

AUTOMÉDICATION FACE AU CONTEXTE RURAL : DIAGNOSTIC ET PERSPECTIVES AU SEIN DE LA COMMUNE SUBURBAINE DE TOAMASINA, MADAGASCAR

RADIMILAHY M. A., BELA C., VAVISOA A.,
MAMIARISOA J E

Université de Toamasina, Madagascar

*Auteur correspondant: RADIMILAHY Manana Asidy,
asidymanana@gmail.com*

Résumé

L'OMS a défini l'automédication comme l'utilisation d'un médicament par un individu, de sa propre initiative ou de celle d'un membre de sa famille, pour traiter une affection ou un symptôme qu'il a identifié, sans l'aide d'un professionnel de santé. Des études ont montré que l'automédication a des conséquences, tant sur l'état de santé que sur le porte-monnaie de ses pratiquants. A Madagascar, le contexte du monde rural favorise cette pratique et ne fait qu'aggraver ses impacts pour les adeptes. L'objectif de ce manuscrit est de fournir une explication d'un point de vue socio-économique des enjeux de la pratique de l'automédication dans un contexte de pauvreté. Pour ce faire, nous avons mené une enquête auprès de 384 ménages de la commune suburbaine de Toamasina. A cet égard, nous avons émis l'hypothèse que le contexte de pauvreté à Madagascar rend le danger de l'automédication fatal. En effet, nos résultats ont montré qu'une grande partie de la population concernée pratique l'automédication (66%). Dans cette localité, comme dans plusieurs zones rurales de Madagascar, la pratique de l'automédication devient un problème de santé publique préoccupant. Ceci s'explique par des paramètres tels que : l'attitude et le comportement, le contexte socio-économique du monde rural Malagasy ainsi que l'inefficacité et la non-pertinence des services de santé de base. Face à ce fardeau, l'État doit intervenir activement pour réduire le coût des soins et doit mener des actions de sensibilisation pertinentes concernant le danger de cette pratique d'une part, et l'importance de se soigner au CSB d'autre part, mais surtout, il doit essayer d'établir et d'élargir la couverture de la sécurité sociale visant l'intégration du monde rural. Ainsi, la question est de savoir si l'État est capable de donner la priorité au problème de l'accès aux soins de santé à Madagascar ?

Mots-clés : santé, automédication, pauvreté, Madagascar

Famintinana

Ny Vondrona iraisampirenena momba ny fahasalamana « OMS » dia namaritra ny fanaovana « dokotera tena » ho toy ny fampiasana fanafody ataon'ny olona iray, amin'ny tenany manokana na amin'ny olona iray ao anatin'ny fianankaviany, mba hitsaboana aretina na soritr'aretina izay hitany, nefa tsy misy fitsirihana avy amin'ny manampahaizana na matihanina ara-pahasalamana akory. Fanadihadiana sy voka-pikaroha maro no efa nanasongadina fa misy voka-dratsiny tokoa ny fanaovana « dokotera tena », na eo amin'ny fahasalamana izany na amin'ny kitapombolan'ny mpanao azy. Ny mponinana eny ambanivohitra no tena mpanao io fomba fitsaboana io raha eto Madagasikara no resahina, ary vao mainka nanampitrotraka ireo voka-dratsy ireo ny fahambanian'ny tahan'ny olona nandalo fianarana. Ny tanjon'ity fikarohana ity dia ny hanome fanazavana ara-tsosialy sy ara-toekarena ny voka-dratsin'ny fanaovana "dokotera tena" eny amin'ny tontolo ambanivohitra. Mba hanatanterahana izany dia nanao fanadihadiana tamin'ny tokenrano miisa 384 izahay tao amin'ny kaominina ambanivohitr'i Toamasina. Manoloana izany ary dia naminavina izahay fa ny fahantrana dia vao maika mampitombo ny voka-dratsin'ny fanaovana dokotera tena eto Madagasikara. Ny vokatr'ity fikarohana ity tokoa dia nampiseho fa ny ampahany betsaka amin'ny mponina tao amin'ny kaominina voalaza etsy ambony dia manao dokotera tena rehefa misy aretina (66%). Toy ny zava-misy eny amin'ny faritra hafa maro eto Madagasikara dia lasa olona iray mampanahy ny amin'ny fahasalamam-bahoaka io fomba fitsaboana io. Izany dia hazavaina amin'ny alàlan'ny masontsivana toy ny : fomba fanao sy fahazaran'ny mponina, ny zava-misy ara-tsosialy sy ara-toekarenan'ny Malagasy eny ambanivohitra ary eo ihany koa ny tsy fahombiazana sy ny tsy fahampian'ny tolotra ara-pahasalamana manatona ny vahoaka. Manoloana an'io enta-mavesatra io dia tsy maintsy miditra an-tsehatra mavitrika ny Fanjakana mba hampihenana ny vidin'ny fanafody sy ny saran'ny fitsaboana amin'ny ankapobeny. Tsy maintsy manao hetsika fanentanana mikasika ny fampahafantarana ireo loza ateraky ny fanaovana dokotera tena sy ny fanentanana mba hanatona ny hopitaly etsy andaniny ihany koa izy. Ity farany ihany koa dia mila manandrana mametraka sy manitatra ny fiarovana ara-tsosialin'ny sarambabem-bahoaka, izay manome lanja ny tontolo ambanivohitra. Manoloana an'izany rehetra izany ary no mipetraka ny fanontaniana hoe : vonona ve ny fanjakana hanao laharam-pahamehana ny olan'ny fanaovana dokotera tena eto Madagasikara ?

Teny lakile : fahasalamana, fanaovana dokotera tena, fahantrana, Madagasikara

Abstract

The WHO has defined self-medication as the use of a medicine by an individual, on his or her own initiative or that of a family member, to treat a condition or symptom that he or she has identified, without the help of a health professional. Studies have shown that self-medication has consequences, both on the state of health and on the pocketbook of its practitioners. In Madagascar, the context of the rural world favors this practice and only aggravates its impacts for the practitioners. The objective of this manuscript is to provide an explanation from a socio-economic point of view of the stakes of the practice of self-medication in a context of poverty. To do this, we conducted a survey of 384 households in the suburban commune of Toamasina. In this respect, we hypothesized that the context of poverty in Madagascar makes the danger of self-medication fatal. Indeed, our results showed that a large part of the population concerned practices self-medication (66%). In this locality, as in many rural areas of Madagascar, the practice of self-medication is becoming a worrying public health problem. This can be explained by parameters such as: attitude and behavior, the socio-economic context of the rural Malagasy world as well as the inefficiency and irrelevance of basic health services. Faced with this burden, the State must actively intervene to reduce the cost of care and must carry out relevant awareness actions concerning the danger of this practice on the one hand, and the importance of treating oneself at the CSB on the other hand, but above all, it must try to establish and extend social security coverage aiming at the integration of the rural world. Thus, the question is to know if the State is capable of prioritizing the problem of access to health care in Madagascar.

Keywords: health, self-medication, poverty, Madagascar

Introduction

La jouissance d'un niveau élevé de santé est l'un des droits fondamentaux de tout être vivant sans distinction de race, de sexe, de religion, de tendance politique et des conditions sociales (OMS, 2015). En cas de maladie, le défaut d'accès aux soins (expliqué souvent par les problèmes socio-économique, géographique et

culturel) entraîne le recours soit aux tradipraticiens ou à la médecine traditionnelle, soit à l'automédication (Grossman, 1972).

Selon l'OMS, l'automédication est l'utilisation d'un médicament par un individu, de sa propre initiative ou de celle d'un membre de sa famille, pour traiter une affection ou un symptôme qu'il a identifié, sans avoir recours à un professionnel de la santé. Certes, l'automédication constitue une pratique courante bien que le contexte reste encore différent entre les pays riches et pauvres.

À Madagascar comme dans d'autres pays pauvres, cette pratique a gagné du terrain depuis des années. Les faits chiffrés ont montré que plus de 60% des patients qui ne sont pas allés en consultation en cas des maladies ont choisi l'automédication (INSTAT, 2010). Et, l'automédication concerne environ 65% de la maladie dans la région Atsinanana où cette étude a été effectuée.

En outre, le contexte du monde rural malgache est marqué par des différentes défaillances, entre autres : la difficulté financière, le problème d'analphabétisme, l'insuffisance et la non-performance des actions menées pour la santé, l'insuffisance des infrastructures socio-économiques et sanitaires, la domination des pratiques culturelles, etc. Cette situation, englobée en un mot par "pauvreté", pousse et favorise la population à recourir à l'automédication, d'une part, et explique le niveau de risque élevé que courir les adeptes ruraux, d'autre part.

Des études ont montré que les dangers que représente l'automédication sont multiples, surtout lorsque celle-ci n'est pas maîtrisée. Dans certains cas, elle peut entraîner des complications

sévères. En général, les conséquences de la pratique de l'automédication se manifestent sous trois dimensions, à savoir : (i) les risques dus au médicament lui-même, favorisés par la méconnaissance des composants du médicament, (ii) la toxicité méconnue, et (iii) la date de péremption du médicament. De plus, cette pratique favorise des difficultés pour le corps médical, expliqués par le retard de diagnostic. Malgré son importance, peu d'analyse ont ciblé l'aspect socio-économique du sujet de l'automédication, leur majorité a été focalisée sur son aspect médical.

En effet, il est important d'aborder de poser cette question : sous quel angle l'automédication constitue-t-elle un enjeu pour les pratiquants ruraux à Madagascar ? A cet égard, l'hypothèse formulée est : le contexte de la pauvreté à Madagascar rend fatale le recours à l'automédication. L'objectif de ce manuscrit consiste à fournir une explication sous l'angle socio-économique des enjeux que représente la pratique de l'automédication dans le contexte de la pauvreté à Madagascar.

Matériels et méthodes

Matériels utilisés

Pour réaliser cette étude, la commune suburbaine de Toamasina a été choisie comme site d'étude. Avec une superficie de 292 km², la Commune de Toamasina Suburbaine se situe dans le district de Toamasina II, Région Atsinanana. Elle est délimitée : au Nord par les Communes d'Antetozambaro et d'Ambodiriana, au Sud par les Communes de Fanandrana et d'Amboditandroho, à l'Est par la Commune

Urbaine de Toamasina I et l'Océan Indien et à l'Ouest par les Commune de Sahambala et d'Ambodilazana. Elle est constituée par douze Fokontany. Le tableau suivant présente les caractéristiques démographiques et géographiques.

Tableau 1 : Caractéristique démographique et géographique

Fokontany	Nb de la population	Distance par rapport au chef-lieu	Position
Ambalamanasy	11150	0 km	Sud
Ambodisaina	16572	7 km	Sud
Ampihaonana	2754	13 km	Sud
Vohibolo	878	18 km	Sud
Tanandava	1221	12 km	Sud
Ambodimandresy	768	21 km	Nord
Ampangarinantelo	923	16 km	Nord
Antseranambe	1150	28 km	Nord
Anjahamarina	1518	36 km	Nord
Ampasimazava	1332	41 km	Nord
Sahandahatra	1600	22 km	Nord
Ranomena	1351	39 km	Nord
Population total	41 217		

Source : Plan Communal de Développement (PCD), Commune Suburbaine de Toamasina, année 2017-2021.

Durant les six dernières années, les Fokontany d'Ambodisaina et d'Ambalamanasy connaissent une croissance démographique exponentielle. En 2010, les nombres de leur population étaient de 4700 pour Ambalamanasy et 3.330 pour Ambodisaina. Une forte augmentation du nombre de la population a été constatée en 2015. Ce phénomène est dû surtout à l'exode rural, à l'arrivée des migrants à la recherche d'emplois directs et indirects pour le projet Ambatovy et à l'extension de la ville de Toamasina.

Pour le secteur santé, la commune suburbaine de Toamasina abrite de différentes formations sanitaires qui constituent les lieux du premier recours des malades. Malgré l'étendue de la commune, les formations sanitaires ne recouvrent que 33,3% des Fokontany.

Tableau 2 : Les centres de santé de bases (CSB)

Formation sanitaire	Personnel	Fokontany desservis
CSB II Vohitrambato	01 Sage-femme	Ampihaonanana, Vohibolo
CSB I Ranomena	01 Sage-femme	Ampasimazava, Anjahamarina, Ranomena
CSBII Ambalamanasy	02 Sage-femme	Ambalamanasy, Tanandava, Ambodisaina
CSB II Ambatovy	ND	Ambalamanasy, Tanandava, Ambodisaina
CSB I des Sœurs Antsiramandroso	03 Infirmiers généralistes, 01 Infirmière Laborantine et 01 Aide soignantes	Antseranambe, Sahandahatra, Ampangarinantelo, Ambodimandresy

Source : Idem.

La commune ne compte que cinq (05) centres de santé de base (CSB). Concernant les maladies les plus fréquentes, les infections respiratoires aiguës ou IRA constituent les maladies de premier rang en termes de morbidité, suivies par le paludisme et les diarrhées.

Méthodologie adoptée

A l'instar des recherches bibliographiques et visite auprès de services concernés, une enquête a été menée auprès des ménages dans la zone d'étude. Il s'agit d'une étude transversale rétrospective (Pauw et al., 2008) réalisée afin d'analyser les caractéristiques socio-économiques et culturelles face à la pratique de l'automédication, afin de savoir les déterminants du dynamisme de l'effectif des adeptes et le contexte rural. En effet, le type d'enquête choisi est la méthode des "grappes".

Comme il est difficile de réaliser une enquête de type exhaustif, un échantillonnage a été réalisé. Le calcul de la taille de l'échantillon a été fait de manière à définir la taille nécessaire pour

assurer sa représentativité. Notée n , cette taille a été calculée en appliquant la formule suivante (Robert, 1825):

$$n = \frac{t^2 p(1-p)}{m^2} ; \text{ dont :}$$

" t " est le niveau de confiance (1,95) ;

" p " représente la prévalence estimative de l'automédication ;

" m " la marge d'erreur (5%). En effet, le résultat est égal à 384 ménages à enquêter.

Etant donné que cette commune est composée de 12 Fokontany, le nombre de ménages à enquêter a été divisé par le nombre de Fokontany afin d'assurer la représentativité de l'enquête. Le résultat de ce ratio étant égal à 32 qui représente le nombre des gens à enquêter pour chaque Fokontany. Le calcul de la moyenne est donné par la formule suivante :

$$\text{Moyenne} = \frac{N}{C}$$

dont : "N" est l'effectif total et "C" le centre de classe.

Après avoir réalisé l'enquête, les données recueillies ont été traitées sous le Windows Word et Excel (version 2010) et analysées avec le logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), version 20.

Résultats

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats pour faire l'objet de discussion dans la partie suivante.

Attitudes des ménages ruraux: facteur de prépondérance de l'automédication

Concernant les lieux de recours ou les méthodes de guérison des enquêtés, une grande

partie (tabl. 3) ont répondu qu'ils font l'automédication en cas de maladie.

Tableau 3 : Lieu de recours et mode de traitement de maladie

Lieu et mode de traitement	CSB	Automédication	Tradi-praticien	Attenti-sme	Total
Effectif	84	253	39	8	384
Proportion	22%	66%	10%	2%	100%

En pratiquant l'automédication, environs 57% des ménages la réalise d'une manière systématique, tandis que 43% la fait selon leur perception de maladie survenue, ce que le tableau 4 ci-dessous montre.

Tableau 4 : Manière de se pratiquer l'automédication

Manière de pratique	Systématique	Selon la perception	Total
Effectif	219	165	384
Proportion	57%	43%	100%

Concernant les sources d'informations, avant de réaliser l'automédication, les enquêtés ont reçus l'information, soit en demandant de conseil aux personnes qui ont déjà eu la même maladie (24%), soit en posant de questions aux vendeurs de médicaments (27%), en réutilisant l'ancienne ordonnance (19%), ou en procédant de manière empirique sur leur propre initiative.

Caractéristiques socio-économique, favorisant le recours à l'automédication

D'après l'enquête, environs 60% sont non scolarisés, 60% (n'a jamais été à l'école). Tandis que 21% ont terminé leur étude en niveau primaire, 16% en niveau secondaire et seuls 3% ont atteint le niveau universitaire (tableau 5).

Tableau 5 : Niveau d'instruction des enquêtés

Niveau d'étude	Primaire	Secondaire	Universitaire	Non scolarisé	Total
Effectif	81	61	12	230	384
Proportion	21%	16%	3%	60%	100%

La majorité de la population enquêtée (soit 58%) ne connaissent rien sur le danger de l'automédication, tandis que 35% ont un peu de connaissance sur le sujet et seulement 7% qui avaient une bonne connaissance. Le tableau 6 le confirme.

Tableau 6 : Connaissance des dangers de l'automédication

Réponse	Connait un peu	Connait exactement	Ne connait rien	Total
Effectif	134	27	223	384
Proportion	35%	7%	58%	100%

Environs 50% des ménages sont composés de 4 à 8 personnes et 37,1% sont composés de plus de 8 personnes dans le même foyer (tabl. 7). Or, la taille moyenne est égale à 6 personnes.

Tableau 7. Répartition des ménages selon la taille

Taille (Xi)	Effectifs (Ni)	Ci	Ni.Ci	Pourcentage
Moins de 4	49	4	196	12,90%
4 à 8	194	6	1140	50,00%
8 et plus	141	8	1128	37,10%
Total	384		2464	100,00%

Défaillance du système de santé, facteur de faible et/ou non utilisation des formations sanitaires

Pour une grande partie des enquêtés (environs 23%), la cherté du traitement dans le CSB constitue la cause de sa non-utilisation, tandis que 8% ont répondu que c'est l'éloignement qui constitue le problème.

Tableau 8 : Avis sur les causes de non-recours au CSB

Réponses	Effectifs	Pourcentages
Coûte trop cher	91	24%
Le centre est trop loin	30	8%
La peur de découvrir une nouvelle maladie sérieuse	69	18%
Confiance à l'efficacité de l'automédication	76	19%
Raisons culturelles et/ou religieuses	15	4%
Inhabitude	42	11%
Je ne sais pas	61	15%
Total	384	100%

Discussion et recommandations

-Attitude et comportement de la population rurale, rend fatal le danger de l'automédication

Comme dans des autres régions de Madagascar, la pratique de l'automédication est généralisée, depuis des années. Dans notre zone d'étude, environs 66% pratique cette méthode de guérison. Toutefois, cette pratique varie d'un individu ou d'un ménage à l'autre. Il y a ceux qui pratiquent d'une manière occasionnelle, mais il existe aussi des pratiquants systématiques. Cette dernière est environs de 57% dans la commune suburbaine de Toamasina. Alors que des études médicales ont mis l'accent sur l'existence des maladies qui ne peuvent pas traiter sans l'avis de médecin spécialiste. Ainsi, il existe des médicaments sur lesquels son administration exige de diagnostics de la part du corps médical, vue leur dangerosité pour le corps humain (OMS, 2002).

Une étude faite à Dakar par Mabela (2012) a montré que les dakarois pratiquent en général autant l'automédication que le recours en consultations externes. Cette tendance se

retrouve aussi bien dans les ménages riches que dans les ménages pauvres (48,7% des ménages très pauvres et 48% des ménages riches). Sur ce, l'automédication atteint un taux de 70% à et ce sont plus les femmes que les hommes qui la pratiquent. Son taux augmente progressivement chez les adultes et baisse vers la vieillesse. Mais elle débute pratiquement à l'âge de 12 ans.

Par ailleurs, les sources d'informations en automédication sont principalement constituées par :

(i) de voisins qui ont déjà eu à peu près le même symptôme. Certes, on ne peut pas comparer le capital de santé d'un individu à l'autre. Dans le monde rural malgache, Comme les relations communautaires sont encore fortes dans la société malgache (surtout dans le monde rural) les informations sont faciles à accéder, et cela explique aussi en partie la tendance à la hausse de l'automédication. Dans certains cas, il y a même de personnes considérées comme "conseillers" en la matière, à qui les malades ont l'habitude de demander d'aide.

(ii) de réponses à de questions posées aux vendeurs (principalement les dépôts de médicaments, les vendeurs ambulants et les commerçants locaux). En effet, dans un but purement mercantiliste, les vendeurs ne visent qu'à écouler leurs marchandises, même si ces médicaments ne correspondent pas effectivement au traitement de la présente maladie.

(iii) de réutilisation de vieille ordonnance. Cette attitude est adoptée quand on ignore que l'état de santé d'un patient évolue avec le temps, les circonstances et le traitement reçu, de sorte qu'un médicament prescrit. Toutefois, le fait d'utiliser

une ancienne ordonnance peut être considérée comme :

(a) le témoin de la confiance en la chose prescrite et le prescripteur, l'utilisateur reconnaît indirectement que le traitement de la maladie requiert la compétence des professionnels de la santé et se réfère à leurs écrits (ancienne ordonnance).

(b) le moyen d'éviter/contourner un obstacle financier à l'accès aux prescriptions médicales : l'ancienne ordonnance est une prescription médicale toute faite qui ne requiert plus l'investissement dans une nouvelle consultation. Le moyen d'exploiter de manière optimale l'argent qui a été investi antérieurement.

(c) le moyen de facilité d'avoir une ordonnance quand le CSB est trop éloigné ou trop difficile d'y accéder.

-Contexte socio-économiques du monde rural, facteur encourageant l'automédication irresponsable

Madagascar fait partie des pays les plus pauvres de la planète, la majorité de la population dépense moins de deux dollars par jours (Banque Mondiale, 2017). La plupart d'entre eux vivent dans le monde rural où des problèmes socio-économiques se heurtent avec des différents besoins de base. Cette étude a montré que la grande partie des enquêtés n'a jamais été à l'école durant leur vie. Expliqué par des paramètres socio-économique et institutionnel, ce contexte influence bel et bien toutes les variables utilisées dans le pays, et surtout sur la perception de l'importance de la santé (curative et préventive). Par conséquent, ils ne reconnaissent pas dans leur majorité les dangers qui pourraient

être provoqués par l'automédication. Certes, le niveau d'éducation peut former un enjeu à la réussite ou non de toutes les actions à mener dans les pays pauvres. Cette relation a été établie par plusieurs études menées dans différents pays. Les analyses menées dans plusieurs pays africains tendent à montrer que le niveau d'éducation a un impact énorme sur l'état de santé et l'utilisation des services de santé (Pierrot, 2009). Ainsi, les personnes illettrées sont les principaux praticiens de l'automédication avec un taux de 53% (Mabela, 2010).

Concernant la taille de ménage, les résultats ont montré que la moyenne est de six (06) personnes dans un même foyer. Ce chiffre est bien supérieur à la moyenne nationale qui est de 4,5 personnes par ménage. Cela constitue aussi un facteur de blocage en terme financière du ménage à subvenir à la fois à l'alimentation et au soin. Les ressources allouées à la rubrique subsistance du ménage sont minimisées au détriment de dépenses en santé. Alors pour gérer cette situation, le chef de ménage a tendance à pratiquer l'automédication pour réduire les charges. Dans certains Fokontany, l'automédication est valable pour tout le monde quel que soit l'âge ou leur fragilité.

Certaines études ont montré que les facteurs auxquels il faudra agir pour améliorer l'utilisation des services des soins sont la taille du ménage, l'appartenance de la structure (selon qu'elle est étatique ou privée) et le revenu du ménage. Certes, la taille du ménage influence l'utilisation des services de soins (Izandengera, 2011).

-Inefficacité et impertinence des services de santé de base, déterminant explicatif du non ou sous-utilisation des formations sanitaires

À Madagascar, une grande partie de la population rurale n'est pas satisfaite aux services offerts par les centres de santé de base. Cela explique la part de responsabilité du service de santé face à la prépondérance de la pratiquer l'automédication, car faute de CSB, la population fait appel à l'automédication. En effet, tous les constats sont unanimes, les travaux de recherche ont montré que l'insatisfaction à propos des services de santé constitue une sérieuse motivation du recours à l'automédication. Des études anthropologiques menées en Afrique de l'Ouest (Fountain & Coutejoie, 2000) ont révélé non seulement la contre-performance dans le fonctionnement des structures de santé qui entraîne une perte de temps excessive pour l'utilisateur, mais aussi un comportement extrêmement négatif du personnel de santé, notamment dans les maternités, qui se traduit par des attitudes malsaines à l'égard du patient anonyme (qui n'a aucune connaissance dans la structure visitée). L'autre point de vue est beaucoup plus technique, mettant en cause la compétence même des prestataires de soins.

L'étude de ce cas a permis d'émettre les recommandations suivantes :

Renforcer le système de suivi et évaluation dans les centres de santé de base

Malgré l'existence d'une politique essayant de mettre en œuvre la gratuité de services de soins, une grande partie de la population malgache n'a pas encore motivé d'y bénéficier pour de raison

financière. En effet, même s'il existe des centres de santé à proximité, l'automédication constitue toujours comme référence pour la majorité de la population rurale. La gratuité des services de consultation au niveau des centres de santé est un moyen d'améliorer l'accès aux soins à Madagascar. Mise en œuvre par le système de santé malgache, le manque de suivi et d'évaluation rend flou l'image des centres de santé dans le pays. De plus, l'efficacité des outils d'évaluation de personnel de santé doit être une discussion importante dans le système de santé. En réalité, la démotivation d'utiliser les services de santé est parfois liée à la prédominance de corruption de la part du personnel.

Certes, pour que les populations à faibles revenus puissent bénéficier d'une protection sanitaire accessible et durable, la question de l'accès aux soins de santé par le biais des mutuelles de santé doit être une préoccupation. Cela doit commencer par la redynamisation des mutuelles existantes dans le pays. Ainsi, la question de la gestion communautaire s'avère être primordiale pour la réussite des structures dans les milieux ruraux.

-Instaurer un système d'assurance maladie en faveur du monde rural

La couverture de protection sociale étant encore très faible à Madagascar, le gouvernement, par l'intermédiaire du ministère de la Santé publique, doit orienter la politique nationale de santé en faveur de la population à faibles revenus. Par ailleurs, la question de l'automédication doit trouver sa place dans la réflexion sur la politique sectorielle de promotion de l'utilisation des CSB.

Une augmentation de la part du budget alloué à la santé publique est nécessaire et est considérée comme génératrice d'actions de promouvoir la santé publique. L'État doit mettre en œuvre un système d'assurance maladie qui garantira donc la couverture des individus contre les risques de santé. Comme la majorité de la population est dominée par des agriculteurs, le système de l'assurance maladie doit s'aligner à ce contexte.

-Mener des actions de sensibilisation pertinentes

Comme une grande partie de la population rurale ignore les dangers liés à l'automédication, l'objectif d'amélioration de la santé doit mettre l'accent sur la valeur et la pertinence de la sensibilisation. L'éducation à la santé peut apporter des avantages à la population et même au service de santé en place (impératif médical), car grâce aux connaissances en matière de santé, la population modifiera son comportement (curatif et préventif) et cela permettra de prévenir les cas de maladie. Il est donc préférable de prévenir le plus grand nombre possible de maladies par des actions peu coûteuses, mais ayant une large dimension dans le temps et l'espace. Toutefois, le système de santé malagasy a déjà bien fait un grand pas sur ce sujet en adoptant la promotion des "agents communautaires". Ces derniers jouent un rôle à la fois technique et social à l'amélioration de l'accès en santé de la population dans des zones reculées. Mais, le ratio reste très faible, et l'amélioration des variables qualitatives constitue encore un défi en matière de santé à Madagascar.

Conclusion

L'automédication qui exprime la prise des médicaments par soi-même, sans avoir l'avis de médecin est une pratique qui présente des conséquences sur l'économie et la santé des adeptes. Le contexte rural à Madagascar exprimé par l'insuffisance des actions de sensibilisation en santé, accouplé par le faible niveau d'éducation de la majorité de la population, ainsi que la non-performance des formations sanitaires et une facilité d'accès à toutes sortes de médicaments constituent de facteurs déterminants et explicatifs de la prépondérance de la pratique de l'automédication irresponsable qui constitue un fardeau économique d'une part et un problème de santé publique d'autre part.

Face à cette éventualité, les pistes de solutions doivent mettre l'accent sur l'intervention active de l'Etat afin de réduire le coût relatif au soin, de mener des actions de sensibilisation pertinentes face au contexte rural et d'essayer l'instauration de la sécurité sociale garantissant une plus grande couverture de santé. Alors, la question c'est que l'Etat est-il prêt de prioriser le problème d'accès au soin à Madagascar ?

Références bibliographiques

- Banque Mondiale (2017). *Rapport Doing Business*, 34 pages.
- Fountain, D., J. Courtejoie (2000). *Infirmier comment bâtir la santé*. Édition Berps Kangu Mayumbe. 310 pages.
- Grossman, M. (1972). The Concept of Health Capital and The Demand for Health. *Journal of Political Economy*, **80**, (2), New York, 422 pages.
- INSTAT (2010). *Enquête Périodique auprès des Ménages*. Rapport principal, Août 2011, 378 pages.
- Izandengera, A.A. (2011). *Les facteurs déterminants la faible utilisation des services des soins curatifs*

- dans la zone de santé de Karisimbien. République Démocratique de Congo, 114 p.
- Mabela (2012). *Étude sur l'automédication dans la ville de Lubumbashi en RDC*. Université de Lubumbashi - Graduat, 244 pages.
- OMS (2002). *Pauvreté et inégalité dans le secteur de la santé*. Adam wagstaff. Genève, 48 pages.
- Pauw, R.T., H.G. Dieleman, E.M. Vogel, et M. Eussen (2008). Étude rétrospective et observationnelle sur le changement et l'arrêt de médicaments pour le TDAH. *Korte bijdrage, PW Wetenschappelijk Platform* : 183-187.
- PCD - Plan Communal de Développement, Commune Suburbaine de Toamasina. *Monographie*, année 2017-2021. 166 pages.
- Pierrot, B.B. (2009). *Analyse des facteurs entravant l'accessibilité des pygmées aux soins de santé dans la ZS de Goma et Karisimbi*. Édition Berps Kangu Mayumbe, 110 pages.
- Robert, M. (1825). *Guide d'échantillonnage*. Food and Nutrition Technical Assistance Project. Academy for Educational Development. Connecticut Ave., NW, Washington, DC, 20009-5721.