

ACCESSIBILITÉ DES MÉNAGES AUX SERVICES DE SANTÉ DE BASE. CAS DE LA COMMUNE RURALE D'AMPASIMATERA

RANDRIAMALALA Larossa, Émile KASY,
VAVISOA Angelina, BELA Christian, RAHERIVELO
Floris, RADIMILAHY Manana Asidy

Département Économie, Université de Toamasina, Madagascar
Correspondant : larossatrefy@yahoo.fr; Tél. : +261 33 04 430 60 /
034 84 541 86
Co-auteur : christianbela@yahoo.fr

Résumé

La santé est la première richesse. Elle n'a pas de prix mais elle a un coût. L'accès aux soins de santé reste un problème majeur rencontré par les ménages Malgache, surtout dans le monde rural. Selon l'annuaire statistique de santé, en 2014, 32,3% seulement des Malagasy ont utilisés les services de santé de base en consultation externe. Une étude transversale rétrospective a été menée dans la commune rurale d'Ampasimatera district de Mampikony région Sofia, au sein d'un échantillon de 384 ménages tiré au hasard dans les 12 fokontany qui constituent cette commune. Ce choix est justifié par l'importance des caractéristiques socio-économique des ménages, paysan agriculteur à faible revenu et surtout l'existence du centre de santé de base niveau II dans cette zone. L'objectif principal de cet article est d'identifier les déterminants d'accès aux soins de santé et de proposer une piste pour un accès effectifs aux soins à faible coût dans le monde rural. Les résultats nous montrent que, c'est le manque de moyen financier est l'un de cause le plus évoqué par les ménages sur la question d'accès aux soins de santé. Il représente 42,5% des réponses des ménages. La variable liée au jugement de l'état de maladie tient à la deuxième position. Il est d'ordre de 24,5% des enquêtés. Pour l'accessibilité géographique, la distance entre lieu de résidence et le centre de santé représente 11,5% des réponses des ménages. Les absences trop fréquent des personnels de santé ont

démotive les usagés pour aller se soigner dans les établissements de santé, il est de 6,9% des enquêtés. La perte de confiance pour les personnels de santé figure aussi l'un des causes de non accès au centre de santé, il est de l'ordre de 5,7% des réponses recueillies, et le coût onéreux des soins représente 8,9% des ménages. Il est vraiment indiqué que ce sujet est très important du fait qu'il pourrait être utilisé sur le développement concret de la zone d'étude et améliore les conditions socio-économiques de la population. En d'autres termes, il contribuera d'une part à aider le pouvoir public à la mise en œuvre de la politique publique en matière de santé lié à l'accès aux soins de santé de base à faible coût.

Mots clés : accessibilité; socio-économique; centre de santé

Abstract

Health is the first wealth. It is priceless but it has a cost. Access to health care remains a major problem encountered by Malagasy households, especially in rural areas. According to the health statistics yearbook, in 2014, only 32.3% of Malagasy people used basic health services in an outpatient setting. A retrospective cross-sectional study was carried out in the rural municipality of Ampasimatera district of Mampikony in the Sofia region, among a sample of 384 households drawn at random from the 12 fokontany that make up this municipality. This choice is justified by the importance of the socio-economic characteristics of households, low-income farmer-farmer and especially the existence of the level II basic health center in this area. The main objective of this article is to identify the determinants of access to healthcare and to propose a path for effective access to healthcare at low cost in rural areas. The results show us that it is the lack of financial means is one of the causes most mentioned by households on the issue of access to health care. It represents 42.5% of household responses. The variable related to the judgment of the disease state is in the second position. It is around 24.5% of respondents. For geographic accessibility, the distance between place of residence and the health center represents 11.5% of

household responses. The too frequent absences of the health personnel demotivated the users to go to be treated in the health establishments, it is 6.9% of the respondents. The loss of confidence for health personnel is also one of the causes of non-access to the health center, it is around 5.7% of the responses collected, and the expensive cost of care represents 8.9% Household. It is really indicated that this subject is very important because it could be used on the concrete development of the study area and improves the socio-economic conditions of the population. In other words, it will, on the one hand, help to assist the public authorities in implementing public health policy linked to access to basic health care at low cost.

Keywords : accessibility ; socio-economic ; healthcare centers.

Introduction

Offrir une meilleure condition d'accès aux soins de santé à un individu et à la population en général, c'est également leur garantir un moyen très important pour le développement. La réalité nous montre que, pour un grand nombre de personnes vivant dans la pauvreté, l'accès aux soins de santé reste un problème majeur. Pour le cas de Madagascar, selon l'annuaire statistique de santé en 2014, 32,3% seulement des Malagasy ont utilisés les services de santé de base en consultation externe. En parallèle, le niveau de vie de ménage s'avère faible et l'absence des mesures d'accompagnement aggrave la situation. L'Initiative de Bamako (IB) avait essayé de trouver des solutions à l'aide de la politique de participation financière des usagers (PUF). Cette politique de relance en matière de soins de santé de base provient totalement d'origine exogène, c'est-à-dire en dehors du circuit sanitaire. Cependant, les points annoncés lors de cette conférence internationale n'ont pas été concrètement mise en œuvre pour

diverses raisons. Les plus saillantes résultent de la faiblesse du niveau de vie des ménages en Afrique.

La plupart des Malagasy n'a pas des moyens pour accéder aux soins. Ce contexte est vraiment aggravé par les conditions socio-économiques. À cet égard, quelles actions ou programmes efficaces faut-il mener à adopter pour accroître le taux d'accès aux services de santé de base dans le pays pauvres ? Pour notre étude, l'objectif principal est de déterminer les facteurs qui bloque les ménages sur la question d'accès aux soins, ainsi que de proposer une solution à faible coût pour accroître le taux d'accès aux services de santé de base. De ce fait, nous proposons comme solution pour échapper ce problème un projet communautaire baptisé sous le nom de : *mutuelle de santé de proximité à base communautaire*. Ce projet vise à optimiser l'accès aux soins par une meilleure allocation des ressources disponible. Une évaluation économique s'avère nécessaire pour aboutir à un jugement juste de la pertinence du rapport entre le coût et gain escompté par ce projet.

Matériels et Méthodes

Cette recherche est menée dans la commune rurale d'Ampasimatera, l'une des communes qui constituent le district de Mampikony, région Sofia. Ce choix se justifié par l'importance des caractéristiques socio-économiques, socio-culturelles des ménages favorables à cette recherche et surtout par l'existence d'un centre de santé de base niveau II, un centre de premier contact avec les patients. Dans cette commune, la majorité de la population sont des paysans ruraux dont l'activité principale est l'agriculture et l'élevage bovin. Un échantillonnage de 384 ménages tirés au

hasard a été menée dans des fokontany se trouve dans cette commune.

Analyse économique mise en œuvre

Pour le présent travail, nous avons utilisé l'analyse de minimisation de coûts et d'impact budgétaire (AIB). L'analyse de minimisation de coûts prise dans sa signification la plus large, constitue l'outil d'évaluation économique qui permet la comparaison de différentes décisions la moins coûteuse. Elle permet aussi, l'identification de niveau souhaitable de dépense. Dans le cadre des décisions publiques, l'analyse de minimisation de coûts et d'impact budgétaire consiste à estimer l'incidence financière, sur le budget d'un acteur du système de santé.

Les options à comparer

Option I :

Ne rien faire ---->coût1 ----> conséquences

Option II :

Avec mutuelle ----> coût 2 ---->conséquences

Il s'agit ici de comparer le coût de traitement ces deux options et les conséquences de chacune d'elles en termes d'impact budgétaire des ménages.

Pour l'option I, qui correspond à l'état actuel, elle consiste à rester à ne rien faire, c'est-à-dire chaque ménage supportera ses charges lorsque l'un de ses membres tombe malade. Le coût de cette option est égal au coût du traitement selon le mode de prise en charge. Tandis que l'option II consiste à une mise en place d'une mutuelle de santé de proximité à base communautaire, c'est-à-dire pour supporter les coûts du traitement lié à la maladie.

Résultats

Situation socio-économique des ménages

En général, la majorité des ménages ampasimateriens est composée de 4 à 5 personnes. Elle représente les 31% des ménages enquêtés. La plupart des ménages sont dirigés par des hommes. L'âge maximum du chef de ménage est de 70 ans, tandis que l'âge minimum enregistré est de 17 ans.

Concernant le niveau d'éducation du chef des ménages, la majorité des chefs de ménage ayant le niveau d'instruction secondaire du premier cycle, sont estimés à 43,2 % et suivi de ceux niveau primaire de 29,2%. Ceux du niveau universitaire représentent 18,8% des ménages enquêtés et le reste ce sont des chefs de ménages non scolarisés recensés à 8,9%. Les principales occupations des chefs de ménages sont des cultivateurs riziocoles, il est de l'ordre de 64,1%. Le fonctionnaire de l'État et employés privés dénombrés respectivement 16,9% et 7,3% et ceux de l'activité libérale de 9,9% et les chefs de ménages chômeurs de l'ordre de 1,8%.

La morbidité

Durant la période de notre recherche, 74,5% des ménages enquêtés, soient 286 ménages ont déclaré qu'au moins un membre de leur famille a été malade au courant des douze (12) derniers mois qui ont procédé l'enquête et les 25,5 % ont été en bonne santé. Sur les 74,5% des ménages dont au moins un membre a contracté une maladie, les 40,9% d'entre eux ont été victimes de maladies graves et pour les 59,1% bénignes. Les principales maladies qui ont été enregistrées durant la période de recherche confirmaient encore de triples infanticides (Paludisme, IRA et Diarrhée). Le graphique suivant fait ressortir que le paludisme est encore toujours en

tête du motif de la consultation externe du CSB et du cabinet médical libre.

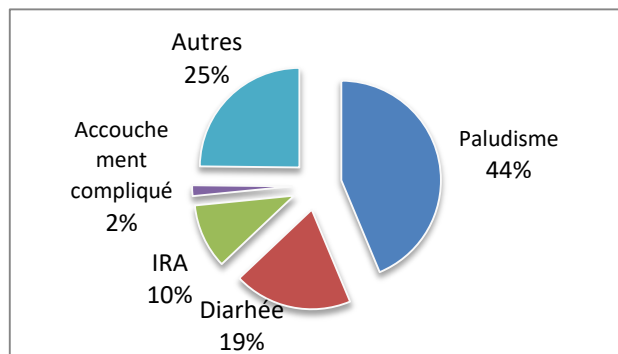


Figure 1 : les maladies les plus dominantes

D'après ce graphique, le paludisme est la première morbidité qui frappe la majorité des patients dans la commune rurale d'ampasimatera.

L'accès au soin et le lieu habituel de recours

Il est noté que cette section est le cœur de notre étude. Sur 286 ménages qui ont été trouvés malade, nous nous demandons combien d'entre eux arrivent à se soigner au centre de santé moderne ou dans un cabinet médicale ?

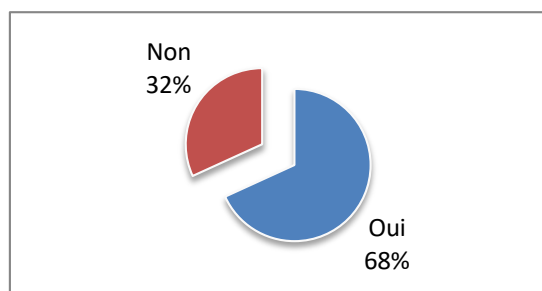


Figure 2 : Nombre des personnes ayant cherché des soins

À l'égard de ce graphique, 195 ménages soit les 68% ont déclaré avoir demandé des soins dans des établissements sanitaires publics ou dans des cabinets médicaux libres. Par contre, 32% d'entre eux soit 91 ménages n'y sont pas allés.

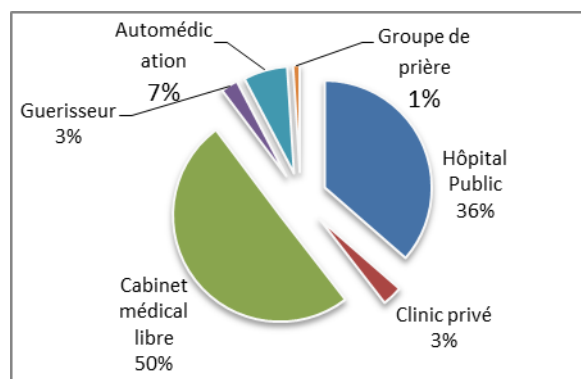


Figure 3 : Lieu de recours habituel

Les accueils aimables observés dans les cabinets de santé privés attirent plus la plupart des ménages par rapport aux centres de santé publics.

Le coût d'accès aux soins (Option I)

Ici, il s'agit de voir les coûts des éléments qui composent l'accès aux soins dans le monde rural. En moyenne, un ménage paie 43 861Ar (Ar étant la monnaie locale "Ariary" utilisée dans tout le territoire à Madagascar) pour traiter une cure de maladie (Cabinet médical libre) y compris les frais de consultation et les dépenses liées à l'achat des médicaments (coût direct et indirect dont les coûts indirects sont les coûts liés à la perte de la productivité du malade et ou de son entourage pendant la durée de la maladie.). Cette somme représente les 18,15% du revenu mensuel moyen d'un ménage (241 646 Ar).

Les dépenses réelles des ménages liées à la santé

Un ménage dépense en moyenne 166 770 Ar pour sa consommation mensuelle. Pour les dépenses de santé, les ménages ne sont pas habitués à réserver une somme spéciale pour les soins de santé. C'est au moment où ils tombent malade, qu'ils se procurent les moyens pour payer les dépenses y afférentes.

À l'absence des mesures d'accompagnement ou de projet pour soutenir les ménages sur la question d'accès aux soins, chacun supporte ses dépenses.

Les origines de l'argent pour payés les soins

Face à la difficulté rencontrée par les ménages ruraux, il est important de connaître les sources de l'argent pour payer les soins.

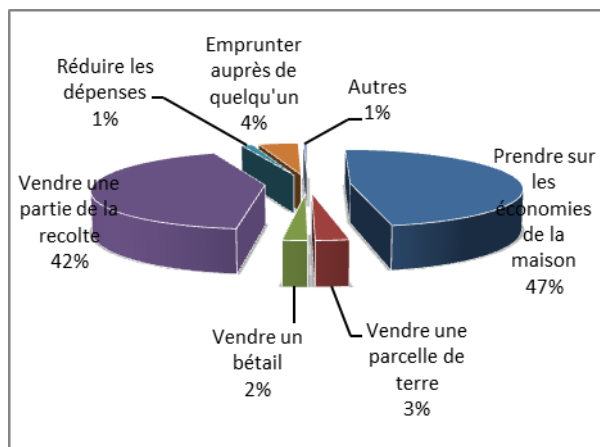


Figure 4 : Ressources mobilisées pour payer les soins

Le graphique nous montre que dans notre zone d'étude, il n'existe aucun programme ou projet pour faciliter, soutenir les ménages sur la question d'accès aux soins.

L'utilité théorique de la mutuelle (Option II)

Théorie de risque : justification de l'assurance santé alias mutuelle de santé (ÉMILE, 2010)

La théorie du risque a été développée par l'économiste américain Frank Knight en 1921 dans son livre « *Risk, Uncertainty and Profit* ». Selon lui, il existe deux risques :

1. Le risque assurable, dont la circonstance est possible et pour lequel on peut être s'assurer

2. Le risque d'entreprise ou incertitude, l'entreprise doit faire plusieurs choix successifs (que produire, en combien de quantité, à quel prix) et ou la probabilité d'une erreur est importante. Si l'entreprise se trouve dans un ou plusieurs choix, il y aura perte sèche.

Pour cette étude, on pointe le doigt sur le premier, l'instauration de la mutuelle de santé permet de partager les risques entre les membres, donc de réduire les charges individuelles et surtout pour les personnes ayant leurs état de santé mauvais.

La viabilité de la mutuelle

La viabilité de ce projet est en fonction du nombre des membres adhérents (loi du grand nombre). Plus les membres deviennent plus en plus nombreux, plus la viabilité de ce projet devient de plus en plus palpable.

Discussion

L'importance de la santé sur l'économie

Dans le sens économique, investir dans la santé stimule la croissance économique à long terme (capital humain). Il constitue un facteur de production irremplaçable, ce capital humain tire sa force maximale en absence de maladie. Un individu en bonne santé sera capable de produire et de consommer d'une manière continue.

C'est dans ce sens que la santé joue un grand rôle sur le processus de production et de consommation, donc la croissance économique. Ce constat ne se produit pas d'une manière automatique, il dépend de l'accès effectif aux soins et de l'année de vivre en bonne santé. Mais tout cela est en fonction des plusieurs variables.

Une demande de santé avec un revenu de plus en plus faible

Comme nous le savons dans les résultats, la majorité des ménages Ampasimateriens utilisent souvent le cabinet médical libre en cas de maladie (50%) mais avec un niveau de vie faible. Malgré les comportements positifs vis-à-vis de la demande de soins, les ménages rencontrent des problèmes au niveau de revenu. Avec le revenu faible (en moyenne 241 646 Ar) sans couverture sociale, la réalité devient compliquée. En effet, beaucoup des ménages n'arrive pas se soigner au centre du fait de l'insuffisance des moyens.

Un recours aux soins en situation paradoxale

Avec un revenu faible mais fréquente beaucoup plus du cabinet médical libre, pourquoi ?

Au sujet de motif de choix de recours, la qualité de service chez le cabinet médical libre a un impact très significatif sur la décision de recours. Les ménages interrogés nous ont exprimé leur insatisfaction vis-à-vis des services offerts par les services publics à cause de l'insuffisance fréquente des médicaments et l'inefficacité des traitements offerts par le centre public. La disparité en termes de revenu semble être insignifiante si se réfère aux réponses des ménages. La seule raison qui a été évoquée par les ménages est d'avoir reçu des soins de qualité et suffisants. En effet, en matière de santé, la qualité des soins reste un élément très important. L'étude menée par Mushagalusa en RDC la confirme « la qualité des soins fournis (meilleurs soins, notoriété, qualité d'accueil et compétence du personnel) reste la raison principale de choix de la structure des soins pour 60% des Congolais ».

L'influence de la théorie de risque de Frank Knight sur la justification de l'assurance santé alias mutuelle de santé (Option II)

On entend souvent dire que les personnes, les entrepreneurs aiment souvent prendre des risques, alors qu'en fait, s'ils en prennent, ils ont tendance à les minimiser. Pour caractériser cet environnement, l'économiste Frank Knight a introduit une distinction entre *risque* et *incertitude* dans son livre « *Risk, uncertainty and Profit* ». Selon lui, le risque se définit comme un futur dont la distribution d'états possibles est connue. Par exemple, si l'on met trois boules vertes et deux boules rouges dans une urne, on connaît le risque de tirer une boule verte (60%). Tandis que, l'incertitude Knightienne correspond à un futur dont la distribution d'états est non seulement inconnue, mais également impossible à connaître: on ne connaît pas le nombre de boules à l'intérieur de l'urne, et encore moins leurs couleurs, d'ailleurs on ne sait même pas s'il y a des boules et s'il y a une urne. Donc, selon lui, on parle de risque si la probabilité d'apparition est connue auparavant. Sur ce point, le risque est assurable. Ici l'idée de l'assurance est de permet de partager, de minimiser, voire supprimer les risques. Ce qui justifie l'instauration de la mutuelle de santé de proximité à base communautaire, de partager les risques financiers causé par la maladie.

Le gain obtenu en présence de mutuelle

En général, les coûts du traitement de la maladie constituent une charge importante pour les ménages. Ils représentent une partie non négligeable sur le revenu des ménages.

Pour faciliter la lecture, on va formuler deux scénarios possibles :

Scenario I : une prise en charge de 75% des coûts du traitement.

Scenario II : une prise en charge jusqu'à 100% des coûts du traitement.

Tableau 1 : La présentation des gains pour chaque scénario (montant en Ariary).

Option	Mode de prise en charge	Coût du traitement	Païement sans mutuelle	Païement avec mutuelle	Gains
Option I	CSB Public	15 000*	15 000	-	0
	Cab.méd.priv	43 861	43 861	-	0
Option II	CSB Public	15 000	-	15 000	15 000
	Cab.méd.priv	43 861	-	43 861	43 861

*C'est le montant moyen du traitement en CSB

D'après ce tableau, l'option I consiste à ne rien à faire, c'est-à-dire tous les ménages supportent leurs coûts du traitement quel que soit leurs modes de recours. En termes des gains, ils sont nuls car actuellement, aucun projet n'est mise en œuvre pour faciliter et supporter l'accès aux soins de santé dans ce lieu. Pour l'option II, pour une prise en charge jusqu'à 100%, les ménages sont totalement bénéfiques pour tous les modes de prise en charge. C'est la mutuelle qui paye la totalité du traitement. C'est exactement pareil pour une prise en charge de 75% des dépenses mais la somme engagée n'est pas la même. La mutuelle doit prendre en charge les 75% des dépenses et les ménages doivent payer le reste (25%).

Ces gains représentent une part importante non négligeable sur le revenu des ménages. En effet, grâce à la mutuelle de santé, les Ampasimateriens sont assurées par un environnement sanitaire favorable à leurs conditions socio-économiques sur la question d'accès aux soins primaires.

Analyse des paramètres qui a une influence sur la décision d'aller ou non au centre de santé.

Dans cette section, il se révèle important de faire une analyse approfondie sur les facteurs influant l'accès aux services de santé à partir d'un modèle logistique basé sur les informations collectées durant l'enquête.

Base théorique du modèle : Modèle logistique

Par définition, dans le modèle logistique, $P_i = P(Y_i = 1 | X_i) = \frac{e^{(a+bx_i)}}{1 + e^{(a+bx_i)}} = \frac{1}{1 + e^{-(a+bx_i)}}$ c'est la probabilité que l'individu i connaît l'évènement $Y_i = 1$ étant donné que la valeur de la variable explicative X_i , et $1 - P_i = P(Y_i = 0 | X_i) = \frac{1}{1 + e^{(a+bx_i)}}$ est la probabilité que l'individu i de connaître l'évènement $Y_i = 0$ étant donnée la valeur de la variable explicative X_i .

La régression logistique s'applique au cas où :

Y est qualitative à deux modalités

X_i qualitative ou quantitatives

Ce modèle est souvent appliqué à la santé pour identifier par exemple les facteurs liées à la maladie, ou encore la recherche des causes de décès ou de survie de patient.

Les éléments de base de ce modèle sont :

$Y = 0$ en cas de non occurrence de l'évènement,

$Y = 1$ si occurrence

Y aléatoire et X_i non aléatoire,

Donc $P(Y = 1 | X_i)$ désigne la probabilité de $Y = 1$ pour une valeur X_i donnée.

On peut dire par exemple :

$Y_i = 1$, si l'individu recourt aux soins et $Y_i = 0$, si non ; ici on parle de la variable dichotomique

Ce modèle permet ainsi d'expliquer (et de calculer) la probabilité d'aller se faire soigner, les

valeurs des caractéristiques individuelle X sont connues. La probabilité $Y = 1$ (aller se faire soigner) connaissant les caractéristiques individuelles $X_1, \dots, X_k$. Les variables explicatives X peuvent être quantitatives (poids, âge, revenu...). La probabilité que $Y_i = 1$ (aller se faire soigner) connaissant la valeur de la variable explicative X_i s'écrit :

$$P(Y_i=1|X_i) = e^{(a+bx_i)} / (1 + e^{(a+bx_i)}) = 1 / (1 + e^{-(a+bx_i)}).$$

Cette formule peut s'interpréter comme le pourcentage de recours aux soins lorsque la variable X prend une valeur précise.

Présentation théorique du modèle

L'analyse de la demande des soins de santé est considérée comme variable réponse, la variable Y dont les valeurs correspondent à deux éventualités : se faire soigner dans un établissement sanitaire ou non. Selon la régression logistique, cette variable est dichotomique car elle présente deux éventualités. Pour notre étude, plusieurs variables indépendantes expliquent la décision de recours ou non à se faire soigner dans un établissement sanitaire moderne. (Dans le tableau suivant)

Tableau 2 : résultats de la régression.

Variable dépendante : Y (accès aux services de santé)		
Variables indépendantes	Coefficients	Écart-type
État de maladie	1,145231	0,67436
Manque d'argent	1,41205	0,83690
Soins coûtent cher	0,452236	0,072563
Pert confiance aux P S	0,023502	0,002452
CSB manque médicament	0,351245	0,215287
Absence du personnel	0,302430	0,156782
CSB		
L'éloignement du CSB	0,547241	0,3632298

À l'égard de ce tableau, les résultats d'estimation nous permettraient de dire que seules les variables liées à l'état de maladie d'une personne et l'insuffisance des moyens financiers (manque d'argent) ont un impact assez significatif sur la décision d'aller ou non de se faire soigner au CSB

ou au cabinet médical. Les autres variables ne sont pas très significatives mais ne sont pas négligées.

La probabilité d'utiliser le service de santé

Le calcul de probabilité des différentes estimations du modèle logistique de recours aux soins de santé est alors présenté en fonction des variables s'étant avérées plus significatives dans le choix à se soigner lorsqu'il tombe malade.

Donc le modèle s'écrit comme suit :

$$Y(X_1; X_2) = 1,145231 * X_1 + 1,41205 * X_2$$

Avec :

X_1 : état de la maladie ; X_2 : manque d'argent.

Ce modèle explique que toutes les variables retenues, le manque d'argent et l'état de maladie, sont prouvées plus importantes dans le choix de se faire soigner aux services de santé. Donc la probabilité (P_i) qu'un malade quelconque de la commune rurale d'ampasimatera d'aller se soigné est de :

$$P(Y_i = 1 | X_1i; X_2i) = 1 / [1 + e^{(-1,145231 * X_1 - 1,41205 * X_2)}] = 0,928061138.$$

D'après les calculs effectués, la probabilité montre que les ménages Ampasimateriens soignés dans un établissement sanitaire moderne avec un état de maladie grave est de 0,928. Autrement dit, la probabilité de ne pas se faire soigner dans un établissement sanitaire pour les mêmes ménages est de l'ordre de 0.071. ($1 - 0,928 = 0,071$).

Conclusion

La faible capacité financière des ménages est l'une des causes non négligeable sur la question d'accès aux soins chez les ménages malgache. Ce constat est l'une des causes qui entrave la réalisation de tous les éléments inscrits dans une conférence internationale qui s'est tenue à Mali,

prend son nom, Initiative de Bamako (IB). En tant que droits fondamentaux (accès aux soins) et question humanitaire, la recherche des moyens (moins coûteux) qui permet de garantir la santé de la population est devenue un sujet de débat à l'échelle internationale. Pour les pays en développement confronté des problèmes des ressources pour financer son système de santé, la nécessité d'orienter vers un système de santé socialisé (mutuelle de santé) est l'une de piste non négligeable pour instaurer la couverture de santé universelle. Mais la question qui mérite d'apporter une réponse est de : comment instaurer, et quel type de mutuelle de santé qu'on a besoins ?

Références

ÉMILE, (2010) La performance des politiques de santé Malgaches de 1996 à 2006. Thèse de doctorat en sciences économiques et sociale de la santé. Université d'Antananarivo Madagascar, 367 pages.