour-cent vivent en pauvreté, les assurances offertes par Ny Havana sont loin d'être abordable par le peuple. Ils restent exclusivement pour les grandes sociétés, et non pas pour les individus. Par contre le micro crédit et le micro finance ont la possibilité de beaucoup aider la population rurale du pays qui ne peuvent pas liquider son capital pour payer les frais des soins. Etant communautaire à la base de ses assurances, les malgaches ont plus de confiance dans ces formes d'assurances (RAKOTOZAFY, 2006). Le succès des micro crédits dans la région de Tuléar nous invite à utiliser ce forme partout, mais chaque région du pays réagis d'une manière différent à ces formes d'assurances, et le MSPF est en train de faire les études sur ceci pour pouvoir mettre en marche des micro crédits et des micro finances partout à Madagascar (RAJONSON, 2006).

Dans l'étude faite à Toamasina, Madagascar, la différence d'accès géographique entre la ville et le village était surprenante. La ville de Toamasina se disposait de cinq CSB, tous accessibles pour les habitants de la ville. Par contre, le seul CSB de Foulpointe servait non seulement Foulpointe, mais aussi des communautés dans les alentours qui étaient un peu éloigné du village. Dans d'autres parties de la région de Toamasina 2, il y a des malades qui doivent marcher jusqu'à 80 km à pieds pour atteindre un CSB (ZARA, 2006).

Mais, le manque d'une quantité correcte de CSB et personnel compétant n'existe pas seulement en brousse, mais en ville aussi. Tant que le médecin du CSB à Foulpointe est responsable pour 14.934 habitants, le seul médecin du CSB de Ambohitafy sert une population de 44.389, et le docteur du CSB de Dépôt Analakinina sert 32.700 personnes. Pour la superficie géographique de Toamasina il existe assez de CSB, mais non pas assez de médecins pour la population de chaque quartier.

Le manque d'assez de personnel pourra être un détriment envers le temps que le docteur peut donner à un malade et la qualité de ce traitement, mais en regardant le cas de paludisme, ceci n'est pas le cas. Avec le TDR, les médecins ont la possibilité de bien diagnostiquer le paludisme sauf avec les enfants, où le quantité de paludisme est si bas qu'il ne peut pas être toujours enregistré par le teste. Alors les enfants sont donnés ACT en tout cas de fièvre. Cependant, à chaque CSB, ils soignaient les cas de fièvre adulte selon le résultat du TDR. Puisque le change entre le Chloroquine et l'ACT était à cause de la résistance du paludisme qui a accrue à cause de l'abus du Chloroquine, le TDR donne la possibilité de minimiser la prescription d'ACT pour prolonger son période d'efficacité.

Une autre question rencontrée à Toamasina était celui des démunis. Chaque CSB que j'ai visité a parler d'un maigreur de leur Fonds d'Equité, limitant le nombre de démunis chargé par le centre. Actuellement, 0,12 pour-cent de la population de la ville (222 sur 181.852) est considérés comme un indigent, et ce pourcentage est de 0,25 pour-cent (38 des 14.934) en brousse à Foulpointe. Si le taux d'indigents pendant la PFU est valable – 20 pour-cent de la population ne pouvait pas payer pour ces médicaments – le système du Fonds d'Equité aujourd'hui est loin d'être en bonne marche, puisqu'il n'aide qu'une très faible parti de la vrai population de démunis (RAKOTONDRAJAONA, 2006). Il y a alors une grande majorité des démunis qui ne sont pas touché par le Fonds d'Equité, et donc n'ont pas d'accès aux médicaments. Puisque le volume du Fonds d'Equité dépend du taux d'utilisation de la PhaGeCom, ceci peut renforcer les problèmes du système. Si un CSB est dans une région

avec plus d'indigents – comme celle d'Ambohidjafy – la pharmacie va être utilisée moins par des malades payants, mais aura besoin de plus de fonds pour être disponible aux plus grand nombre de démunis, et ne les aura pas.

La disponibilité des médicaments à Toamasina est assez bonne, avec la plupart des médicaments essentiels offerts par toutes les CSB de la ville, mais est toujours un peu précaire. A la pharmacie privé, la disponibilité parfait des médicaments était probablement à cause du meilleur gestion et parce que les commandes sont faites plus souvent. Puisque toutes les CSB que j'ai visité avaient des ruptures de stock pendant ma visite, l'infrastructure médiocre des médicaments était bien soulignée.

Le fait qu'il y avait des médicaments qui n'était pas disponibles à la plupart des centres (Colchicine, Tétracycline Charbon Activé, et Nystatine) a suggéré que ces ruptures de stock étaient possiblement à cause de leur absence aux niveaux supérieurs. Mais, ces médicaments traitent l'IRA et la diarrhée, et donc leur rupture peut être aussi expliqué par leur demande plus élevé. Par mis les médicaments offerts à chaque CSB, il y avait le Genicure Kit, qui a mis en relief la distribution efficace du PSI, comparé avec celle publique. L'ACT, aussi, était disponible à tout les CSB, mais ce fait devrait être regardé pendant la saison humide, et donc la saison du paludisme quand la demande augmente.

Les prix des médicaments aux CSB étaient jusqu'à trois fois plus basses comparées avec celle d'un médicament identique chez la pharmacie privée. Les différences entre les prix de Toamasina 1 et Toamasina 2 est probablement à cause du fait que le médecin à Foulpointe utilisait la liste des prix des médicaments de 2005. Il l'utilisait puisqu'il n'avait pas reçu une nouvelle liste pour 2006.

Conclusions

En tant que pays en voie de développement et, Madagascar essaye de récupérer après avoir eu une crise politique en 2002 qui a eu un effet sur toutes les institutions du pays, incluant le système sanitaire. La forte dévaluation de l'Ariary, qui a presque coupé sa valeur en deux entre l'an 2000 et 2006, a été une forte cause de la manque d'utilisation des centres sanitaires et médicaments après la crise (Banque Mondiale, 2006). Lié au développement d'un pays, l'amélioration du système sanitaire est en ce moment une priorité pour l'administration gouvernementale et le MSPF.

Travaillant avec le gouvernement, il y a des organisations étrangères, comme l'UNICEF et l'USAID, qui aident dans le développement de la politique sanitaire et dans la réalisation des projets et de la distribution des médicaments. Mais même avec toute cette aide, il existe toujours des problèmes avec l'infrastructure des médicaments du pays.

Mon étude a relevé quatre barrières importantes entre le système de médicaments actuel de Madagascar et l'accès universel aux médicaments. En tant que solutions, je n'en ai pas moi même. Le premier problème est l'éloignement géographique du peuple des centres sanitaires, puisque les pharmacies publiques se trouvent à ces établissements. Ce problème est agacé en milieu rural où un malade pourrait devoir marcher jusqu'à 80 km pour atteindre un centre de santé et recevoir des médicaments.

Le deuxième grand problème avec l'accès des médicaments est l'accès financière du peuple. Puisque 80,7 pour-cent de la population est en état de pauvreté, ce problème est très important, et ne reste non pas résolu par l'introduction du système du FANOME et de Fonds d'Equité.

Le manque de disponibilité des médicaments essentiels est le troisième problème. L'infrastructure de la distribution des médicaments est actuellement très précaire, mise à point par la recherche à Toamasina, Madagascar.

Le quatrième obstacle à l'accès universel est la barrière sociale. Comme était vu avec les démunis de Toamasina, même si les ressources sanitaires existent et sont disponibles, ils ne sont souvent pas utilisés. Ceci est à cause du manque d'informations chez le peuple à propos des maladies et les soins offerts par leur centre. Le projet SO5 USAID est alors très important pour pouvoir mettre le peuple au courant des énormes bénéfices de la bonne santé.

Mais, le problème social est aussi causé par les trois autres problèmes avec le système sanitaire. La confiance que le peuple a dans leur CSB est déterminé par la fiabilité du centre. A cause de tous les problèmes inhérents qui empêche la fiabilité d'accessibilité, les usagers d'un centre en perdent leur confiance, et donc diminue leur fréquentation du CSB. Ce problème est très important, puisque on peut améliorer les trois autres sans augmenter l'utilisation des sources de soins.

Les projets sanitaires actuels dans le pays sont sur la voie de bien augmenter la fiabilité du système sanitaire et la distribution des médicaments à Madagascar. Comme a dit M. Ribairia de l'UNICEF, le gouvernement malgache pourrait être autonome dans seulement dix ans (RIBAIRIA, 2006). D'après le système du FANOME, qui motive selon les bénéfices, et le nouveau programme de contractualisation, on dirait qu'il y a une tendance vers une adoption des méthodes utilisées par le système privé de distribution de médicaments. Les produits de PSI sont un bon exemple à l'efficacité du système privé, puisque PaluStop et Genicure sont disponible partout dans le pays à bon prix et avec peu de ruptures.

Après avoir faite cette étude, le fait que le secteur privé est beaucoup plus efficace saut aux yeux. Mais, les politiques du MSPF déjà en place sont des exemples de cette connaissance. Avec le FANOME, les établissements publics deviennent de petites entreprises qui dépendent des achats et des ventes de leurs produits. Tant que cette tendance pourra être bon pour le peuple, l'intérêt financière personnel d'un médecin dans le traitement du malade n'est pas l'idéale que la communauté médicale essaye d'atteindre.

Quand même l'adoption du système de FANOME est une amélioration du système de gratuité qui a existé avant, même avec ses problèmes, et pourra bien mener à une amélioration importante de l'accès aux médicaments, si on le compare avec le système privé actuel. Cette tendance vers la semi privatisation des pharmacies publiques me fait penser au future, et à ce qu'a dit le médecin chef du CSB2 de Tanambao en parlant de sa PhaGeCom : « C'est bien mon épicerie ».

Remerciements

Premièrement, je veux remercier mon conseiller sur ce projet, Michael Park, qui m'a accordé beaucoup de son temps pour m'écouter et pour me donner de bonnes recommandations à propos de direction et faisabilité pour le projet. J'apprécie beaucoup son amitié ces dernières semaines et de bons conseils pour la vie.

Merci à tout le monde avec qui j'ai parlé, et qui m'a donné des documents pour mieux aider dans le projet.

J'aimerais aussi remercier toutes mes familles d'accueil, particulièrement ma famille à Fort Dauphin qui m'a traité comme un vrai membre de la famille, avec une gentillesse et générosité, pour un mois. J'apprécie aussi la gentillesse de ma famille à Antananarivo qui m'a laissé vivre avec eux pendant mon ISP, et qui m'a montré la bonne voie quand j'étais perdu dans la grande ville.

Bibliographie

Textes :

- ANDRIAMAHEFA, Oliva. Présentation: « The Community-Based Mutual Credit Scheme for the Health in Ankazomanga-ouest, Madagascar : Initiative to improve access to paid health care by the rural poor ». Baltimore, MD, USA. 6 juin, 2006.
- Banque Mondiale, INSTAT, CARE. *Cartographie de la pauvreté à Madagascar*. Conférence « Développement économique, services sociaux et pauvreté à Madagascar », Antananarivo. 11 juin, 2003.
- Banque Mondiale, Gouvernement de Madagascar. *Madagascar : Stratégie de Gestion des Risques et de Protection Sociale*. Développement Humain 3, Département Pays 8. 28 novembre 2006.
- BERGERON, Gilles. *Food Security in Madagascar : a Situation Analysis*. Food and Nutrition Technical Assistance Project. 29 juin, 2001.
- BROWN, Mervyn. *A History of Madagascar*. Markus Wiener Publishers, Princeton, NJ. 2000.
- Cornell University, INSTAT. *Les pauvres et la participation financière des usagers dans le secteur santé*. Conférence : « Développement économique, services sociaux et pauvreté à Madagascar », Antananarivo. 11 juin, 2003.
- HERIMANDA, R. « Manque de médicaments dans certains CSB II », Le Tribune, Madagascar ; 5 septembre 2003.
- Ministère de l'Economie, Des Finances et du Budget, INSTAT. *Enquêtes auprès des ménages 2001*. Février 2003.
- Ministère de la Santé et du Planning Familiale. *Dispositions Générales du FANOME*. Document gouvernemental. Sans date.
- Ministère de la Santé et du Planning Familiale. *Malaria Prevention and Treatment Strategy in Madagascar*. Document gouvernemental. 2002.
- Ministère de la Santé et du Planning Familiale. *Politique nationale de la contractualisation dans le secteur de la Santé à Madagascar*. Document gouvernemental. Novembre, 2004.
- Ministère de la Santé et du Planning Familiale. *Politique Nationale de la Santé*. Document gouvernemental. 16 août, 2005.
- Ministère de la Santé et du Planning Familiale. *Politique Nationale de Santé de l'enfant*. Document gouvernemental. 22 septembre, 2005.
- MOSSIGE, Anne, Sara KEENER, Michele TARSILLA. « Analyse de l'impacte sur la pauvreté et le sociale (AIPS): réintroduction de la PFU et le Fonds d'Equité ». Présentation, le 10 juin, 2005.

Organisation Mondiale de la Santé. *Madagascar*. <http://www.who.int/countries/mdg/fr/>. Site internet, accéder le 19 novembre, 2006.

Programme Ilo, Cornell University. *Suivi et évaluation du secteur santé post-crise : l'impacte du changement de la politique sur la participation financière des usagers (PFU)*. Janvier 2003.

RAFRANSOA, Zoary. *La fonctionnalité du FANOME et de son Fonds d'Équité : dans trois districts de la région de Boeny*. Mars, 2005.

RAKOTONDRAJONA, Noé. *Cost recovery system for the health in Madagascar*. HPN Office, 2003.

SALAMA, direction commerciale. *Présentation sommaire des activités de SALAMA*. Août, 2004.

USAID. *Health, Population, and Nutrition Technical Profile: Malaria*. Promotional profile, 2005.

USAID. *Use of Selected Health Services and Products Increased, and Health Practices Improved: Strategic Objective*. Statement of work. Octobre, 2005.

USAID, Chemonics International, JHPIEGO, Helen Keller International, Training Resources Group, Georgetown University's Institute for Reproductive Health, and Medical Care Development International. *Santénet Annual Report: October 2004 to September 2005*. October, 2005.

VANDENBERGH, Daniel, Dimitri PEFFER, Nivo Hanitra RASOANAIVO. *Expertise concernant les implications et les perspectives sur le secteur du médicament de l'évolution des modalités de Participation Financière des Usagers à Madagascar*. Financement Commission Européenne, Agence Européenne pour la Développement et la Santé. Octobre, 2002.

Entrevues :

DIO, Pascal, Alexandrine NOSIMALALA, Robertine BEVIARY, Monique SARENAKA. 2006. *Entrevue avec auteurs*. Toamasina, Madagascar. 22 novembre.

CALL, Doug. 2006. *Entrevue avec auteur*. Antananarivo, Madagascar. 10 novembre.

FIGARO, Francine Noela. 2006. *Entrevue avec auteur*. Toamasina, Madagascar. 22 novembre.

GREEN, Jennifer. 2006. *Entrevue avec auteur*. Toamasina, Madagascar. 20 novembre.

KELSEY, Elaine. 2006. *Entrevue avec auteur*. Toamasina, Madagascar. 19 novembre.

LANTONIRINA, Razafinandrianina. 2006. *Entrevue avec auteur*. Toamasina, Madagascar. 23 novembre.

PAMAKA, Camille Gonzague. 2006. *Entrevue avec auteur*. Toamasina, Madagascar. 20 novembre.

- PARK, Michael. 2006. *Communication Personnel*. Antananarivo, Madagascar. 16 novembre.
- RAJONSON, Herimino. 2006. *Entrevue avec auteur*. Antananarivo, Madagascar. 11 novembre.
- RAKOTONALALA, Tian'Harison. 2006. *Entrevue avec auteur*. Antananarivo, Madagascar. 15 novembre.
- RAKOTONDRAJONA, Noé. 2006. *Entrevue avec auteur*. Antananarivo, Madagascar. 8 novembre.
- RAKOTOZAFY, Jerry. 2006. *Entrevue avec auteur*. Tuléar, Madagascar. 30 octobre.
- RANDRIAMAMAFIATRA, Sahodra. 2006. *Entrevue avec auteur*. Toamasina, Madagascar. 23 novembre.
- RASOAVINDRINA, Jacqueline. 2006. *Entrevue avec auteur*. Toamasina, Madagascar. 22 novembre.
- RATOVOHERIMANANTSOA, Hery. 2006. *Entrevue avec auteur*. Toamasina, Madagascar. 21 novembre.
- RATOSON, Andriamahija. 2006. *Entrevue avec auteur*. Foulpointe, Madagascar. 23 novembre.
- RATSIRARSON, Joséa. 2006. *Entrevue avec auteur*. Antananarivo, Madagascar. 6 novembre.
- RAZAFIARISOA, Jeannine. 2006. *Entrevue avec auteur*. Antananarivo, Madagascar. 10 novembre.
- RAZAFIARISOA, Marie Celestine. 2006. *Entrevue avec auteur*. Toamasina, Madagascar. 23 novembre.
- RIBAIRIA, Eric. 2006. *Entrevue avec auteur*. Antananarivo, Madagascar. 15 novembre.
- VELONODY, Jeanne Sylvette. 2006. *Entrevue avec auteur*. Toamasina, Madagascar. 22 novembre.
- ZARA, Hassanaly Patrick. 2006. *Entrevue avec auteur*. Toamasina, Madagascar. 20 novembre.