

Région Afrique  
Département du développement humain  
Document de travail

# **L'efficacité et l'équité auprès des formations sanitaires Malgache :** *Résultats d'une enquête*

Institut National de la Statistique  
Direction des Statistiques des Ménages  
République de Madagascar

Région Afrique  
Banque mondiale

© Mai 2005  
Département du développement humain  
Région Afrique  
Banque mondiale

Les opinions et conclusions exprimées dans ce rapport n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions de la Banque mondiale ou des institutions qui lui sont affiliées.

Photos de couverture :  
Maquette de couverture : Word Express  
Typographie : Word Design, Inc.

# Table des matières

Remerciements .....	vii
Résumé analytique .....	ix
Les infrastructures des formations sanitaires et satisfaction des usagers .....	ix
Rupture de stocks dans les formations sanitaires .....	ix
Mesure du respect des protocoles dans le cadre du PCIME et des CPN. ....	x
Salaires et effectifs des personnels des centres de santé .....	xi
<b>1 Introduction .....</b>	<b>1</b>
Contexte .....	1
Objectifs .....	1
Approche .....	2
Contenu du rapport .....	2
<b>2 Les caractéristiques des offres de services de santé .....</b>	<b>3</b>
Echantillon des formations sanitaires .....	3
Caractéristiques des formations sanitaires .....	4
Formations sanitaires et infrastructures .....	4
Distance entre centre de santé et centres de référence .....	5
Les moyens de transport possédés par les formations sanitaires .....	6
Supervisions et incitations .....	6
Supervision selon les Services Sanitaires de District .....	6
Supervisions selon les responsables des formations sanitaires .....	9
Effectif du Personnel des Formations Sanitaires .....	9
La disponibilité de personnel de santé et rapport patient/personnel .....	13
Taux d'absence dans les CSB .....	14
Salaire moyen dans les CSB .....	15
Salaire moyen dans les CHD .....	17
Cas des fonctionnaires .....	18
Caractéristique physique des CSB .....	19
Les salles de consultations .....	22
Les salles d'accouchement .....	23
Disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires .....	24
Formations sanitaires dispensant des médicaments .....	25
Rupture de stocks des médicaments essentiels .....	25
Cas des formations sanitaires publiques .....	27
Cas des formations sanitaires privées non confessionnelles .....	27
Cas des formations sanitaires privées confessionnelles .....	28
Fréquentation des formations sanitaires .....	28
Fréquentation des CSB publics .....	29
Fréquentation des CSB privés non confessionnels .....	30

Fréquentation des CSB privés confessionnels .....	30
Mesure de la qualité des soins dans le cadre de la PCIME .....	33
Disponibilité des informations de base au moment de la consultation .....	33
Recherche des signes généraux de danger .....	33
Cas de léthargie ou d'inconscience .....	34
Classification et traitement des maladies .....	35
Mesure de la qualité des soins dans le cadre des consultations prénatales .....	35
<b>3 Les caractéristiques des demandes de service de santé .....</b>	<b>36</b>
Effectif des patients .....	36
Type de Patients selon les deux approches Ménage et Usagers .....	37
Paiement sans facture (ou reçu) .....	37
Temps d'attente .....	38
Appréhension des Prestations des services .....	39
Le soin .....	39
Informations supplémentaires .....	40
Posologie .....	40
Appréciation des qualités de service .....	41
Appréciation des caractéristiques physiques des formations sanitaires .....	44
Coût par visite dans les formations sanitaires (approche ménage) .....	45
Coût d'après l'enquête auprès des ménages .....	46
Coût par visite dans les formations sanitaires (approche usagers) .....	48
Distance moyenne entre le lieu de résidence des patients et le lieu de consultation (approche ménage) .....	51
Moyen de transport utilisé par les patients et coûts de déplacement (approche usagers) .....	53
<b>Annexe .....</b>	<b>55</b>
Echantillonnage des Unités Primaires de Sondage (UPS) de l'EEEFs .....	55
Tableaux annexes .....	57
Tableau Récapitulatif .....	63
<b>Tableaux</b>	
Tableau 2.1 : Effectif des formations sanitaires interviewées publiques et privées selon la classification et milieu: .....	3
Tableau 2.2 : Répartition des formations privées rattachées à un réseau selon le type de réseau ..	3
Tableau 2.3 : Répartition des formations sanitaires privées enquêtées par faritany .....	4
Tableau 2.4 : Existence d'infrastructures .....	5
Tableau 2.5 : Distance médiane entre la formation sanitaire et les deux premiers hôpitaux de réf- erence .....	6
Tableau 2.6 : Pourcentage des formations sanitaires possédant certains moyens de transport ...	7
Tableau 2.7 : Répartition des formations sanitaires publiques répertoriées au niveau des SSD ...	7
Tableau 2.8 : Existence de supervision pour les centres publics par faritany .....	8
Tableau 2.9 : Existence de fiche de supervision des centres publics par faritany .....	8
Tableau 2.10 : Existence de supervision des centres prives répertoriés (Unité %) .....	8
Tableau 2.11 : Participation des centres privés aux revues .....	8

Tableau 2.12 : Proportion de CSB qui ont été supervisés	9
Tableau 2.13 : Répartition des CSB selon la date de la dernière supervision et le statut des centres	10
Tableau 2.14 : Nombre moyen d'employés dans les CSB par milieu et par type de centre	10
Tableau 2.15 : Nombre moyen d'employés dans les CSB (médecins libres exclus)	11
Tableau 2.16 : Nombre moyen d'employés par milieu et par centre	11
Tableau 2.17 : Nombre moyen d'employé par milieu et par centre (médecins libres exclus)	12
Tableau 2.18 : Nombre moyen d'employé par faritany dans les CSB	12
Tableau 2.19 : Nombre moyen d'employé par faritany dans les CSB (médecins libres exclus)	13
Tableau 2.20 : Evolution du rapport patient/ effectif soignant	15
Tableau 2.21 : Taux moyen d'absence dans les CSB selon le type, par milieu et par faritany	16
Tableau 2.22 : Raison de l'absence pour les CSB seulement	17
Tableau 2.23 : Salaire moyen et médian par type de centre	17
Tableau 2.24 : Salaire moyen selon la formation reçues (yc fonctionnaires)	17
Tableau 2.25 : Salaire moyen par fonction et type de centre dans les CSB	18
Tableau 2.26 : Salaire moyen par type de centre	18
Tableau 2.27 : Salaire moyen par fonction selon le type de centre dans les CHD	19
Tableau 2.28 : Salaire moyen selon la formation	19
Tableau 2.29 : Salaire moyen des fonctionnaires dans les CSB publics	20
Tableau 2.30 : Existence de banc dans les CSB	20
Tableau 2.31: Pourcentage des patients qui sont assis en attendant leur tour	21
Tableau 2.32: Niveau d'insalubrité, d'humidité et de dégradation du plafond des CSB	21
Tableau 2.33 : Niveau d'humidité, d'insalubrité et de dégradation du plancher	22
Tableau 2.34 : Existence de toiles d'araignée sur le mur/plafond	22
Tableau 2.35 : Existence de table d'examen dans les CSB et la propreté de ces tables	22
Tableau 2.36 : Etat des tables d'examens selon les milieux et les types	23
Tableau 2.37: Pourcentage des tables d'examen ne présentant ni insalubrité, ni écaille ni rouille	23
Tableau 2.38 : Etat des mûrs et des plafonds dans les salles d'accouchement	24
Tableau 2.39 : Existence de certains dispositifs pour les salles d'accouchement	24
Tableau 2.40 : Proportion de formations sanitaires dispensant des médicaments	25
Tableau 2.41 : Proportion des formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks	25
Tableau 2.42 : Proportion des formations sanitaires en rupture de stocks selon le type de médicament	26
Tableau 2.43 : Proportion des formations sanitaires publiques en rupture de stocks selon le type de médicament	27
Tableau 2.44 : Proportion des formations sanitaires privées non confessionnelles en rupture de stocks selon le type de médicament	28
Tableau 2.45 : Proportion des formations sanitaires privées confessionnelles en rupture de stocks selon le type de médicament	29
Tableau 2.46 : Nombre mensuel moyen de consultations dans les formations sanitaires publiques	30
Tableau 2.47 : Nombre mensuel moyen de consultations dans les formations sanitaires non confessionnelles	31
Tableau 2.48 : Nombre mensuel moyen de consultations dans les formations sanitaires confessionnelles	31

Tableau 2.49: Proportion des patients pour lesquels les informations sont disponibles. ....	32
Tableau 2.50 : Répartition des centres de santé selon le nombre minimal et maximal d'information disponible pour les cinq malades. ....	32
Tableau 2.51 : Répartition des centres de soin selon le nombre de signes de danger recherchés, dans les Centres de soin publics ....	33
Tableau 2.52 : Répartition des centres de soin selon le nombre de signes de danger recherchés, dans les Centres de soin privés non confessionnels. ....	33
Tableau 2.53 : Répartition des centres de soin selon le nombre de signes de danger recherchés, dans les Centres de soin privés confessionnels. ....	33
Tableau 2.54 : Répartition des centres de soin selon le respect des protocoles lors des cas de léthargie ou d'inconscience. ....	34
Tableau 2.55 : Répartition des centres de soin selon le respect des protocoles lors des cas de convulsion. ....	34
Tableau 2.56 : Répartition des centres de santé selon l'aptitude à bien classifier la maladie et à bien respecter le traitement, pour quelques maladies. ....	35
Tableau 2.57 : Nombre de centres pour lesquels les cinq informations sont toujours disponibles. ....	35
Tableau 2.58 : Nombre de centres pour lesquels les trois questions sur les antécédents de grossesse ont été posés : parité, antécédents d'avortement, antécédents de mort-né. ....	35
Tableau 2.59 : Nombre de centres de soin pour lesquels les trois examens lors de l'examen clinique ont été posés ....	35
Tableau 3.1: Effectif des patients par type de centre de soin fréquenté selon l'approche usager ....	36
Tableau 3.2: Effectif des membres des ménages par type de centre de soin fréquenté selon l'approche ménage ....	36
Tableau 3.3: Répartition des patients selon le sexe ....	37
Tableau 3.4: Répartition des patients selon l'âge ....	37
Tableau 3.5: Pourcentage des patients ayant payé sans facture dans les types de centre ....	38
Tableau 3.6: Temps d'attente médian en minutes ....	38
Tableau 3.7: Pourcentage des patients palpés ....	39
Tableau 3.8: Pourcentage des patients palpés selon l'âge dans les CSB seulement ....	39
Tableau 3.9: Pourcentage des patients qui ont pu avoir des informations supplémentaires ....	40
Tableau 3.10: Pourcentage des patients à qui le médecin a expliqué en détail... (CSB seulement) ....	41
Tableau 3.11 : Satisfaction des usagers vis-à-vis des consultations dans les formations sanitaires ....	41
Tableau 3.12 : Satisfaction vis-à-vis des services de consultation des membres des ménages allant dans les formations sanitaires (volet ménages) ....	42
Tableau 3.13 : Satisfaction des usagers vis-à-vis de la consultation dans les CSB (volet usagers) ....	42
Tableau 3.14 : Appréciation des usagers de l'accueil dans les formations sanitaires (volet usagers) ....	43
Tableau 3.15 : Appréciation des usagers de l'accueil dans les CSB (volet usagers) ....	43
Tableau 3.16 : Appréciation des usagers de l'accueil (volet ménages) ....	44
Tableau 3.17 : Appréciation des usagers de la qualité des médicaments dans les CSB (volet usagers) ....	44

Tableau 3.18 : Appréciation des usagers de la quantité des médicaments dans les CSB (volet usagers) . . . . .	45
Tableau 3.19 : Appréciation des usagers de l'aspect extérieur des formations sanitaires (volet usagers) . . . . .	45
Tableau 3.20 : Appréciation des usagers de l'aspect des bâtiments des CSB (volet usagers) . . .	46
Tableau 3.21 : Appréciation des usagers de l'aspect intérieur des formations sanitaires (volet usagers) . . . . .	46
Tableau 3.22 : Pourcentage des cas où les coûts de consultations et médicaments sont séparés	47
Tableau 3.23 : Pourcentage des cas où coûts de consultations et médicaments sont nuls . . . . .	47
Tableau 3.24 : Coût moyen des consultations et des médicaments selon le milieu et le type de centres . . . . .	48
Tableau 3.25 : Les principales maladies selon le type public/privé . . . . .	48
Tableau 3.26 : Coût moyen des consultations et médicament par pathologie . . . . .	48
Tableau 3.27 : Coûts moyens et médians du montant payés dans les formations sanitaires (en Fmg) . . . . .	49
Tableau 3.28 : Coûts totaux moyens payés dans les centres selon les types de maladie . . . . .	50
Tableau 3.29 : Coûts moyens et médians du montant des consultations dans les formations sanitaires (en Fmg) . . . . .	50
Tableau 3.30 : Distance moyenne entre le lieu de résidence des patients et le lieu de consultation . . . . .	51
Tableau 3.31 : Moyen de transport utilisé par les patients et Dépenses moyennes en transport (aller simple en FMG) . . . . .	51
Tableau 3.32 : Durée moyenne du trajet en minutes selon le type de transport . . . . .	52
Tableau 3.33 : Moyen de transports des usagers vers les centres de santé . . . . .	52
Tableau 3.34 : coût moyen et médian des déplacements vers les centres de santé USAGERS . . .	53
Tableau 3.35 : Durée de déplacement moyenne et distance médiane des formations sanitaires . .	53
Tableau 4.1 Répartition des UPS lors de l'EPM-01 et l'EPM-02 . . . . .	55
Tableau 4.2 Variabilité des fréquentations des centres de soin pour l'EPM-01 . . . . .	56
Tableau 4.3 Répartition cible de l'échantillon . . . . .	56
Tableau 4.4 Répartition finale de l'échantillon d'UPS pour l'EEEFs . . . . .	56
Tableau 4.5 Précisions attendues, des taux de fréquentation attendues, par strate lors de l'Enquête sur l' EEFS . . . . .	57
Tableau 4.6: Effectif des formations sanitaires visitées par faritany, par milieu et par type . . . .	57
Tableau 4.7: Nombre moyen d'équipements de transport possédés . . . . .	58
Tableau 4.8: Nombre moyen mensuel des consultations dans les CSB par année par faritany . .	58
Tableau 4.9: Pourcentage des SSD ayant effectué un pourcentage donné des formations sanitaires publics . . . . .	60
Tableau 4.10 Pourcentage des SSD ayant effectué un nombre de visite donné par formation sanitaire public . . . . .	60
Tableau 4.11 Raison d'absence des personnels . . . . .	61
Tableau 4.12: Temps d'attente moyen des patients (usagers) . . . . .	61
Tableau 4.13: Existence de registre dans les CSB . . . . .	62
Tableau 4-14: Opinion des patients sur la qualité des médicaments (volet usagers) . . . . .	62
Tableau 4.15: Opinion des patients sur la quantité des médicaments (volet usagers) . . . . .	62
Tableau 4.16 Tableau récapitulatif . . . . .	63

# Remerciements

Les analystes tiennent à exprimer ici leurs vifs remerciements aux ménages et usagers, aux responsables des formations sanitaires, aux différents responsables des zones d'enquête d'avoir consacré une part importante de leur temps pour répondre aux différentes questions posées par les enquêteurs. Ils veulent aussi remercier la Banque Mondiale pour le financement de l'enquête. Les remarques, critiques constructives et suggestions de Mr Mead Over, Waly Wane, David Sahn, Peter Glick, Uvo, Dr Rémi RAKOTOMALALA, Dr ANDRIAMANANTSOA Josué Lala ont rehaussé la qualité de la méthodologie, de la collecte de données et de l'analyse.

## Résumé analytique

### Les infrastructures des formations sanitaires et satisfaction des usagers

**A**u vu des caractéristiques des formations sanitaires, il ressort que la proximité des centres de santé de base publics dans les zones d'habitation leur assure le rôle de service public. Cet éloignement ne leur permet pas cependant d'assurer plus efficacement une qualité de service adéquate. 60% seulement ont une installation adéquate en eau (pompe ou robinet), 53% seulement des centres visités ont l'électricité et 16% ont un moyen de transport. Par rapport au privé, les qualités du plafond, du plancher et de la table d'examen sont moindres. Dans les salles d'accouchement, le fossé qui sépare le privé du public est encore plus prononcé. Le volume de travail qui s'est accru au second semestre de l'année 2002 n'arrange pas cette qualité de service. Toutefois, les patients qui viennent s'y rendre se sentent plutôt satisfaits des prestations reçues. Ce résultat est valable pour l'accueil et la consultation. Concernant la qualité et la quantité des médicaments délivrés, les malades sont moins satisfaits. L'aspect des bâtiments satisfait aussi une grande partie des patients interrogés.

Les patients sont satisfaits des services fournis par les formations sanitaires. Cela concerne aussi bien les consultations, l'accueil et les autres prestations. L'état physique des formations sanitaires est aussi apprécié que les services rendus (aspect extérieur, état des bâtiments, propreté des lieux). C'est au niveau des médicaments (aussi bien en quantité qu'en qualité) que les taux de satisfaction sont faibles.

Des supervisions sont néanmoins effectuées. Elles servent à contrôler le service offert par ces centres de santé. 80,0% des formations sanitaires visitées ont déclaré avoir fait l'objet de supervision. Ces supervisions sont plus ou moins régulières car la moitié des centres visités ont eu une supervision dans le mois précédant l'enquête. Les centres de santé en milieu rural sont plus sujets aux supervisions que ceux situés en milieu urbain.

### Rupture de stocks dans les formations sanitaires

Les ruptures de stocks en médicaments essentiels sont relativement fréquentes dans les formations sanitaires. Plus de 6 formations sani-

taires sur 10 ont connu ce problème au cours des trois derniers mois précédant l'enquête. Moins de 38% d'entre elles seulement ont pu toujours avoir à leurs dispositions les médicaments dont elles avaient besoins dans leur prestation. Les manques de médicaments ont touché surtout les CSB et dans le secteur public. On a observé le plus souvent des ruptures de stock en ce qui concerne les antalgiques anti-pyrétiques tel que l'acide acétylsalicylique (Aspirine) et le paracétamol. Respectivement plus de 33% et 28% des formations sanitaires dispensant des médicaments ont connu des ruptures de stocks pour ces deux types de médicaments. La durée moyenne des ruptures de stock est assez importante. La durée moyenne minimum est 32 jours et est enregistrée pour la chloroquine. Elle atteint même plus de 72 jours pour l'acide folique, le sérum glucosé et le lidocaïne.

Due à la crise, les fréquentations dans les formations sanitaires ont connu une forte baisse entre 2001 et le premier semestre 2002. Le nombre de consultations enregistré dans les CSB publics a diminué de -10%, en passant de 32,9 consultations/mois en 2001 à moins de 29,7 consultations/mois au premier semestre 2002. Mais, déjà au cours de la deuxième semestre 2002, à cause de l'amélioration de la situation politique et la suspension de la PFU, le niveau de fréquentation des centres de santé publics est plus de 1,5 fois supérieur à celui enregistré en 2001. Au cours du premier semestre 2003, plus de 82 consultations/mois ont été traitées au niveau des CSB publics, soit une augmentation de plus de 66% par rapport au deuxième semestre 2002. Les mêmes tendances ont été observées dans les centres de santé privés mais avec des changements moins tangibles.

La disponibilité en personnel soignant est relativement faible dans les formations sanitaires publiques comparée à ce qu'on trouve dans les formations sanitaires privées. L'écart est plus flagrant en ce qui concerne le nombre de médecins dans les CSB en milieu rural. Un

médecin dans un CSB public prend soins de plus de 750 patients en milieu rural, contre seulement 184 patients dans les CSB privés confessionnels et 111 patients dans les CSB non confessionnels. De plus, si dans le secteur privé, on s'efforce au moins de garder ce rapport personnel/patient, dans le secteur public, malgré les efforts entrepris par l'Etat de recruter massivement des personnels soignants au cours de ces dernières années, on assiste de plus en plus à une hausse des charges de travail.

### **Mesure du respect des protocoles dans le cadre du PCIME et des CPN.**

Dans le cadre de la PCIME, seuls le carnet de santé (ou la carte infantile) et l'âge des patients sont les plus systématiquement disponibles (plus de 90% des patients) au moment de la consultation. Le poids et la température de l'enfant sont moins souvent recueillis. Seulement dans moins de 20% des centres (24 centres sur 122), le personnel de santé a pu obtenir la totalité des cinq informations pour les cinq malades que l'on a pu observer (carnet de santé, âge de l'enfant, poids, température, fréquence respiratoire). La recherche des signes de danger (aptitude à boire, vomissement, convulsions, signes d'anémie), n'est pas effectuée pour les cinq malades présents dans une majorité de centres. Par ailleurs, sur les 122 centres de soin observés, il y en a eu 20 pour lesquels des cas de léthargie présents n'ont pas été observés par le personnel. A l'autre bout, pour 24 centres de soin, tous les cas de léthargie présents ont été observés. Des différents types de maladie, la classification de tous les cas de toux est totale pour 85% des centres de soin. Les problèmes d'oreille atteignent le même rapport de classification par les agents. Par contre, pour les anémies ou malnutritions sévères, seulement 57% à 70% (selon le type de centre) sont classifiés et traités de façon adéquate.

Dans une large majorité, les informations de base sont disponibles au moment de la consultation prénatale : carnet de santé, âge, poids, tension artérielle et taille. En effet, ceci est le cas pour 77 centres sur 80. La même constatation s'impose pour ce qui est des antécédents de grossesse (parité, antécédents d'avortement et de mort-né). De plus, les trois examens (prise de la hauteur utérine, auscultation du BDCF, toucher vaginal) ont été effectués lors de l'examen clinique dans la plupart des centres de soin.

### **Salaires et effectifs des personnels des centres de santé**

Du point de vue effectif du personnel des formations sanitaires, les centres publics urbains sont les mieux dotés de personnel. Pour tous types de centre (CSB, CHD), on compte en moyenne 7 employés dont 3 qualifiés (un

médecin). Un CSB public urbain compte en moyenne 16 employés dont 12 qualifiés (4 médecins), alors qu'en milieu rural on ne trouve que 4 employés seulement dans un CSB (un seul médecin). Les CSB d'Antsiranana, de Mahajanga et de Toamasina sont les mieux dotés de personnel. Un CHD2 emploie en moyenne 52 personnes dont 25 qualifiées et 7 médecins.

Du point de vue salaire, le salaire moyen d'un employé non-fonctionnaire est de l'ordre de 404 235 Fmg dans les CSB et 422.660 Fmg dans les CHD. Les employés non fonctionnaires des centres publics sont toujours moins rémunérés par rapport aux autres centres mais il se pourrait que l'avantage salarial dans les centres privés soit contrebalancé par la sécurité de l'emploi dans les autres centres. Par contre, les fonctionnaires sont mieux payés que les employés du secteur privé quelle que soit la fonction exercée dans le centre.



# Introduction

## Contexte

**A**près un constat de dysfonctionnement de plusieurs Formations Sanitaires (FS), l'insuffisance de l'offre (surtout en milieu rural) associé au fait qu'il est soumis à la règle de restriction budgétaire, le Ministère de la Santé a décidé en 1998 d'instaurer le système de recouvrement de coût ou le système participation financière des usagers (PFU) des services de santé. Cela avait pour but de pouvoir doter plus de moyens aux différents centres publics tels qu'ils soient dans la réalisation de ses activités suivant les principales missions du ministère. Etant donnée que Madagascar a passé une crise politiques qui a paralysé une large partie des activités économiques pendant au moins la première partie de l'année 2002, le revenu des couches les plus vulnérables ont accusé une chute. A cela s'ajoutent les demandes de plusieurs citoyens relatées par les élus. Ainsi, l'Etat a décidé de suspendre le système PFU. D'un côté, ce système risque, au lieu de donner la vie saine et longue, de pénaliser les couches les plus vulnérables de la population qui n'auront pas certainement les moyens financiers nécessaires pour se faire soigner. Par la suite, l'exclusion sociale risquera de s'aggraver de plus en plus. D'un autre côté, les paye-

ments perçus peuvent contribuer au perfectionnement du système en augmentant la disponibilité des médicaments, en améliorant l'environnement des centres de soin et la qualité des consultations. Par ailleurs, la suspension du PFU a fait perdre plus d'une centaine de milliards de Fmg aux rentrées de caisse de l'Etat. C'est ainsi que les problématiques, difficiles à arbitrer, d'équité et d'efficacité se font peser, au niveau du secteur santé à Madagascar.

## Objectifs

Il s'agit en premier lieu de mesurer, du côté de l'offre; l'efficacité des centres de santé (CS) et ses déterminants, et du côté de la demande; ses propriétés, ses fréquences et ses niveaux de satisfaction. Ensuite, cette étude a pour objectif d'appréhender les effets de la suspension du système PFU sur le secteur santé. Les résultats issus de cette étude seront classifiés selon les types de formations sanitaires et selon les caractéristiques des ménages ou des usagers (le milieu de résidence, la province de résidence, la taille du ménage...)

Il s'agit effectivement:

- De mesurer l'efficacité des FS par le constat des aspects extérieurs et intérieurs

des centres, ainsi que par l'appréciation des disponibilités et des qualités de services qu'ils fournissent. A ces constats s'ajoutent les appréciations des bénéficiaires.

- D'évaluer l'équité par les disparités de disponibilité de l'offre selon les caractéristiques des populations et les différences de fréquentation, en fréquence et en type de lieu de consultation.

## Approche

L'étude se compose de 3 enquêtes représentatives au niveau des faritany (6 provinces) et selon les milieux (urbain et rural).

- La première enquête est une évaluation des niveaux et des déterminants de l'efficacité des FS.
- La seconde enquête est une enquête auprès des ménages concernant leur condition de vie et leur fréquentation des FS. L'on s'est efforcé de retrouver les ménages des EPM-2001 à l'aide des 2 premières pages du questionnaire 2001.
- Afin de compléter la deuxième enquête, on procédait aussi à une enquête individuelle auprès des usagers sortant d'une FS.

## Unité d'enquête

Les unités d'enquêtes seront, la FS pour la première enquête, le ménage pour la seconde et l'individu pour la dernière. Là où les personnes enquêtées étaient les responsables des FS (respectivement le chef de ménage et son conjoint, ou à défaut une personne d'âge adulte, qui possède la capacité de prendre une décision au sein du ménage en cas d'absence du chef et qui se souvient de l'historique sanitaire de tous les membres du ménage, et l'individu lui-même). Plus particulièrement pour la seconde enquête, les renseignements concernent tous les membres du ménage.

## Première enquête

Dans chacun des 80 UPS retenus, on sélectionnait le centre de soin public (CSPU) le plus fréquenté. S'il y a des centres privés (CSPR) dans la localité, on ajoutait le plus important d'entre eux dans l'échantillon.

## Deuxième enquête

La collecte d'informations était une enquête quantitative sur les conditions de vie mesurable et les opinions et appréciation des ménages.

### MÉTHODE DE SÉLECTION DES MÉNAGES DANS UN UPS

Comme il s'agit d'une enquête à thème central unique et pour être sûr à priori de ne pas perdre trop de variabilités des cas, les enquêteurs ont interviewé 12 ménages (respectivement 14 ménages) par UPS du milieu urbain (respectivement du milieu rural).

## Troisième enquête

Il s'agissait de sélectionner par la méthode du quota (selon des caractéristiques bio-sociologiques) 10 enquêtés par FS. On a alors 1350 individus dans l'échantillon de la troisième enquête.

## Contenu du rapport

Le présent rapport relate les principaux résultats descriptifs issus de l'EEFS. Afin d'éviter de se cantonner en un recueil de tableaux et graphiques, des analyses ont été apportées sans trop se hasarder à des explications de causalité. Pour ce faire, il comporte deux grandes parties qui contiennent respectivement les caractéristiques de l'offre de services de santé et les différents types de demandes correspondantes.

Les détails de l'échantillonnage et des tableaux complémentaires sont insérés en annexe.

## Les caractéristiques des offres de services de santé

### Echantillon des formations sanitaires

Dans les 80 zones de dénombrement où on a effectué l'enquête, on a pu mener des interview auprès de 153 formations sanitaires dont 131 de type CSB et 22 de type CHD. Pour les formations privées, on a inclus dans le type de CSB les guérisseurs traditionnels, les centres de santé privés informels, les cabinets privés et toute formation privée qui ne dispose pas de blocs opératoires. En définitif, on a pu enquêter 100 formations sanitaires en milieu rural et 53 en milieu urbain. Les centres publics sont au nombre de 84 tandis que les privés interviewés sont au nombre de 69 dont 19 de type confessionnel.

Parmi les 69 formations privées, 22 sont rattachées à un réseau dont 7 à un réseau international. Pour les 5 hôpitaux privés de réseau international rencontré, ils sont plutôt de type confessionnel dont le financement de deux d'entre eux dépend en partie du reste du monde. Pour les 17 CSB rattachés à un réseau, 12 sont rattachés à un réseau national. Ces 12 centres sont de type confessionnel.

**Tableau 2.2 : Répartition des formations privées rattachées à un réseau selon le type de réseau**

	CSB1	CSB2	CHD2	Nbr Obs
International	0	5	2	7
National	3	9	3	15
Total	3	14	5	22

Source : INSTAT/DSM/EEEFS

**Tableau 2.1 : Effectif des formations sanitaires interviewées publiques et privées selon la classification et milieu:**

	CSB1	CSB2	CHD1	CHD2	Total
<b>Type de centre</b>					
Public	6	62	9	7	84
Privé non confessionnel	11	38	0	1	50
Privé Confessionnel	3	11	0	5	19
<b>Milieu</b>					
Rural	17	76	2	5	100
Urbain	3	35	7	8	53
<b>Ensemble</b>	20	111	9	13	153

Source : INSTAT/DSM/EEEFS

**Tableau 2.3 : Répartition des formations sanitaires privées enquêtées par faritany**

Centre	Antananarivo	Fianarantsoa	Toamasina	Mahajanga	Toliara	Antsiranana	Nbr Obs
Public	23	17	12	12	12	8	84
Privé non confessionnel	17	5	7	10	3	8	50
Privé Confessionnel	4	6	3	2	4	0	19
Total	44	28	22	24	19	16	153

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

Sur les 153 formations sanitaires visitées, 44 viennent du faritany le plus peuplé qu'est Antananarivo. C'est à Antsiranana, le moins peuplé où on a enquêté le moins de formations sanitaires avec 16 centres visités. Le privé confessionnel n'a pas été trouvé dans les zones de dénombrement retenues de ce dernier faritany alors qu'on a pu retrouver 6 centres de ce type à Fianarantsoa. A Antananarivo, où on trouve plus aisément les centres privés non confessionnels, on a pu enquêter 17 centres de ces types. De même, 10 centres privés retrouvés sur douze à Mahajanga sont aussi de type non confessionnel.

### Caractéristiques des formations sanitaires

Dans cette partie, on évoquera surtout les caractéristiques des formations sanitaires notamment l'existence des infrastructures tels l'accès à l'eau et à l'électricité, l'existence des moyens de transport, l'existence d'une ligne téléphonique fonctionnelle, l'utilisation d'une fosse à ordures... Dans un second temps, on traitera sur l'éloignement entre la formation sanitaire et les hôpitaux de référence.

On prêtera plus d'attention aux formations sanitaires de type CSB du fait que la majorité des patients ont recours à ce type de centre pour se faire consulter.

### Formations sanitaires et infrastructures

Pour les CSB, dans l'ensemble, les formations sanitaires privées de type confessionnel sont les

mieux loties en matière d'infrastructure et les centres publics les plus lésés. En effet, la moitié seulement de ces centres de santé de base publics disposent de l'électricité contre plus de huit sur dix pour les centres privés confessionnels et sept sur dix pour les centres privés non confessionnels. Très peu de centres publics disposent de voitures comme moyen de transport des patients tels l'ambulance alors que dans les centres privés confessionnels, huit centres enquêtés sur dix reportent qu'ils en possèdent et les utilisent.

De même, les disparités se voient entre milieu urbain et milieu rural au détriment de ce dernier. 87% des CSB en milieu urbain disposent d'électricité contre 55% en milieu rural. De plus, environ neuf centres urbains situés en milieu urbain utilisent les pompes et robinets comme sources d'approvisionnement en eau contre moins de six centres sur dix en milieu rural. Ce résultat ne constitue pas une particularité du secteur santé. Que ce soit du côté des autres secteurs ou du côté des ménages, les urbains sont mieux équipés que les ruraux.

Enfin, les centres répertoriés dans les faritany de Mahajanga et de Fianarantsoa sont désavantagés en matière d'accès à l'électricité et d'approvisionnement en eau du robinet ou pompe. Antananarivo est le faritany où les centres ont plus d'accès à l'électricité et Toliara où on a rencontré le plus de centres possédant des moyens de transport.

Pour le cas particulier des CHD interviewées, tous sont pourvus d'électricité et 95% ont une pompe et robinet comme source d'approvisionnement en eau. La moitié possède au moins une voiture comme moyen de transport.

**Tableau 2.4 : Existence d'infrastructures**

Unité	Pompe et robinet %	Electricité %	Moyen de transport %	Fosse à ordure %	Nombre d'observations
<b>CSB SEULEMENT</b>					
<b>Public/Privé</b>					
Public	58,8	52,9	16,2	60,3	68
Privé non confessionnel	67,4	73,5	38,8	57,1	49
Privé Confessionnel	85,7	85,7	78,6	28,6	14
<b>Milieu</b>					
Rural	54,84	54,8	28,0	54,8	93
Urbain	89,47	86,8	39,5	57,9	38
<b>Faritany</b>					
Antananarivo	73,7	92,1	21,1	47,4	38
Fianarantsoa	60,9	30,4	17,4	60,9	23
Toamasina	80,0	75,0	50,0	65,0	20
Mahajanga	60,0	55,0	30,0	40,0	20
Toliara	66,7	73,3	60,0	53,3	15
Antsiranana	33,3	33,3	26,7	80,0	15
<b>Ensemble CSB</b>	64,9	64,1	31,3	55,7	131
CHD	95,4	100,0	50,0	45,5	22
Ensemble CSB – CHD	69,3	69,3	34,0	54,3	153

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

## Distance entre centre de santé et centres de référence

L'hôpital de référence est le centre de santé où les patients devront être traités en cas de complication. Dans ce cas, on dit que les malades sont référés. Pour les centres de santé de base, les centres de soin de référence sont du type CHD et pour les CHD, les centres de soin de référence sont du type CHU ou CHR.

Ainsi, pour un centre de santé de base donné, le premier centre de référence est le CHD qui se trouve à l'intérieur du fivondronana où le centre se trouve. Par contre, le deuxième centre de santé qui s'avère le centre de soin à plus haut niveau se retrouve généralement le centre hospitalier du chef lieu de faritany. C'est pour cela que la distance médiane entre le centre de soin interviewé et le premier centre de référence soit beaucoup moins élevée que la distance par rapport au deuxième centre de référence.

Les centres publics sont beaucoup plus éloignés des centres de référence que les centres

privés. Ceci s'explique par le fait que les centres de soin privés s'implantent dans des endroits non très éloignés des centres urbains. Par exemple, la moitié des privés confessionnels se trouvent à moins de 7,5 km de leur hôpital de référence tandis que pour les centres publics, la moitié d'entre eux se trouvent à moins de 21,5 km.

De part leurs lieux d'implantation, on peut conclure que les CSB publics ont plus de vocation de service publique que les CSB privés, surtout les privés non confessionnels. Ces derniers doivent aussi assurer leur rentabilité afin de maintenir la pérennité de leurs services.

Ce sont les patients de Toamasina et de Mahajanga qui sont les plus lésés en cas de référence. En effet, plus de la moitié des centres de soin dans ces deux faritany se trouvent respectivement à plus de 30 et de 33 km de leur hôpital de référence.

Pour le cas particulier de Toliara où la distance médiane entre le premier centre de référence et les centres de santé de base est inférieure à 3 km, cette situation s'explique par

**Tableau 2.5 : Distance médiane entre la formation sanitaire et les deux premiers hôpitaux de référence**

	Unité en km			
	Premier hôpital	Nb obs	Deuxième hôpital	Nb obs
<b>CSB SEULEMENT</b>				
<b>Type</b>				
Public	21,5	68	45	49
Privé non confessionnel	14,0	46	32,5	38
Privé Confessionnel	7,5	14	17	11
<b>Faritany</b>				
Antananarivo	11,0	38	13	38
Fianarantsoa	23,0	23	69	18
Toamasina	30,0	20	49,5	10
Mahajanga	33,0	20	47	18
Toliara	3,0	15	121	9
Antsiranana	25,0	12	12	5
<b>Milieu</b>				
Rural	25,0	92	36	79
Urbain	2,0	36	67	19
<b>Ensemble CSB</b>	18	128	37,5	98
CSB1	16	18	26	13
CSB2	18	110	44	85
CHD1	100	9	95	9
CHD2	90	13	250	9
<b>Ensemble CSB/CHD</b>	22,5	150	54	116

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

une implantation des hôpitaux confessionnels privés près des formations sanitaires publics. En fait, le faritany est réputé être vulnérable aux maladies. D'ailleurs, c'est toujours dans ce faritany où on remarque le taux d'incidence le plus élevé des maladies d'après les enquêtes auprès des ménages.

### Les moyens de transport possédés par les formations sanitaires

A l'instar de ce qui a été dit auparavant, les centres de type confessionnel sont les mieux dotés en moyens de transport. La moitié d'entre eux, par exemple, dispose de voitures. Les centres de santé de base publics ne disposent pas d'ambulance contre 7% pour les CSB privés confessionnel.

Les CHD sont aussi mieux équipés que les CSB. En effet, plus de 6 CHD disposant de chirurgie sur dix ont au moins une voiture contre

16% des CSB. Un quart de ce type d'hôpital possède au moins une ambulance.

Les formations sanitaires rurales sont moins dotées en voiture (15% pour les CSB contre 18% en milieu urbain). De plus, les formations sanitaires enquêtées et se trouvant en milieu rural ne disposent d'aucune ambulance. Par contre, elles sont mieux équipées en motocyclette qui est un moyen de transport plus utilisé en milieu rural qu'en milieu urbain.

## Supervisions et incitations

### Supervision selon les Services Sanitaires de District

Dans l'ensemble, on a répertorié 990 formations sanitaires publiques dans l'ensemble des Services Sanitaires de Districts (SSD) enquêtés. 3,6% des formations répertoriées sont des

**Tableau 2.6 : Pourcentage des formations sanitaires possédant certains moyens de transport**

	Voitures	Ambulance	Motocyclette	Bicyclette	Autre	Nb obs
<b>CSB SEULEMENT</b>						
<b>Public/Privé</b>						
Public	1,5	0,0	8,8	8,8	0,0	68
Privé non confessionnel	26,5	4,1	14,3	12,2	2,0	49
Privé Confessionnel	50,0	7,1	35,7	14,3	0,0	14
<b>Milieu</b>						
Rural	15,1	0,0	15,1	9,7	0,0	93
Urbain	18,4	7,9	10,5	13,2	2,6	38
<b>Faritany</b>						
Antananarivo	13,2	0,0	13,2	5,3	0,0	38
Fianarantsoa	13,0	4,4	0,0	4,4	0,0	23
Toamasina	20,0	5,0	25,0	15,0	0,0	20
Mahajanga	15,0	0,0	15,0	5,0	5,0	20
Toliara	26,7	0,0	20,0	40,0	0,0	15
Antsiranana	13,3	6,7	13,3	6,7	0,0	15
<b>Ensemble CSB</b>	<b>16,0</b>	<b>2,3</b>	<b>13,7</b>	<b>10,7</b>	<b>0,8</b>	<b>131</b>
<b>Type</b>						
CSB1	20,0	0,0	5,0	5,0	0,0	20
CSB2	15,3	2,7	15,3	11,7	0,9	111
CHD1	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	9
CHD2	61,5	23,1	30,8	23,1	15,4	13
<b>Ensemble</b>	<b>19,6</b>	<b>3,9</b>	<b>14,4</b>	<b>11,1</b>	<b>2,0</b>	<b>153</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

CHD (CHD1 et CHD2 confondus). 66,8% sont des CSB2, c'est-à-dire des centres de santé de base dirigés par un médecin. Ces proportions sont constantes à travers les faritany. Selon la représentation géographique, les faritany d'Antananarivo et de Fianarantsoa disposent du plus grand nombre de formations sanitaires. Ce constat est valable pour tous les types de formations sanitaires.

Dans l'ensemble, 80,0% des formations sanitaires publiques répertoriées au niveau du SSD ont fait l'objet de supervision intégrée menée par le SSD. La plus forte proportion de formations supervisées se trouvent dans le faritany de Toliara avec un taux de 89,4%. Le plus faible taux est enregistré à Antsiranana avec seulement 69,9%. Selon les types de formations sanitaires, les CSB2 sont les plus fréquemment supervisés. La supervision dans les CHD et les CSB1 est autour de 71,0%.

Parmi les centres publics supervisés, 85,5% dressent régulièrement des fiches de supervision. Ces fiches permettent de retracer les problèmes et les solutions adoptées lors de la supervision. La synthèse de ces documents doit permettre de proposer des plans d'amélioration des services publics de santé. Selon le type de centre, la plus forte proportion de centres qui

**Tableau 2.7 : Répartition des formations sanitaires publiques répertoriées au niveau des SSD**

	Antananarivo	Fianarantsoa	Toamasina	Mahajanga	Toliara	Antsiranana	Nbr Obs
CHD	8	8	4	7	5	4	36
CSB2	159	136	93	94	106	73	661
CSB1	41	67	62	47	30	46	293
Ensemble	208	211	159	148	141	123	990

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 2.8 : Existence de supervision pour les centres publics par faritany**

	Antananarivo	Fianarantsoa	Toamasina	Mahajanga	Toliara	Antsiranana	Ensemble
CHD	75,0	62,5	100,0	85,7	80,0	25,0	72,2
CSB2	88,7	78,7	90,3	81,9	88,7	75,3	84,4
CSB1	61,0	64,2	75,8	74,5	93,3	65,2	71,0
<b>Ensemble</b>	<b>82,7</b>	<b>73,5</b>	<b>84,9</b>	<b>79,7</b>	<b>89,4</b>	<b>69,9</b>	<b>80,0</b>
<b>Nb obs</b>	<b>208</b>	<b>211</b>	<b>159</b>	<b>148</b>	<b>141</b>	<b>123</b>	<b>990</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 2.9 : Existence de fiche de supervision des centres publics par faritany**

	Antananarivo	Fianarantsoa	Toamasina	Mahajanga	Toliara	Antsiranana	Ensemble	Nb obs
CHD	100,0	60,0	75,0	50,0	75,0	100,0	73,1	27
CSB2	100,0	77,6	84,5	76,6	86,2	100,0	87,8	575
CSB1	100,0	55,8	74,5	77,1	96,4	100,0	80,8	219
<b>Ensemble</b>	<b>100,0</b>	<b>71,0</b>	<b>80,7</b>	<b>75,4</b>	<b>88,1</b>	<b>100,0</b>	<b>85,5</b>	
<b>Nb Obs</b>	<b>172</b>	<b>155</b>	<b>146</b>	<b>135</b>	<b>127</b>	<b>86</b>		<b>821</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 2.10 : Existence de supervision des centres privés répertoriés (Unité %)**

	Confessionnel	Non confessionnel	Ensemble	Nb obs
CHD	69,2	40,0	56,5	23
CSB2	64,7	63,1	63,7	215
CSB1	54,8	72,2	60,0	60
Cabinet	50,0	45,5	46,2	26
<b>Ensemble</b>	<b>61,8</b>	<b>60,6</b>	<b>61,1</b>	
<b>Nb obs</b>	<b>144</b>	<b>180</b>		<b>324</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 2.11 : Participation des centres privés aux revues**

	Confessionnel	Non confessionnel	Ensemble	Nb obs
CHD	69,2	50,0	60,9	23
CSB2	64,7	62,3	63,3	215
CSB1	71,4	61,1	68,3	60
Cabinet	50,0	27,3	30,8	26
<b>Ensemble</b>	<b>66,7</b>	<b>57,2</b>	<b>61,4</b>	
<b>Nb obs</b>	<b>144</b>	<b>180</b>		<b>324</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

tiennent des fiches de supervision est enregistrée chez les CSB2. A Antananarivo et Antsiranana, toutes les visites font exhaustivement objet d'un rapport. La plus faible proportion de fiches de supervision se trouve à Fianarantsoa avec seulement 71% des centres supervisés.

Les centres privés intéressent moins les responsables des SSD dans la mesure où leur taux

de supervision est plus faible. La différence entre les taux de supervisions dans les centres confessionnels et les centres non confessionnels n'est pas très significative. Ce sont les cabinets qui sont les moins supervisés.

La participation des centres privés aux revues mensuelles est proportionnelle aux taux de supervision. En effet, la proportion des

**Tableau 2.12 : Proportion de CSB qui ont été supervisés**

Type de centre	Rural	Urbain	Ensemble	Nb obs
Public	92,5	73,3	88,2	68
Privé non confessionnel	40,7	21,1	32,6	46
Privé Confessionnel	90,0	100,0	92,9	14
<b>Ensemble</b>	<b>76,7</b>	<b>50,0</b>	<b>68,8</b>	
Nb obs	90	38		128

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

centres privés qui participe aux revues mensuelles d'activité est proche des proportions des centres privés qui sont sujet de supervision.

### Supervisions selon les responsables des formations sanitaires

Dans l'ensemble, 68,8% des centres de santé de base (CSB) ont été sujets de supervision.<sup>1</sup> Cette proportion est plus forte dans le secteur public. Ce constat est prévisible dans la mesure où ce sont les centres publics qui doivent faire l'objet d'une supervision régulière (en général une fois par mois). De ce fait, il est naturel de mettre plutôt l'accent sur ceux qui n'ont pas été supervisés dans le secteur public durant les six derniers mois précédant la visite. 11,8% des centres publics enquêtés (53 CSB) n'ont pas fait l'objet de supervision. Néanmoins un peu plus de la moitié des CSB publics ont eu des supervisions régulières car ils ont eu des supervisions dans le mois précédant l'enquête (51,5%). Ceux qui ont la dernière supervision au-delà de 6 mois atteignent 13,2% des centres publics.

Le plus fort taux de supervision se retrouve chez les centres confessionnels. En effet, la quasi-totalité (92,9%) des centres confessionnels ont eu des supervisions. Ces centres disposent en général d'une structure qui leur permet de faire régulièrement une supervision. Les centres privés dont seulement une petite partie est répertoriée au niveau du SSD ont le plus faible taux de supervision (32,6% de l'ensemble).

Selon les milieux, la situation n'est pas significativement différente pour les types de formations sanitaires publics et privés confessionnels. Toutefois, le taux de supervision des CSB dans le milieu rural est plus élevé dans le secteur public. Les autorités s'intéressent plus à la situation dans les milieux reculés qui ne disposent pas d'assez d'informations. La situation est la même pour les centres privés non confessionnels. Concernant les centres confessionnels, la totalité des centres enquêtés dans le milieu urbain ont eu des supervisions contre 90,0% dans le milieu rural.

Les dernières visites ont eu lieu en grande partie dans le mois précédant l'enquête. Dans l'ensemble, 35,9% des centres enquêtés ont eu des supervisions dans le mois précédant l'enquête, et 14,1% ont eu des supervisions depuis plus de 6 mois.

### Effectif du Personnel des Formations Sanitaires

Sur 130 CSB dont 38 en milieu urbain et 92 en milieu rural, on compte en moyenne pour un CSB 5,5 employés dont 3,4 employés qualifiés (1,3 médecins). On compte parmi les employés qualifiés : les médecins, les sages-femmes, les infirmiers diplômés de l'Etat et les aides sanitaires.

Le nombre d'employés est plus important dans les centres publics et en milieu urbain. En effet, on compte en moyenne 8,9 employés dans un CSB urbain contre 4,1 en milieu rural. Les centres de soins publics sont mieux dotés de personnel car en milieu urbain, on compte

<sup>1</sup> Notons que ces informations ont été obtenues à partir de l'interview des personnels. Dans certains cas, les personnels peuvent ne pas connaître l'historique des centres où ils travaillent. Ce problème a été ignoré lors de la sortie des résultats.

**Tableau 2.13 : Répartition des CSB selon la date de la dernière supervision et le statut des centres**

	Public	Non confessionnel	Confessionnel	Ensemble
Pas de supervision	11,8	67,4	7,1	31,3
Moins de un mois	51,5	13,0	35,7	35,9
Entre un et deux mois	8,8	0,0	0,0	4,7
Entre deux et trois mois	7,4	4,4	14,3	7,0
Entre trois et quatre mois	2,9	4,4	0,0	3,1
Entre quatre et cinq mois	2,9	0,0	7,1	2,3
Entre cinq et 6 mois	1,5	0,0	7,1	1,6
Entre six et sept mois	13,2	10,9	28,6	14,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Nb obs	68	46	14	128

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 2.14 : Nombre moyen d'employés dans les CSB par milieu et par type de centre**

	Tous les employés	Employés qualifiés	dont Médecins	Observations
<b>Urbain</b>				
Public	16,1	11,9	3,7	15
Privé non confessionnel	3,9	2,5	1,2	19
Privé Confessionnel	5,8	3,5	1,5	4
<i>Ensemble</i>	8,9	6,3	2,2	38
<b>Rural</b>				
Public	5	2,5	1	53
Privé non confessionnel	2,4	1,4	0,8	29
Privé Confessionnel	4,3	2,5	1,2	10
<i>Ensemble</i>	4,1	2,2	0,9	92
<b>Ensemble</b>				
Public	7,4	4,6	1,6	68
Privé non confessionnel	3	1,9	0,9	48
Privé Confessionnel	4,7	2,8	1,3	14
<i>Ensemble</i>	5,5	3,4	1,3	130

Source : INSTAT/DSM/EEFES

en moyenne 16 employés dont 12 qualifiés (4 médecins) alors que dans un centre privé non confessionnel, on ne compte que 4 employés dont 3 qualifiés (un médecin). En milieu rural, un CSB ne dispose que de 2 employés qualifiés contre 6 en milieu urbain. L'effectif moyen double quand on passe du milieu rural au milieu urbain alors que près de trois quarts de la population se trouve en milieu rural. Cela peut s'expliquer par le fait qu'en milieu urbain, il existe plus de concentration d'habitants dans une localité.

En particulier, si on exclut les médecins libres, on compte en moyenne 7 employés dans

un CSB dont 4,3 employés qualifiés (et 1,5 médecins). L'effectif est plus important en milieu urbain car un CSB emploie environ 13,4 personnes dont 10 qualifiés (et 3 médecins). En milieu rural également, l'effectif des employés dans les centres privés non confessionnels est relativement élevé : sur 7 employés, on compte 3 employés qualifiés (2 médecins).

Pour toutes les catégories de centres (CSB, CHD), on compte en moyenne 15 employés en milieu urbain contre 7 en milieu rural, dont 9 employés qualifiés et 3 médecins. On compte le plus d'employés dans les CHD2 : environ 52 employés dont une vingtaine d'employés quali-

**Tableau 2.15 : Nombre moyen d'employés dans les CSB (médecins libres exclus)**

	Tous les employés	Employés qualifiés	dont Médecins	Observations
<b>Urbain</b>				
Public	16,1	11,9	3,7	15
Privé non confessionnel	4	3	1	1
Privé Confessionnel	5,8	3,5	1,5	4
<i>Ensemble</i>	13,4	9,8	3,1	20
<b>Rural</b>				
Public	5,0	2,5	1,0	53
Privé non confessionnel	7,0	3,0	2,0	2
Privé Confessionnel	4,3	2,5	1,2	10
<i>Ensemble</i>	4,9	2,6	1	65
<b>Ensemble</b>				
Public	7,4	4,6	1,6	68
Privé non confessionnel	6	3	1,7	3
Privé Confessionnel	4,7	2,8	1,3	14
<i>Ensemble</i>	6,9	4,3	1,5	85

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 2.16 : Nombre moyen d'employés par milieu et par centre**

	Tous les employés	Employés qualifiés	dont Médecins	Observations
<b>Urbain</b>				
CSB1	2,7	1,3	0	3
CSB2	9,4	6,7	2,4	35
CHD1	11,4	7,3	2	7
CHD2	50,9	24,9	7,3	7
<i>Ensemble</i>	14,9	8,9	2,8	52
<b>Rural</b>				
CSB1	1,9	1,2	0	18
CSB2	4,6	2,4	1,1	73
CHD1	23	8,5	2	2
CHD2	52,4	19,2	6,4	5
<i>Ensemble</i>	6,9	3,2	1,2	98

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

fiés et 7 médecins. Cela s'explique par le fait qu'on trouve presque tous les équipements médicaux et les soins nécessaires dans les CHD notamment les CHD2. On remarque également que le nombre d'employé est plus important en milieu rural qu'en milieu urbain au niveau des CHD1.

Par ailleurs, les CSB1 n'ont pas de médecin à leur effectif. L'effectif moyen passe du simple au quadruple quand on passe d'un CSB1 à un CSB2. On compte plus de 2 médecins dans un CSB2 urbain contre un médecin en milieu rural.

Si on exclut les médecins libres, on compte en moyenne 21 employés dans les centres urbains toutes catégories confondues dont 13 employés qualifiés (4 médecins) ; ces chiffres sont supérieurs aux précédents résultats. En milieu rural, on compte 9 employés dont 4 qualifiés et 2 médecins. Les CHD2 ont le plus grand effectif avec 57 employés en moyenne dont 28 qualifiés (8 médecins). On déduit de ces différents tableaux que les Centres indépendants utilisent moins d'employés que les autres centres.

**Tableau 2.17 : Nombre moyen d'employé par milieu et par centre (médecins libres exclus)**

	Tous les employés	Employés qualifiés	dont Médecins	Observations
<b>Urbain</b>				
CSB1				
CSB2	13,4	9,8	3,1	20
CHD1	11,4	7,3	2,0	7
CHD2	57,3	28,2	8,3	6
<i>Ensemble urbain</i>	21,0	12,6	3,8	33
<b>Rural</b>				
CSB1	2,1	1,1	0,0	9
CSB2	5,4	2,8	1,2	56
CHD1	23,0	8,5	2,0	2
CHD2	52,4	19,2	6,4	5
<i>Ensemble rural</i>	8,7	3,9	1,4	72

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 2.18 : Nombre moyen d'employé par faritany dans les CSB**

Faritany	Tous les employés	Employés qualifiés	dont Médecins	Observations
<b>Urbain</b>				
Antananarivo	8,1	6,5	2,6	8
Fianarantsoa	6,3	4,5	1,5	6
Toamasina	9,3	5,2	1,8	6
Mahajanga	9,8	8,2	2,7	6
Toliara	6,9	5,3	2	7
Antsiranana	14,4	8,8	2,4	5
<i>Ensemble Urbain</i>	8,9	6,3	2,2	38
<b>Rural</b>				
Antananarivo	5,5	2,9	1,5	30
Fianarantsoa	2,8	1,5	0,5	17
Toamasina	4,7	2,6	0,9	14
Mahajanga	2,9	1,8	0,7	14
Toliara	4,1	1,9	0,8	8
Antsiranana	2,8	1,2	0,4	9
<i>Ensemble Rural</i>	4,1	2,2	0,9	92
<b>Ensemble</b>				
Antananarivo	6,0	3,7	1,7	38
Fianarantsoa	3,7	2,3	0,8	23
Toamasina	6,1	3,4	1,2	20
Mahajanga	5,0	3,7	1,3	20
Toliara	5,4	3,5	1,3	15
Antsiranana	6,9	3,9	1,1	14
<i>Ensemble</i>	5,5	3,4	1,3	130

Source : INSTAT/DSM/EEFES

Si on fait l'analyse au niveau des 6 faritany et pour chaque milieu (urbain, rural), c'est dans le faritany d'Antsiranana qu'on trouve l'effectif le plus élevé d'employés dans les CSB

urbains car on compte en moyenne 14 employés si la moyenne nationale n'est que de 9. Parmi ces 14 employés, on compte 9 employés qualifiés et 2 médecins alors que

**Tableau 2.19 : Nombre moyen d'employé par faritany dans les CSB (médecins libres exclus)**

Faritany	Tous les employés	Employés qualifiés	dont Médecins	Observations
<b>Urbain</b>				
Antananarivo	16,7	13,3	4,7	3
Fianarantsoa	6,6	5	1,8	5
Toamasina	12,7	7,3	2,7	3
Mahajanga	18,7	15,3	4,3	3
Toliara	10,3	7,5	2,3	4
Antsiranana	25	16,5	4,5	2
<i>Ensemble urbain</i>	13,4	9,8	3,1	20
<b>Rural</b>				
Antananarivo	7,0	3,4	1,6	20
Fianarantsoa	3,1	1,6	0,5	14
Toamasina	5,8	3,0	1,2	10
Mahajanga	4,3	2,8	1,0	8
Toliara	4,1	1,9	0,8	8
Antsiranana	2,4	1,6	0,6	5
<i>Ensemble rural</i>	4,9	2,6	1,0	65
<b>Ensemble</b>				
Antananarivo	8,2	4,7	2,0	23
Fianarantsoa	4,1	2,5	0,8	19
Toamasina	7,4	4,0	1,5	13
Mahajanga	8,2	6,2	1,9	11
Toliara	6,2	3,8	1,3	12
Antsiranana	8,9	5,9	1,7	7
<i>Ensemble</i>	6,9	4,3	1,5	85

Source : INSTAT/DSM/EEFES

dans le faritany de Fianarantsoa, on ne trouve que 6 employés dont 4 qualifiés et un médecin. Le nombre moyen de médecins (2) dans les CSB ne présente pas de variation majeure en milieu urbain. L'effectif est très faible en milieu rural notamment dans les faritany de Fianarantsoa et d'Antsiranana car on ne compte que 3 employés en moyenne dont moins de 2 personnes qualifiées et moins d'un médecin. C'est dans le faritany d'Antananarivo qu'on enregistre plus d'un médecin dans un CSB rural et les CSB de Toamasina et d'Antananarivo sont les mieux dotés de personnel en milieu rural.

Comme précédemment, on remarque que quand on exclut les CSB indépendants, l'effectif moyen augmente. Le faritany d'Antsiranana se démarque toujours par son effectif élevé en milieu urbain : 25 employés dont environ 16 employés qualifiés (4 médecins). Viennent ensuite le faritany de Mahajanga et d'Antana-

narivo. Le faritany de Fianarantsoa est le moins pourvu de personnel car en milieu urbain, un CSB ne compte qu'un peu plus de 6 employés et en milieu rural 3 employés seulement.

## La disponibilité de personnel de santé et rapport patient/personnel

Une condition nécessaire pour qu'une formation sanitaire puisse assurer pleinement et efficacement ses prestations est la suffisance des ressources humaines aussi bien en quantité qu'en qualité. Le rapport entre le nombre de patients et l'effectif du personnel (selon les différents types de personnel) dans les formations sanitaires constitue ainsi un indicateur très important dans l'explication de leur efficience.

La situation est nettement meilleure en milieu urbain qu'en milieu rural. Au cours des

cinq premiers mois de l'année 2003, on a enregistré, en moyenne 100 patients pour un personnel par mois (tous types confondus) en milieu rural, alors qu'en milieu urbain, ce rapport n'est que de 80 patients/employé. L'écart devient très important quand on ne considère que les personnels qualifiés. En milieu rural, un médecin soigne plus de 404 patients contre seulement 328 patients en milieu urbain. Si l'on considère le personnel qualifié avec sage femme, les rapports sont respectivement de 187 et de 114 patients/personnel en milieu rural et en milieu urbain. Si l'on exclut les sages femmes dans le personnel qualifié, les rapports sont respectivement de 229 et 161 patients/personnel.

Les conditions sont toujours nettement meilleures dans le secteur privé que dans le secteur public. En effet, en milieu urbain et tous types de personnel confondus, le rapport est de 80 patients/personnel dans les formations sanitaires publiques contre seulement 70 patients/personnel dans les formations sanitaires privées non confessionnelles et 38 patients/personnel dans les formations sanitaires privées confessionnelles. L'écart est très flagrant en milieu rural et en ce qui concerne le nombre de médecin. En effet, un médecin du secteur public soigne plus de 557 patients contre seulement 137 patients dans les centres non confessionnels et 133 patients dans les centres confessionnels.

Si on limite l'analyse dans le secteur privé, la situation change d'un milieu à un autre. En effet, en milieu urbain, les charges d'activités des centres de santé confessionnels sont meilleures par rapport à celles des centres de santé non confessionnels avec des rapports patient/personnel (tous types de personnel confondus) respectivement de 38 et de 70. En milieu rural, le nombre de patient par personnel est à peu près le même dans les centres privés avec respectivement 48 et 49 patients par personnel par mois en moyenne dans les centres de type confessionnel et dans les centres non confessionnels.

Quant à la structure du personnel, les résultats de l'enquête montrent clairement l'insuffisance des personnels qualifiés surtout des personnels médicaux dans les centres sanitaires publics par rapport à ce qu'on trouve dans les centres privés, surtout en milieu rural. En effet, si la moitié du personnel dans les formations sanitaires privées non confessionnelles et 35% dans les centres privés confessionnels en milieu rural sont des médecins, ils ne représentent que moins de 22% de l'ensemble du personnel dans les centres publics.

En terme de l'évolution du rapport effectif patient/effectif soignant, malgré les efforts entrepris par l'autorité de doter les formations sanitaires de personnels qualifiés, on observe une dégradation continue des services de santé offerts dans ces formations sanitaires publiques (que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural) au cours de la période 2001-premier semestre 2003. Les résultats de l'enquête montrent que pour les formations sanitaires privées, le rapport entre le nombre de patients et l'effectif du personnel est gardé constant tout au long de cette période. Tandis que dans les formations sanitaires publiques, le rapport est plus que doublé entre 2001 et le premier semestre 2003 quelques soit le type de personnel considéré. Cela peut s'expliquer par la hausse relativement élevée des demandes de services adressés à ces centres suite à la suspension de la Participation financière des Usagers.

## Taux d'absence dans les CSB

Au moment de l'enquête, on a procédé au recensement des employés et a pu relever les employés absents. Le taux d'absence des employés dans les CSB se situe en moyenne à 10,9 %. On compte plus d'absence chez les employés qualifiés, en particulier les médecins car leur taux d'absence se situent à 14,2 %. Selon le type de centre, les centres publics enregistrent le taux maximum (11,8 %) et les CSB privés confessionnels comptent le moins d'ab-

**Tableau 2.20 : Evolution du rapport patient/ effectif soignant**

	Urbain				Rural			
	2001	2002 1er sem	2002 IIInd sem	2003	2001	2002 1er trim	2002 IIInd trim	2003
<b>Patient/Personnel</b>								
Public	42	37	73	87	61	49	97	120
Privé non confessionnel	102	90	97	70	82	78	85	49
Privé Confessionnel	49	40	43	38	58	65	66	48
Total	52	46	74	80	63	55	91	100
<b>Patient/Personnel qualifié avec sage femme</b>								
Public	55	50	97	117	119	96	190	235
Privé non confessionnel	154	140	151	115	130	112	117	79
Privé Confessionnel	81	65	70	63	103	112	114	83
Total	72	63	103	114	118	100	168	187
<b>Patient/Docteur</b>								
Public	183	163	319	382	284	228	457	557
Privé non confessionnel	274	222	269	219	232	195	203	137
Privé Confessionnel	188	153	163	147	177	181	198	133
Total	202	173	297	328	257	214	369	404
<b>Patient/Personnel qualifié sans sage femme</b>								
Public	87	79	155	188	154	124	245	303
Privé non confessionnel	154	140	151	115	135	116	122	84
Privé Confessionnel	87	70	75	68	119	127	129	94
Ensemble	101	91	147	161	146	123	206	229

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

sents (9% en milieu rural et 4% en milieu urbain). Par faritany, le taux le plus élevé est enregistré dans les CSB d'Antananarivo (14%) suivi de Toliara et Toamasina (13%). Ce taux atteint 22% en milieu urbain chez les employés qualifiés, dans le faritany de Toliara et Antananarivo.

La raison d'absence la plus évoquée est l'absence approuvée car plus de la moitié des réponses vont dans ce sens en milieu rural et 32% en milieu urbain. La maladie cause près de 30% des absences en milieu urbain contre 2,5% en milieu rural. Parmi les raisons les plus fréquentes en milieu rural, on peut citer les missions officielles (12,5%) et les stages et formations (10%).

## Salaire moyen dans les CSB

En moyenne, un employé dans un CSB gagne 404 235 Fmg par mois. Les employés non-

fonctionnaires des centres publics gagnent le moins avec 194 404 Fmg contre 556 631 Fmg dans les CSB privés non confessionnels et 451 507 Fmg dans les CSB privés confessionnels. Il faut noter que bon nombre de responsables de CSB n'ont pas donné les salaires de leurs employés, et les salaires moyens ne reflètent pas les salaires réellement perçus car ils sont influencés par les valeurs extrêmes (minimum : 50 000 Fmg, maximum : 2 500 000 Fmg).

Si on classe les employés selon la formation qu'ils ont reçu, les médecins se trouvent au premier rang des salaires avec en moyenne 1 125 442 Fmg. Ils sont suivis des sage-femmes et des infirmiers avec respectivement 708 529 Fmg et 645 662 Fmg. Les laborantins et les aides sanitaires reçoivent à peu près 430 000 Fmg.

Selon la fonction exercée, tout type de centre confondu, ce sont les Directeurs d'hôpital qui gagnent le plus avec en moyenne 1 384 000 Fmg de salaire. Viennent ensuite les Chefs de centre et chef de service 1 150 000 Fmg

**Tableau 2.21 : Taux moyen d'absence dans les CSB selon le type, par milieu et par faritany**

Milieu	Employés	Nb fs	Emp qualifiés	Nb fs	Médecins	Nb fs
<b>Rural</b>						
Public	11,8	53	14,8	53	11,5	42
Privé non confessionnel	7,1	29	11,9	24	13,6	17
Privé Confessionnel	9,3	10	12,0	10	25,0	7
<i>Total Rural</i>	10,6	92	13,9	87	14,0	66
<b>Urbain</b>						
Public	12,0	15	14,0	15	20,0	15
Privé non confessionnel	10,8	19	12,8	18	4,6	16
Privé Confessionnel	4,4	4	7,1	4	0,0	4
<i>Total Urbain</i>	11,2	38	13,3	37	14,5	35
<b>Ensemble</b>						
Public	11,9	68	14,3	68	15,9	57
Privé non confessionnel	9,0	48	12,4	42	9,1	33
Privé Confessionnel	7,6	14	10,3	14	16,7	11
<i>Total</i>	10,9	130	13,6	124	14,2	101
Faritany	Employés	Nb fs	Emp qualifiés	Nb fs	Médecins	Nb fs
<b>Rural</b>						
Antananarivo	13,4	30	17	30	13,6	27
Fianarantsoa	2,1	17	3,8	17	11,1	9
Toamasina	15,2	14	18,9	14	30,8	11
Mahajanga	10	14	12	11	10	9
Toliara	9,1	8	13,3	8	0	6
Antsiranana	0	9	0	7	0	4
<i>Total</i>	10,6	92	13,9	87	14	66
<b>Urbain</b>						
Antananarivo	16,9	8	21,2	8	23,8	7
Fianarantsoa	5,3	6	7,4	6	0	5
Toamasina	8,9	6	9,7	6	9,1	6
Mahajanga	6,8	6	6,1	6	18,8	6
Toliara	16,7	7	21,6	7	14,3	7
Antsiranana	11,1	5	11,4	4	8,3	4
<i>Total</i>	11,2	38	13,3	37	14,5	35
<b>Ensemble</b>						
Antananarivo	14,4	38	18,6	38	16,9	34
Fianarantsoa	3,5	23	5,7	23	5,6	14
Toamasina	12,3	20	14,7	20	20,8	17
Mahajanga	8,1	20	8,1	17	15,4	15
Toliara	13,6	15	19,2	15	10	13
Antsiranana	8,2	14	9,1	11	6,3	8
<i>Ensemble</i>	10,9	130	13,6	124	14,2	101

Source : INSTAT/DSM/EEFES

gagnant en moyenne 868 444 Fmg. Un Responsable d'unité médicale gagne en moyenne 615 529 Fmg tandis qu'un Infirmier Major reçoit 717 000 Fmg.

Là aussi, il faut noter que certains CSB n'ont pas de Directeur d'Hôpital et sont directement dirigés par des Chefs de service ou Chefs de centre. Ce qui fait que ces derniers gagnent en

**Tableau 2.22 : Raison de l'absence pour les CSB seulement**

	Urbain				Rural			
	Employés non qualifiés	Employés qualifiés	Ensemble	Nb obs	Employés non qualifiés	Employés qualifiés	Ensemble	Nb obs
Malade	16,7	31,3	29,0	10	0,0	3,6	2,5	1
En stage/ formation	0,0	18,8	15,8	6	0,0	14,3	10,0	4
Mission Officielle	0,0	3,1	2,6	1	0,0	17,9	12,5	5
Absence approuvée	66,7	25,0	31,6	12	83,3	42,9	55,0	22
Absence non approuvée	16,7	9,4	10,5	4	8,3	0,0	2,5	1
Parti chercher son salaire	0,0	3,1	2,6	1	0,0	7,1	5,0	2
Autre	0,0	3,1	2,6	1	8,3	10,7	10,0	4
Ne sais pas	0,0	6,3	5,3	3	0,0	3,6	2,5	1
Total	100,0	100,0	100,0	38	100,0	100,0	100,0	40

**Tableau 2.23 : Salaire moyen et médian par type de centre**

Type de centre	Salaire moyen	Salaire médian	Nb obs
CSB Public*	194 404	175 000	89
CSB privé non confessionnel	556 631	426 000	103
CSB privé confessionnel	451 507	395 000	63
<b>Ensemble</b>	<b>404 235</b>	<b>290 000</b>	<b>255</b>

Source : INSTAT/DSM/EEFES

\*pour les non-fonctionnaires

**Tableau 2.24 : Salaire moyen selon la formation reçues (yc fonctionnaires)**

	Moyenne	Médiane	N
Medecin	1 125 442	1 109 313	147
Sage femme	708 529	745 330	97
Infirmiere DE	645 662	706 689	98
Aide sanitaire	573 647	717 748	50
aide soignante	446 425	300 000	33
Laborantin (e)	411 083	375 000	8
Jardinier	377 135	220 000	10
Chauffeur	522 182	481 000	6
Autres	351 327	250 000	167
<b>Ensemble</b>	<b>665 132</b>	<b>703 449</b>	<b>616</b>

moyenne plus que les Directeurs d'Hôpitaux, notamment dans les CSB privés confessionnels.

Par contre, si on compare la structure des salaires pour chaque type de centre, les résultats précédents ne sont pas valides dans les centres privés non confessionnels. En effet, le salaire du Directeur d'Hôpital y est le plus élevé (1 500 000 Fmg) suivi du Chef de Service (1 136 000 Fmg) et du Chef de Centre

(894 000 Fmg). Le salaire des employés des centres publics est partout inférieur par rapport au salaire des autres centres tandis que le salaire des CSB non confessionnels est le plus élevé. Cela s'explique par l'importance des subventions et les services à moindres coûts dans les CSB publics et quelquefois dans les CSB privés confessionnels, alors que les activités des CSB privés non confessionnels sont surtout à but lucratif.

Par ailleurs, il se pourrait que cet avantage salarial dans ce type de CSB soit contrebalancé par la sécurité de l'emploi dans les autres types de CSB.

## Salaire moyen dans les CHD

Au niveau des CHD, un employé gagne en moyenne 637 488 Fmg par mois. Le salaire moyen varie de 340,725 Fmg à 1,523,219 Fmg dans les CHD publics et de 251,300 Fmg à 1,289,000 Fmg dans les CHD confessionnels privés.

**Tableau 2.25 : Salaire moyen par fonction et type de centre dans les CSB**

Fonction Exercée	Public (yc fonctionnaires)	Non confessionnels	Privés Confessionnels
Directeur d'hôpital	1 383 813	1 500 000	650 600
Chef de Service	1 177 815	1 135 924	779 750
Infirmier Major	717 367	549 133	397 800
Surveillant général	734 997	300 000	
Chef de centre	1 137 014	894 231	667 833
Gestionnaire	588 751	550 000	441 000
Responsable d'unité médicale	895 888	650 389	576 313
Charge administratif	693 364	499 500	
Aide soignant	672 110	220 216	230 000
Servant	604 364	471 000	209 000
Jardinier	280 112	125 000	220 000
Chauffeur		434 500	500 000
Dispensateur de médicaments	239 260	283 250	240 500
Autres	495 296	433 791	226 083
Total	716 547	569 014	451 508

**Tableau 2.26 : Salaire moyen par type de centre**

Type de centre	Tous les employés			Pour les non fonctionnaires		
	Salaire moyen	Salaire médian	Nb obs	Salaire moyen	Salaire médian	Nb obs
Public	749,407	740,449	406	239 292	200 000	24
Privé non confessionnel	280,000	265,000	12	280 000	265 000	12
Privé Confessionnel	450,446	343,000	220	450 446	343 000	220
Ensemble	637,488	621,330	638	422 660	334 000	256

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

Dans les centres publics, les Chefs de centre et le Directeur d'hôpital perçoivent les salaires les plus élevés (respectivement 1 523 219 FMG et 1 501 437 FMG). Les dispensateurs de médicaments gagnent plus (462 675 Fmg) dans les CHD que dans les CSB (239 260Fmg).

La répartition des salaires par fonction et par type de centre au niveau des CHD ne diffère pas trop de celle des CSB. Dans les CHD confessionnels privés où l'on a obtenu le maximum d'informations, le Directeur d'hôpital perçoit le salaire le plus élevé (1 289 000 FMG) suivi du Chef de centre et du Gestionnaire.

Les employés des centres privés sont beaucoup moins payés que ceux du secteur public. Des employés du type non confessionnel perçoivent des salaires inférieurs à ceux du type confessionnel quand ils ne sont pas responsables d'unité médicale. En effet, les docteurs libres ne sont pas souvent des salariés mais tra-

vailent pour leur propre compte. Ils perçoivent directement les frais de consultations et ils n'embauchent pas beaucoup de personnes.

Enfin, par rapport à la formation reçue, les médecins des CHD perçoivent en moyenne près de 3 fois le salaire des autres. L'écart peut être dû au nombre d'années d'expérience qui peut varier d'une personne à l'autre et qui joue sur le salaire. La moyenne masque cet écart et le nombre de réponses insuffisant ne permet pas de connaître le niveau de salaire moyen exact.

### Cas des fonctionnaires

Le salaire des fonctionnaires au niveau des différentes formations sanitaires est obtenu en utilisant la grille salariale établie par le Ministère de la fonction publique. Les variables qui nous ont servi à obtenir les grades et échelons

**Tableau 2.27 : Salaire moyen par fonction selon le type de centre dans les CHD**

Fonction Exercée	Public*	Non Confessionnels	Privés
Confessionnels			
Directeur d'hôpital	1 501 437		1 289 000
Chef de Service	1 246 385		1 200 000
Infirmier Major	708 142		963 000
Surveillant general	620 341		488 500
Chef de centre	1 523 219		
Gestionnaire	1 015 135		1 140 667
Responsable d'unité médicale	958 730	600 000	
Charge administratif	666 723	265 000	647 583
Aide soignant	615 200	287 500	353 036
Servant	619 630	200 000	251 300
Jardinier	340 725		324 000
Chauffeur	530 782		348 000
Dispensateur de médicaments	462 675	300 000	
Autres	637 340	251 667	359 670

\*yc fonctionnaires

Source : INSTAT/DSM/EEEFS

**Tableau 2.28 : Salaire moyen selon la formation**

Formation	Public	Privé non confessionnel	Privé confessionnel	Nb obs
Medecin	1 266 627	600 000	1 286 941	20
sagefemmes	690 171		409 000	3
Infirmiere	673 553	300 000	371 378	38
Aide sanitaire	693 336	268 333	277 357	17
Aide soignante	679 726		347 276	29
Laborantin	675 645		388 091	11
Jardinier	407 449		324 000	2
Chauffeur	407 449		347 000	7
Autres	615 945	236 429	404 649	122

Source : INSTAT/DSM/EEEFS

sont le grade du travailleur (catégorie de 1 à 10) et le nombre d'année d'expérience dans le secteur santé.

D'après les données recueillies, un Directeur d'hôpital gagne en moyenne 1 383 813 Fmg dans les centres publics. Les Chefs de Service et Chefs de Centre gagnent respectivement 1 191 162 Fmg et 1 137 014 Fmg. Le salaire d'un aide soignant est de 676 882 Fmg.

Une estimation élémentaire du pouvoir d'achat des fonctionnaires en terme de riz nous donne en moyenne 336,6 Kg de riz contre le salaire moyen de 847 110 Fmg. Mais il est clair que la consommation de riz ne couvre qu'une

partie des besoins alimentaires et encore moins des besoins en général de l'individu.

## Caractéristique physique des CSB

Vu l'évolution du nombre de patients, les infrastructures publiques dans les zones rurales deviennent insuffisantes pour l'accueil des patients qui sont devenus beaucoup plus nombreux. En effet, 6 CSB publiques sur dix n'y possèdent pas de banc pour les patients si bien que plus de la moitié des patients qui attendent avant d'être reçus ne peuvent pas s'asseoir

**Tableau 2.29 : Salaire moyen des fonctionnaires dans les CSB publics**

Fonction exercée	Salaire moyen	Equivalent en Kg de riz	Nb obs
Directeur d'hôpital	1 383 813	547	2
Chef de Service	1 191 162	471	36
Infirmier Major	718 144	284	36
Surveillant general	734 997	290	3
Chef de centre	1 137 014	449	33
Gestionnaire	783 126	309	2
Responsable d'unité médicale	895 888	354	107
Charge administratif	693 364	274	10
Aide soignant	676 882	267	33
Servant	658 845	260	44
Jardinier	740 449	293	1
Dispensateur de médicaments	833 626	329	4

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 2.30 : Existence de banc dans les CSB**

Nouveau type de centre	Rural	Urbain	Ensemble	Nb obs
Public	60,4	93,3	67,6	68
Privé non confessionnel	73,3	84,2	77,6	49
Privé Confessionnel	100,0	100,0	100,0	14
<b>Ensemble</b>	<b>68,8</b>	<b>89,5</b>	<b>74,8</b>	
<i>Nb obs</i>	<i>93</i>	<i>38</i>		<i>131</i>

Source : INSTAT/DSM/EEFES

convenablement. Dans les zones rurales, les privés confessionnels offrent un meilleur accueil car les patients peuvent toujours s'asseoir sur un banc. En milieu urbain, le banc existe dans plus de neuf CSB publiques sur dix mais leur capacité d'accueil n'est pas assez grande car seulement la moitié des patients seulement sont restés assis en attendant leur tour. Par contre, dans les centres privés non confessionnels par exemple, trois centres sur quatre y possèdent des bancs et permettent de faire asseoir plus de six patients sur dix.

Il existe encore 15% des CSB qui n'ont pas de plafond. Les privés confessionnels offrent plus de confort dans ce sens car plus de neuf centres sur dix ont un plafond. Entre milieu rural et milieu urbain, la différence n'est pas trop significative au profit de ce dernier. Pour les centres publics, les centres situés en milieu rural sont même avantagés.

Les niveaux de dégradation, d'humidité et d'insalubrité des centres publics rapportés par les médecins enquêteurs ne montrent pas une différence significative entre milieu urbain et milieu rural. Par contre, ils sont beaucoup plus visibles en milieu rural pour les centres privés tout en restant à un niveau meilleur que les centres publics.

Au vu du niveau d'insalubrité des centres publics par exemple, des efforts doivent être entrepris car 16% de la surface du plafond sont dans un état d'insalubrité.

Pour le plancher, on observe la même tendance c'est-à-dire que la différence entre milieu urbain n'est pas très visible entre les deux milieux pour les centres publics. Le niveau d'insalubrité est de 24 sur une échelle variant de 0 à 100 pour les CSB en milieu urbain et 21 en milieu rural. Pour les privés, on remarque un niveau d'insalubrité du plancher pour le

**Tableau 2.31: Pourcentage des patients qui sont assis en attendant leur tour**

Nouveau type de centre	Rural	Urbain	Ensemble	Nb fs
Public	44,0	63,3	50,6	68
Privé non confessionnel	53,8	83,3	62,8	49
Privé Confessionnel	80,2	100,0	87,7	14
Ensemble	49,8	71,7	57,2	
<i>Nb fs</i>	<i>93</i>	<i>38</i>		<i>131</i>

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 2.32: Niveau d'insalubrité, d'humidité et de dégradation du plafond des CSB**

Nouveau type de centre	Rural	Urbain	Total	Nb obs
<b>Insalubrité</b>				
Public	18	12,9	16,9	58
Non confessionnels	18,8	5,6	13,7	36
Privés confessionnels	2,1	3,7	2,5	13
Total	16,2	8,4	14,1	107
<b>Humidité</b>				
Public	13	3,6	11	58
Non confessionnels	4,8	5,1	4,9	36
Privés confessionnels	0,4	2	0,8	13
Total	9,1	4,1	7,7	107
<b>Dégradation</b>				
Public	12,4	1,5	10,1	58
Non confessionnels	7,3	2,9	5,6	36
Privés confessionnels	0,4	0,3	0,4	13
Total	9,4	2,1	7,4	107

Source : INSTAT/DSM/EEFES

privé confessionnel situé en zone urbaine. Ceci s'explique en partie par la forte affluence constatée dans ces centres.

De plus, un tiers des CSB publiques présente des toiles d'araignées dans les deux zones urbaine et rurale. Pour les privés, on remarque une certaine carence au niveau des centres privés confessionnels dans les zones urbaines car plus de trois centres sur quatre y présentent ces toiles.

## Les salles de consultations

L'efficacité des soins dans les formations sanitaires doit passer par l'évaluation de la qualité des services offerts. Ces services dépendent en

grande partie des matériels utilisés dans les centres de soins et leur état. 72,5% des centres de santé visités disposent d'une table d'examen. Cette proportion est plus élevée dans les centres publics avec 77,9%. Les centres du milieu urbain sont plus fréquemment équipés de ces tables. 93,3% des centres publics en milieu urbain disposent d'une table d'examen contre 73,6% en milieu rural.

Pour les centres confessionnels, tous les centres confessionnels visités en milieu urbain disposent d'une table d'accouchement.

En ce qui concerne la propreté des tables, la proportion de centres dont la table présente des poussières est plus élevée en milieu urbain. Selon les types de centre, ce sont les

**Tableau 2.33 : Niveau d'humidité, d'insalubrité et de dégradation du plancher**

Nouveau type de centre	Rural	Urbain	Ensemble	Nb fs
<b>Insalubrité</b>				
Public	21,2	24	21,9	68
Privé non confessionnel	14	11,7	13,1	49
Privé Confessionnel	5,2	28,8	11,9	14
<i>Ensemble</i>	<i>17,2</i>	<i>18,3</i>	<i>17,5</i>	<i>131</i>
<b>Dégradation</b>				
Public	16,2	13,7	15,6	68
Privé non confessionnel	12,3	11,5	12	49
Privé Confessionnel	0,2	5	1,6	14
<i>Ensemble</i>	<i>13,2</i>	<i>11,7</i>	<i>12,8</i>	<i>131</i>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 2.34 : Existence de toiles d'araignée sur le mur/plafond**

Nouveau type de centre	Rural	Urbain	Ensemble	Nb obs
Public	35,8	33,3	35,3	68
Privé non confessionnel	30	21,1	26,5	49
Privé Confessionnel	30	75	42,9	14
Ensemble	33,3	31,6	32,8	
<i>Nb obs</i>	<i>93</i>	<i>38</i>		<i>131</i>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 2.35 : Existence de table d'examen dans les CSB et la propreté de ces tables**

	Existence de tables d'examen				Existence de toiles d'araignées sur la table			
	Rural	Urbain	Ensemble	Nb obs	Rural	Urbain	Ensemble	Nb obs
Public	73,6	86,7	76,5	68	25,6	38,5	28,8	53
Privé Non confessionnel	63,3	63,2	63,3	49	10,5	25,0	16,1	31
Privé confessionnel	70	100	78,6	14	0,0	50,0	18,2	11
<b>Ensemble</b>	<b>69,9</b>	<b>76,3</b>	<b>71,8</b>		<b>18,5</b>	<b>34,5</b>	<b>23,4</b>	
<i>Nb obs</i>	<i>93</i>	<i>38</i>		<i>131</i>	<i>65</i>	<i>30</i>		<i>95</i>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

centres publics qui présentent la plus forte proportion.

Concernant l'état de la table, la qualité a été évaluée par l'observation de la peinture, l'insalubrité, et les traces de rouilles. Le tableau suivant donne la moyenne donnée par les médecins enquêteurs. La situation dans les centres publics est toujours la plus défavorisée sur tous les critères considérés.

## Les salles d'accouchement

Le tableau suivant présente l'état des plafonds et des murs dans les salles d'accouchement. Comparativement au privé, la situation dans le secteur public est déplorable. En effet si la moyenne des parties des murs insalubres représente 25,2% des murs, dans le secteur privé ce taux n'est que de 5,4%. Cela est aussi valable

**Tableau 2.36 : Etat des tables d'examens selon les milieux et les types**

Niveau d'insalubrité	Rural	Urbain	Ensemble	Nb obs
Public	11,2	16,2	12,4	53
Privé Non confessionnel	6,2	1,8	4,5	31
Privé confessionnel	1,3	17,5	7,2	11
Ensemble	8,6	10,4	9,2	95
Peintures écaillées :				
Public	9,8	13,1	10,7	53
Privé Non confessionnel	4,3	1,8	3,4	31
Privé confessionnel	1,6	5	2,8	11
Ensemble	7,3	7,3	7,3	95
Trace de rouilles:				
Public	9,2	7,7	8,8	53
Privé Non confessionnel	0,3	2,3	1,1	31
Privé confessionnel	0,9	3	1,6	11
Ensemble	5,7	4,8	5,4	95

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 2.37: Pourcentage des tables d'examen ne présentant ni insalubrité, ni écaille ni rouille**

	Rural	Urbain	Total	Nb obs
Public	33,3	38,5	34,6	53
Privé Non confessionnel	26,3	41,7	32,3	31
Privé confessionnel	57,1	0	36,4	11
Ensemble	33,8	34,5	34,0	95

Source : INSTAT/DSM/EEFES

pour l'insalubrité des plafonds. Ce constat est aussi valable en ce qui concerne la dégradation des murs et des plafonds.

La qualité des soins dans les formations sanitaires peut être évaluée par l'existence de certains confort essentiels dans les salles d'accouchement. Pour les poubelles, 58,7% des salles d'accouchement dans les centres publics visités disposent d'une installation prévue pour cela contre 33,3% pour les centres privés dans le milieu rural. Dans le milieu urbain, toutes les salles d'accouchement des centres publics visités disposent d'une poubelle contre seulement 50,0% pour les centres privés. Pour les points d'eau et les douches, ce sont plutôt les centres privés qui sont avantagés aussi bien en milieu rural qu'en milieu rural.

## Disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires

Pour atteindre l'objectif de la santé pour tous, réduire les coûts de traitement et faciliter l'accès des patients surtout ceux issus des couches vulnérables de la population à des médicaments efficace et à prix abordable constituent une des axes prioritaires de l'Etat en matière de santé. Compte tenu de l'insuffisance des distributeurs professionnels de médicaments (pharmacies, laboratoires médicaux), le central d'achat de médicament SALAMA a été mis en place pour assurer l'approvisionnement en médicament des centres de santé. Il fait la promotion et distribue principalement des médicaments génériques dont le rapport qualité/prix n'est plus à prouver.

L'objet de cette partie est d'évaluer la disponibilité des médicaments essentiels contre les

**Tableau 2.38 : Etat des murs et des plafonds dans les salles d'accouchement**

	Plafond				Mur			
	Rural	Urbain	Ensemble	Nb obs	Rural	Urbain	Ensemble	Nb obs
<b>Insalubrité</b>								
Public	20,5	17,1	20,1	53	24,7	27,9	25,2	56
Privé	<b>7,0</b>	2,5	<b>5,7</b>	8	<b>8,0</b>	1,5	<b>6,1</b>	8
Ensemble	<b>19,2</b>	13,9	<b>18,4</b>	61	<b>23,1</b>	22,0	<b>22,9</b>	64
<b>Humidité</b>								
Public	8,3	4,3	7,7	53	7,4	5,7	7,2	56
Privé	1,0	0,0	<b>0,7</b>	8	0,0	0,0	0,0	8
Ensemble	<b>7,5</b>	3,3	<b>6,9</b>	61	<b>6,7</b>	4,4	<b>6,4</b>	64
<b>Dégradation</b>								
Public	13,9	2,1	12,4	53	12,0	4,3	10,9	56
Privé	<b>7,0</b>	0,5	<b>5,1</b>	8	<b>1,0</b>	0,5	<b>0,9</b>	8
Ensemble	<b>13,2</b>	1,8	<b>11,5</b>		<b>10,9</b>	3,4	<b>9,8</b>	
<i>Nb obs</i>	52	9		61	55	9		64

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 2.39 : Existence de certains dispositifs pour les salles d'accouchement**

	Poubelle	Point d'eau	Douche	Registre	<i>Nb obs</i>
<b>Rural</b>					
Public	<b>60,9</b>	<b>56,5</b>	43,5	100,0	46
Privé	<b>80,0</b>	<b>80,0</b>	<b>80,0</b>	<b>100,0</b>	6
<b>Ensemble</b>	<b>62,7</b>	<b>58,8</b>	<b>47,1</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>
<b>Urbain</b>					
Public	100,0	85,7	57,1	100,0	7
Privé	50,0	100,0	100,0	100,0	2
<b>Ensemble</b>	<b>88,9</b>	<b>88,9</b>	<b>66,7</b>	<b>100,0</b>	9

Source : INSTAT/DSM/EEFES

maladies les plus fréquentes. Les dix médicaments suivants ont été retenus : chloroquine, mebendazole, lidocaïne, alcool 90°, sels de réhydratation orale, sérum glucosé, paracétamol, acide acétylsalicylique (communément connu sous le nom d'Aspirine), fer acide folique, cotrimoxazole. Lors de l'enquête, on a demandé aux responsables des formations sanitaires s'ils dispensent eux-mêmes des médicaments à leurs patients et si des ruptures de stocks (avec la durée) de ces types de médicaments se sont produites au cours des trois derniers mois précédant l'enquête (mars, avril, mai).

Il faut mentionner que depuis la suspension de la participation financière des usagers au mois septembre 2002, le paiement chez SALAMA des commandes de médicaments de tous les centres de santé publics est supporté directement par le ministère central, mais non plus par les recettes propres des centres de santé. Au cours de cette période, la plupart des médicaments ont été distribués gratuitement aux patients.

**Tableau 2.40 : Proportion de formations sanitaires dispensant des médicaments**

Nouveau type de centre	CSB				CHD		CSB et CHD	
	Rural	Urbain	Ensemble	Nb obs	Ensemble	Nb obs	Nb obs	
Public	100,0	100,0	100,0	68	100,0	16	100,0	84
Privé non confessionnel	73,3	57,9	67,3	49	100,0	1	68,0	50
Privé confessionnel	100,0	100,0	100,0	14	100,0	5	100,0	19
<b>Ensemble</b>	<b>91,4</b>	<b>78,9</b>	<b>87,8</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>89,5</b>	<b>153</b>
<i>Nb</i>	<i>93</i>	<i>38</i>	<i>131</i>		<i>22</i>		<i>153</i>	

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 2.41 : Proportion des formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks**

Nouveau type de centre	CSB				CHD		Ensemble CSB et CHD	
	Rural	Urbain	Ensemble	Nb obs	Ensemble	Nb obs	Nb obs	
Public	13,2	20,0	14,7	68	37,5	16	19,0	84
Privé non confessionnel	53,3	36,8	69,7	33	100,0	1	70,6	34
Privé confessionnel	50,0	75,0	57,1	14	80,0	5	63,2	19
<b>Ensemble</b>	<b>30,1</b>	<b>34,2</b>	<b>35,7</b>	<b>115</b>	<b>50,0</b>	<b>22</b>	<b>38,0</b>	<b>137</b>
<i>Nb obs</i>	<i>85</i>	<i>30</i>	<i>115</i>		<i>22</i>		<i>137</i>	

Source : INSTAT/DSM/EEFES

## Formations sanitaires dispensant des médicaments

137 sur les 153 formations sanitaires enquêtées (soit 89,3%) dispensent directement des médicaments. La totalité des formations sanitaires publiques et privées confessionnelles fournissent directement des médicaments aux patients, de même pour les CHD privés non confessionnels. Les 16 formations sanitaires non dispensateurs de médicaments sont toutes des CSB privés non confessionnels et cela est plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural. En effet, près de 42% des CSB privés non confessionnelles installées en milieu urbain ne distribuent pas de médicaments contre seulement 27% en milieu rural. Ce phénomène peut être expliqué par le fait que l'installation d'un distributeur de médicaments au sein des centres de santé vient en complément avec les distributeurs professionnels de médicaments ou que les prestations de ces types de formations sanitaires sont destinées principalement à des individus

aisés pouvant se procurer des médicaments de spécialités dans les pharmacies professionnelles.

## Rupture de stocks des médicaments essentiels

Des ruptures de stocks de médicaments peuvent se passer dans ces centres de santé pour diverses raisons telles que les retards de bon de commande, le problème de transport, la hausse trop importante et imprévisible de la demande de traitement, annulation des commandes suite à une demande de traitement trop faible, les difficultés financières et les ruptures de stocks au niveau même du central d'achat.

Parmi les formations sanitaires enquêtées dispensant des médicaments, seulement 38 % d'entre elles (52 formations sanitaires) n'ont connu aucune rupture de stock au cours des trois derniers mois précédant l'enquête. La proportion est plus importante dans les CHD, puisque 50% (11 sur 22 CHD) d'entre eux ont pu toujours avoir à leur disposition les médicaments qu'ils

**Tableau 2.42 : Proportion des formations sanitaires en rupture de stocks selon le type de médicament**

Nouveau type de centre	CSB			CHD	Ensemble	Durée moyenne en jours
	Rural	Urbain	Ensemble	Ensemble		
Chloroquine	23,5	13,3	20,9	13,0	19,7	32,1
Métabendazole	23,5	16,7	21,7	13,0	20,4	37,2
Lidocaïne	17,6	10,0	15,7	13,0	15,3	72,3
Alcool 90°	21,2	13,3	19,1	13,0	18,2	45,0
Sels de réhydratation orale	14,1	6,7	12,2	9,0	11,7	54,6
Sérum glucosé	31,8	13,3	27,0	31,0	27,7	73,6
Paracétamol	38,8	10,0	31,3	13,0	28,5	47,0
Acétylsalicylique	37,7	33,3	36,5	19,0	33,6	69,9
Fer acide folique	15,3	10,0	13,9	22,0	15,3	73,4
Cotrimoxazole	30,6	10,0	25,2	9,0	22,6	36,6
<b>Nombre de FS</b>	<b>85</b>	<b>30</b>	<b>115</b>	<b>22</b>	<b>137</b>	

Source : INSTAT/DSM/EEFES

ont besoins. Tandis que, dans les CSB, la proportion n'est que de 35,7% (41 sur 115 CSB).

La rupture de stock touche surtout les formations sanitaires publiques. En effet, si plus de 70% des CSB privés non confessionnels et 57% des CSB privés confessionnels n'ont connu des ruptures de stocks, ils n'étaient que de 15% chez les CSB publics. De l'autre côté, parmi les 6 CHD privés enquêtés, seulement un d'entre eux était en cours de médicaments essentiels, alors que dans le secteur public, le rapport s'élève à 10 sur 16 CHD.

Si l'on entre plus en détail dans les types de médicaments, en terme de fréquence des ruptures de stock, les antalgiques antipyrétiques (l'acide acétylsalicylique, le paracétamol) se distinguent des autres médicaments essentiels retenus. Respectivement plus de 33% et 28% des formations sanitaires dispensant des médicaments ont connu des ruptures de stocks en acide acétylsalicylique (connu sous le nom d'Aspirine) et en paracétamol au cours des trois derniers mois précédant l'enquête. Mais le problème touche plus particulièrement les CSB : plus de 36,5% des cas pour l'acide acétylsalicylique et 31,3% de cas pour le paracétamol. Tandis que chez les CHD, la situation est moins alarmante puisque moins de 20% d'entre eux sont concernées par la rupture de stock. Si on fait l'analyse selon le milieu, la

situation est assez différente pour les deux types d'antalgiques. Si la rupture de stock d'acide acétylsalicylique touche de façon plus ou moins uniforme les CSB publics en milieu urbain et en milieu rural (respectivement 37,7% et 33,3% de l'ensemble des CSB), c'est relativement très rare de trouver des CSB publics en milieu urbain en rupture de stock de paracétamol (10,0% des CSB en milieu urbain contre plus de 38,8% des CSB en milieu rural).

Les ruptures de stock de Sérum glucosé sont aussi relativement fréquentes dans les formations sanitaires, puisqu'elles affectent plus de 27,7% d'entre elles. Contrairement à la situation précédente, elles concernent beaucoup plus les CHD que les CSB. En effet, plus de 31% des CHD enquêtées s'en plaignent contre seulement à peine 27% de CSB.

En ce qui concerne les autres types de médicaments, les ruptures de stocks sont moins fréquentes touchant moins de 22,6% des formations sanitaires pour le cotrimoxazole, 20,4% pour le métabendazole, 19,7% pour la chloroquine, 18,2% pour l'alcool 90°, 15,3% pour l'acide folique et 11,7% pour les sels de réhydratation orale. En général, les ruptures de stocks sont plus fréquentes en milieu rural qu'en milieu urbain.

La durée moyenne des ruptures de stocks au cours des trois derniers mois précédant l'en-

**Tableau 2.43 : Proportion des formations sanitaires publiques en rupture de stocks selon le type de médicament**

Nouveau type de centre	CSB			CHD	Ensemble	Durée moyenne en jours
	Rural	Urbain	Ensemble	Ensemble		
Chloroquine	34,0	20,0	30,9	18,0	28,6	33,8
Métabendazole	30,2	26,7	29,4	18,0	27,4	32,2
Lidocaïne	22,6	20,0	22,1	18,0	21,4	73,7
Alcool 90°	32,1	26,7	30,9	18,0	28,6	44,2
Sels de réhydratation orale	17,0	0,0	13,2	12,0	13,1	44,2
Sérum glucosé	41,5	13,3	35,3	37,0	35,7	68,8
Paracétamol	62,3	20,0	52,9	18,0	46,4	47,0
Acétylsalicylique	58,5	60,0	58,8	26,0	52,4	70,4
Fer acide folique	20,8	13,3	19,1	25,0	20,2	69,5
<b>Cotrimoxazole</b>	<b>45,3</b>	<b>20,0</b>	<b>39,7</b>	<b>6,0</b>	<b>33,3</b>	<b>37,0</b>
<b>Nombre de FS</b>	<b>53</b>	<b>15</b>	<b>68</b>	<b>16</b>	<b>84</b>	

Source : INSTAT/DSM/EEFES

quête est assez importante. Elle est la plus élevée pour les types de médicaments suivants : Sérum glucosé 73,6 jours, Lidocaïne 72,3 jours et l'acide folique 73,4 jours. La durée minimale enregistrée est pour la chloroquine 32,1 jours.

### Cas des formations sanitaires publiques

Selon le type de formation sanitaire, quelque soit le type de médicaments considérés, les ruptures de stocks sont plus fréquentes dans les établissements publics. La situation est très alarmante en ce qui concerne les antalgiques antipyrétiques, puisque, au cours des trois derniers mois précédant l'enquête, plus de la moitié des formations sanitaires publiques enquêtées (52,4%) ont déjà connu des ruptures de stocks d'acide acétylsalicylique et 46,4% pour le manque de paracétamol. Ce phénomène concerne presque exclusivement des formations sanitaires publiques. En effet, aucune des formations sanitaires privées enquêtées n'était en rupture de stocks de paracétamol et seulement 6% des formations sanitaires privées non confessionnelles ont déclaré avoir un manque d'acide acétylsalicylique (connu sous le nom d'Aspirine).

Les sels de réhydratation orale et le Fer acide folique sont les moins souvent en rupture de stock dans les formations sanitaires publiques,

puisque respectivement moins de 13% et moins de 20% des établissements enquêtés l'ont évoqué.

La durée des ruptures de stock au cours des trois derniers mois précédant l'enquête est importante dépassant 32,2 jours et atteignant même 73,7 jours pour le Lidocaïne, 70,4 jours pour l'acide acétylsalicylique et 69,5 jours pour le Fer acide folique.

### Cas des formations sanitaires privées non confessionnelles

Dans les formations sanitaires non confessionnelles, les ruptures de stocks de médicaments essentiels ne concernent que les CSB. Elles rencontrent des difficultés de reconstitution de stocks le plus souvent pour deux types de médicaments : les sels de réhydratation orale et le sérum glucosé. Mais, la situation ne se présente pas de la même façon selon le milieu. En effet, les CSB privés non confessionnels de milieu urbain sont plus souvent touchés par les ruptures de stocks en sérum glucosé (18,2% de l'ensemble) contre seulement 13,6% de l'ensemble. Tandis que chez les CSB de même type, mais en milieu rural, 18,2% des établissements enquêtés répondent avoir des difficultés d'approvisionnement en sels de déshydratation orale. Cette proportion est de 9,1% pour le cas de sérum glu-

**Tableau 2.44 : Proportion des formations sanitaires privées non confessionnelles en rupture de stocks selon le type de médicament**

	CSB			CHD	Ensemble	Durée moyenne en jours
Nouveau type de centre	Rural	Urbain	Ensemble	Ensemble		
Chloroquine	0,0	9,1	3,0	0,0	2,9	
Métabendazole	9,1	9,1	9,1	0,0	8,8	65,0
Lidocaïne	9,1	0,0	6,1	0,0	5,9	90,0
Alcool 90°	4,6	0,0	3,0	0,0	2,9	60,0
Sels de réhydratation orale	13,6	18,2	15,2	0,0	14,7	73,2
Sérum glucosé	18,2	9,1	15,2	0,0	14,7	90,0
Paracétamol	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Acétylsalicylique	4,6	9,1	6,1	0,0	5,9	60,0
Fer acide folique	9,1	9,1	9,1	0,0	8,8	90,0
<b>Cotrimoxazole</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	
<b>Nombre de FS</b>	<b>22</b>	<b>11</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>34</b>	

Source : INSTAT/DSM/EEFES

cosé. Pour les autres types de médicaments, les problèmes de reconstitution des stocks sont relativement rares ne concernant que moins de 9% de l'ensemble des formations sanitaires privées non confessionnelles. Ils sont pratiquement inexistantes en ce qui concerne le cotrimoxazole, le paracétamol, la chloroquine et l'alcool 90°.

La durée des ruptures de stocks est très importante dépassant les 60 jours atteignant même 90 jours pour certains médicaments tels que le Lidocaïne, le sérum glucosé et le fer acide folique.

### Cas des formations sanitaires privées confessionnelles

Dans les formations sanitaires privées confessionnelles, les ruptures de stock de Cotrimoxazole et de Sérum glucosé sont les plus fréquemment évoquées. Près de 16% de l'ensemble des ce type de formations sanitaires en sont concernés. Elles se présentent plus souvent chez les CHD que chez les CSB. Plus de 20% des CHD enquêtés sont touchés par ce problème contre seulement 14,3% des CSB.

Les ruptures de stock de chloroquine et de métabendazole ne sont pas à négliger puisqu'elles atteignent plus de 10% de l'ensemble des formations sanitaires enquêtées. Mais, elles concernent exclusivement les CSB en milieu

rural. Pour les autres types de médicaments, le problème de stock se pose très rarement, voire inexistant en ce qui concerne l'alcool 90°, les sels de réhydratation orale, le paracétamol et l'Acide acétylsalicylique.

En ce qui concerne la durée des ruptures de stock, les résultats sont très variables selon le type de médicament. Elle atteint 90 jours pour le sérum glucosé. Mais pour les autres médicaments, la durée est relativement courte : 15 jours pour le lidocaïne, 20,7 jours pour la chloroquine et 31 jours pour le cotrimoxazole.

### Fréquentation des formations sanitaires

L'évolution du niveau de fréquentation des formations sanitaires pourrait mesurer l'efficacité sous l'hypothèse que les patients peuvent faire un choix entre différents types de lieux de consultations en fonction de l'accessibilité géographique, la qualité et le coût des services offerts.

Dans cette étude, quatre périodes sont considérées pour tenir compte de la saisonnalité des maladies et les changements observés pouvant affecter la gestion des formations sanitaires notamment la suspension de la participation financière des usagers PFU :

**Tableau 2.45 : Proportion des formations sanitaires privées confessionnelles en rupture de stocks selon le type de médicament**

Nouveau type de centre	CSB			CHD	Ensemble	Durée moyenne en jours
	Rural	Urbain	Ensemble	Ensemble		
Chloroquine	20,0	0,0	14,3	0,0	11,1	20,7
Mé bendazole	20,0	0,0	14,3	0,0	10,5	45,0
Lidocaïne	10,0	0,0	7,1	0,0	5,3	15,0
Alcool 90°	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Sels de réhydratation orale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Sérum glucosé	10,0	25,0	14,3	20,0	15,8	90,0
Paracétamol	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Acétylsalicylique	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Fer acide folique	0,0	0,0	0,0	20,0	5,3	
<b>Cotrimoxazole</b>	<b>20,0</b>	<b>0,0</b>	<b>14,3</b>	<b>20,0</b>	<b>15,8</b>	<b>31,0</b>
<b>Nombre de FS</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>19</b>	

Source : INSTAT/DSM/EEFES

- 2001 : application de la PFU
- 1er semestre 2002 : crise politique économique et sociale
- 2ème semestre 2002 : règlement de la crise et suspension de la PFU dans les formations sanitaires publiques
- Janvier à Mai 2003 : Contexte post-crise avec maintien officiel de la suspension de la PFU

Les données ont été obtenues à partir des registres de consultations des formations sanitaires. Elles ont été réparties selon le motif de consultation. Les principales maladies ou soins retenus sont les suivants : accouchement, consultations prénatales, DTCP3 (moins d'un an), DTCHP (moins d'un an), diarrhée/dysenterie, écoulement génital, fièvre et suspicion de paludisme, infection respiratoire, malnutrition grave, rougeole, ulcération génitale. L'analyse sera axée surtout à l'évolution du nombre mensuel de consultation.

### Fréquentation des CSB publics

Les résultats obtenus justifient le choix des périodes d'analyse. On a enregistré une baisse de la fréquentation des CSB publics au cours du premier semestre de l'année 2002. En effet, le nombre

mensuel moyen de consultation des individus de plus de 5 ans dans les CSB publics a baissé de -16,7% entre l'année 2001 et le premier semestre 2002. Suite à la crise 2002, la plupart des CSB publics n'ont effectué que des services minimums et que la majorité de la population ont connu des difficultés financières. Ce qui a rendu plus difficile l'accès à ces centres de santé. Au cours du deuxième semestre 2002, les fréquentations des CSB publics ont repris et ont dépassé déjà le niveau en 2001. Le nombre mensuel moyen de consultation pendant cette période a augmenté de 109% par rapport au niveau du premier semestre 2002 et de 74% par rapport au niveau de 2001. Cette hausse est due à la reprise des activités et surtout à la suspension de la participation financière des Usagers. Le même phénomène est observé entre le deuxième semestre 2002 et les cinq premiers mois de 2003. Le nombre de consultation a augmenté avec la même proportion de 51% entre ces deux périodes.

Toutefois, on remarque que la baisse survenue entre 2001 et le premier semestre 2002 est plutôt modérée pour les trois principales maladies (Paludisme, IRA et Diarrhée). Il en est de même des consultations des enfants de moins de cinq ans qui n'ont baissé que de 9,6% entre les deux périodes.

**Tableau 2.46 : Nombre mensuel moyen de consultations dans les formations sanitaires publiques**

Motif de consultation	Année 2001	Nb fs	1er sem.		2ème sem.		Jan -	
			2002	Nb fs	2002	Nb fs	Mai. 2003	Nb fs
Total Consultation des enfants	128,6	67,0	116,2	67,0	218,8	67,0	367,1	67
Total Consultations 5 ans et plus	257,6	67,0	214,4	67,0	448,4	67,0	677,3	67
Paludisme	73,3	67,0	71,3	67,0	121,7	67,0	191,5	67
Infection respiratoire aigue	71,5	64,0	64,1	64,0	185,0	64,0	270,0	64
Diarrhée/Dysenterie	27,8	64,0	22,1	64,0	40,2	64,0	76,5	64
Malnutrition grave	2,2	61,0	2,7	61,0	4,6	61,0	6,2	61
Rougeole	1,9	46,0	2,0	46,0	3,3	46,0	5,7	46
Ecoulement génital + Chancres	10,6	64,0	8,8	64,0	15,0	64,0	26,6	64
IST	3,6	63,0	3,1	63,0	4,8	63,0	6,6	63
Accouchements	15,8	59,0	16,2	59,0	19,3	59,0	21,8	59
Consultations Prénatales	84,4	64,0	90,8	64,0	100,3	64,0	110,9	64
DTCP3 (moins d'un an)	47,0	60,0	32,9	60,0	24,9	60,0	30,3	60
DTCHP3 (moins d'un an)	92,7	58,0	40,9	58,0	52,8	58,0	60,1	58

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

Entre les deux semestres de l'année 2002, seules les fréquentations dues au vaccin DTCP3 sont en baisse de -14%. Pour les trois principales maladies, les nombres mensuels de consultations enregistrées sont respectivement: infection respiratoire (+188%), Paludisme (+71%) et diarrhée (82%).

Entre le deuxième semestre 2002 et le premier semestre 2003, le nombre de consultations motivées par l'administration des vaccins de DTCP3 a repris pour retrouver le niveau du premier semestre 2002. Pour les autres motifs de consultations, la hausse des nombres de consultations dépasse toujours 60% sauf pour les consultations prénatales.

### Fréquentation des CSB privés non confessionnels

Dans les CSB privés non confessionnels, la situation se présente autrement. Entre la période 2001 et le premier semestre 2002, les fréquentations des établissements ont aussi subi une baisse mais significativement moins importante que dans les centres publics (-3,7%). La même tendance est observée quelques soit le motif de consultation considéré. Toutefois, les baisses les plus importantes se retrouvent dans les consultations dues à l'administration des vaccins DTCP3 (-57%).

Les nombres de consultations prénatales, accouchements et dues au fièvre et suspicion de paludisme sont restés stables au cours de cette période. Pour les principales maladies, on remarque même une hausse du nombre moyen de consultations dues au paludisme.

Entre les deux semestres de l'année 2002, les consultations ont repris mais de façon relativement modeste si l'on compare à ce qu'on a observé dans les formations sanitaires publiques.

### Fréquentation des CSB privés confessionnels

Dans les CSB privés confessionnels, l'impact de la crise 2002 ne faisait pas trop sentir. La grève a touché moins le secteur de la santé privé et la demande de consultation n'a pas trop diminué. En effet, le nombre de consultations des patients de plus de 5 ans enregistrées n'a diminué que de -4% entre 2001 et le premier semestre 2002. Les consultations sur les principales maladies ont stagné voire augmenté pour le cas du paludisme (4%). Les autres motifs de consultations étaient en recul au cours de cette période, notamment en ce qui concerne l'administration du vaccin DTCP3 (-71,4%) et les consultations prénatales (-11,3%). Toutefois, des centres de santé ont remplacé l'administra-

**Tableau 2.47 : Nombre mensuel moyen de consultations dans les formations sanitaires non confessionnelles**

Motif de consultation	Année 2001	Nbr	1er sem.	Nbr	2ème sem.	Nbr	Jan -	Nbr
			2002		2002		Mai. 2003	
Total Consultation des enfants	95,1	30	91,5	30	90,2	30	79,6	30
Total Consultations 5 ans et plus	262,4	30	237,7	30	247,8	30	235,7	30
Paludisme	61,6	29	70,7	29	67,6	29	59	29
Infection respiratoire aigue	64,7	29	61,7	29	75,9	29	56,7	29
Diarrhée/Dysenterie	27,9	28	21,3	28	22,4	28	22	28
Malnutrition grave	7,6	20	13,6	20	10,7	20	4,6	20
Rougeole	2,5	17	1	17	1,1	17	0,9	17
Ecoulement génital + Chancre	10,6	29	8,7	29	7,8	29	9,4	29
IST	4,5	25	2,6	25	2,4	25	4,6	25
Accouchements	1,6	8	1,9	8	1,7	8	1,6	8
Consultations Pré-Natales	7,1	15	7,6	15	9	15	15,1	15
DTCP3 (moins d'un an)	57,6	7	24,7	7	38,7	7	3,8	7
DTCHP3 (moins d'un an)	4,7	7	33,8	7	39,4	7	40,5	7

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 2.48 : Nombre mensuel moyen de consultations dans les formations sanitaires confessionnelles**

Motif de consultation	Année 2001	Nbr	1er sem.	Nbr	2ème sem.	Nbr	Jan -	Nbr
			2002		2002		Mai. 2003	
Total Consultation des enfants	84,9	14	86,3	14	78,9	14	88,7	14
Total Consultations 5 ans et plus	189,2	14	181,4	14	199,7	14	184,4	14
Paludisme	58	14	60,3	14	58,5	14	48	14
Infection respiratoire aigue	50,1	14	48	14	55,1	14	60,1	14
Diarrhée/Dysenterie	26,6	14	26,2	14	22,1	14	27,8	14
Malnutrition grave	4,6	11	3,1	11	1,4	11	3,9	11
Rougeole	1,1	11	1,5	11	1,1	11	1,8	11
Ecoulement génital + Chancre	8,8	13	6,3	13	8,2	13	6,9	13
IST	2,2	12	2,3	12	1,3	12	1,3	12
Accouchements	13,6	4	15,2	4	17,7	4	17,3	4
Consultations Pre-Natales	47,1	5	41,8	5	43,4	5	53,4	5
DTCP3 (moins d'un an)	33,6	5	9,6	5	15,3	5	12,6	5
DTCHP3 (moins d'un an)		3	42,4	3	76,3	3	46,5	3

Source : INSTAT/DSM/EEFES

tion du vaccin DTCP3 en DTCHP3 conformément à un arrêté ministériel.

Entre les deux semestres de l'année 2002, la fréquentation dans ce type de formations sanitaires est en hausse de 10% pour les individus de plus de cinq ans. Les consultations dues aux ulcérations génitales ont connu toujours une hausse (30,2%), de même pour les accouchements (16,4%). Les autres types de consultations ont repris tels que l'infection respiratoire (14,8%) et les consultations prénatales (3,8%).

Si l'on fait l'analyse des fréquentations dans les formations sanitaires selon le faritany, la même tendance a été observée au cours des

trois périodes considérées : Baisse entre 2001 et le premier semestre 2002, hausse entre premier et deuxième semestres 2002 et baisse importante entre le deuxième semestre 2002 et la moyenne des cinq premiers mois de 2003. On retrouve à peu près le niveau de 2001 pour les cinq premiers mois de 2003. L'exception est observée au niveau du faritany de Mahajanga où le nombre de consultations était resté stable au cours de la première période (crise 2002).

**Tableau 2.49: Proportion des patients pour lesquels les informations sont disponibles.**

Unité : %.

	Public	Privé non confessionnel	Privé confessionnel	Ensemble
Carnet de santé ou carte infantile	97,0	93,8	92,3	95,4
Age	97,9	99,5	100,0	98,7
Poids	81,8	60,5	80,0	74,3
Température	82,4	78,1	87,7	81,5
<b>Fréquence respiratoire</b>	<b>35,2</b>	<b>28,1</b>	<b>30,8</b>	<b>32,3</b>

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 2.50 : Répartition des centres de santé selon le nombre minimal et maximal d'information disponible pour les cinq malades.**

Nombre maximal d'informations							
Nombre minimal							
Public							
	1	2	3	4	5	Total	%
1		1				1	1,5
2			3	4		7	10,4
3			7	10	4	21	31,3
4				15	9	24	35,8
5					14	14	20,9
Total						67	100,0
Privé non confessionnel							
	1	2	3	4	5	Total	%
1		1				1	2,4
2		4	5	2		11	26,2
3			5	3		8	19,0
4				8	7	15	35,7
5					7	7	16,7
Total						42	100,0
Privé confessionnel							
	1	2	3	4	5	Total	%
1	1					1	7,7
2			1			1	7,7
3				2		2	15,4
4				3	3	6	46,2
5					3	3	23,1
Total						13	100,0
Ensemble							
	1	2	3	4	5		
1	1	2				3	2,5
2		4	9	6		19	15,6
3			12	15	4	31	25,4
4				26	19	45	36,9
5					24	24	19,7
Total						122	100,0

Source : INSTAT/DSM/EEFES

Mode de lecture : les nombres minimaux sont en lignes ; les nombres maximaux sont en colonnes. Exemple : pour le dernier tableau « ensemble », le chiffre 6 à la ligne 2 et à la colonne 4 indique qu'il y a 6 centres de soins où l'on a enregistré, au moins deux informations et au plus quatre informations sur les cinq demandées aux cinq patients.

**Tableau 2.51 : Répartition des centres de soin selon le nombre de signes de danger recherchés, dans les Centres de soin publics**

Nombre maximal pour les cinq patients					
	0	1	2	3	4
Nombre minimal pour les cinq patients					
0	2	5	7	2	3
1		4	8	3	3
2			3	2	2
3				1	5
4					8

Source : INSTAT/DSM/EEFES

## Mesure de la qualité des soins dans le cadre de la PCIME

### Disponibilité des informations de base au moment de la consultation.

La qualité des soins se mesure par le respect des protocoles lors de la consultation. Dans le cadre de la PCIME, les documents comme le carnet de santé ou la carte infantile doivent être disponibles. De plus, les informations de base, à savoir : l'âge, le poids, la température et la fréquence respiratoire doivent être recueillies. Néanmoins, seuls le carnet et l'âge des patients sont les plus systématiquement disponibles ou recueillis (plus de 90% des patients) au moment de la consultation.

L'efficacité d'un centre de santé se rapporte au fait que tous les protocoles doivent être respectés. Si l'on aborde le problème au niveau des centres, on constate que le nombre d'informations recueillies varie dans un centre selon le patient. Le tableau qui suit donne la répartition des centres selon le nombre maximal et minimal d'informations pour les cinq patients observés. Seuls 24 centres sur 122 ont pu recueillir la totalité de ces informations pour les cinq malades que l'on a observé. Pour 45 d'entre eux, on a pu disposer de quatre ou de la totalité des cinq types d'informations pour les cinq patients.

Ainsi, on constate que les cinq éléments sont disponibles pour les cinq patients, pour 23% des centres privés confessionnels, contre 21%

**Tableau 2.52 : Répartition des centres de soin selon le nombre de signes de danger recherchés, dans les Centres de soin privés non confessionnels.**

Nombre maximal parmi les cinq patients					
	0	1	2	3	4
Nombre minimal parmi les cinq patients					
0	2	3	5	3	
1		1	4	3	
2			4	4	
3				1	3
4					4

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 2.53 : Répartition des centres de soin selon le nombre de signes de danger recherchés, dans les Centres de soin privés confessionnels.**

Nombre maximal pour les cinq patients					
	0	1	2	3	4
Nombre minimal pour les cinq patients					
0			1		
1			2	3	
2			1		
3					2
4					2

Source : INSTAT/DSM/EEFES

pour les centres publics et 17% pour les centres privés non confessionnels.

### Recherche des signes généraux de danger :

Les signes généraux de danger doivent être recherchés dès le début de la prise en charge, quel que soit le motif de la consultation. Ce sont :

1. l'appétit à boire ;
2. le vomissement ;
3. les convulsions ;
4. lignes d'anémie.

Le nombre de signes de danger recherchés par le personnel de santé varie d'un centre de santé à l'autre mais également pour le même agent traitant chacun des cinq enfants malades. Les tableaux suivants montrent le nombre minimal et maximal de signes recherchés pendant l'observation des cinq patients.

**Tableau 2.54 : Répartition des centres de soin selon le respect des protocoles lors des cas de léthargie ou d'inconscience.**

	Public	Privé non confessionnel	Privé confessionnel	Total
Des cas de léthargie présents n'ont pas été observés par le personnel	11	9	0	20
Aucun cas de léthargie ne s'est présenté	43	25	10	78
Tous les cas de léthargie présents ont été observés	13	8	3	24
<b>Nombre de centres de soin observés</b>	<b>67</b>	<b>42</b>	<b>13</b>	<b>122</b>

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 2.55 : Répartition des centres de soin selon le respect des protocoles lors des cas de convulsion.**

	Public	Privé non confessionnel	Privé confessionnel	Total
Des cas de convulsion présents n'ont pas été observés par le personnel	4	5	0	9
Aucun cas de convulsion ne s'est présenté	49	30	12	91
Tous les cas de convulsion présents ont été observés	14	7	1	22
<b>Nombre de centres de soin observés</b>	<b>67</b>	<b>42</b>	<b>13</b>	<b>122</b>

Source : INSTAT/DSM/EEFES

D'après ce tableau, on peut lire que, sur les 58 centres publics où l'on a reçu les patients concernés :

- le nombre de centres de soin où les quatre signes de danger ont été recherchés pour les cinq malades est égal à 8 ;
- le nombre de centres où aucun signe de danger n'a été recherché pour aucun des cinq patients est de 2.

Ainsi, sur les 37 centres de soin privés non confessionnels ayant reçu les patients concernés :

- le nombre de centres de soin où les quatre signes de danger ont été recherchés pour les cinq malades est égal à 4 ;
- le nombre de centres où aucun signe de danger n'a été recherché pour aucun des cinq patients est égal à 2.

Sur les 11 centres de soin privés confessionnels,

- le nombre de centres de soin où les quatre signes de danger ont été recherchés pour les cinq malades est 2 ;
- le nombre de centres où aucun signe de danger n'a été recherché pour aucun des cinq patients est 0.

### Cas de léthargie ou d'inconscience.

Sur les 122 centres de soin observés, il y en a eu 20 pour lesquels des cas de léthargie présents n'ont pas été observés par le personnel. A l'autre bout, pour 24 centres de soin, tous les cas de léthargie présents ont été observés.

Pour ce qui concerne les cas de convulsion, au total, il existe 9 centres où des cas de convulsion se sont présentés mais n'ont pas été observés par le personnel de santé. Par ailleurs, pour 9 centres, tous les cas de convulsion présents ont été observés.

**Tableau 2.56 : Répartition des centres de santé selon l'aptitude à bien classifier la maladie et à bien respecter le traitement, pour quelques maladies.**

	Publics	Privés non confessionnels	Privés confessionnels	Publics	Privés non confessionnels	Privés confessionnels
	Tous les cas ont été bien classifiés			Tous les cas ont été bien traités		
Toux	83% (n=64)	85% (n=39)	85% (n=13)	73% (n=64)	74% (n=39)	77% (n=13)
diarrhée	83% (n=54)	76% (n=34)	90% (n=10)	69% (n=54)	74% (n=34)	50% (n=10)
fièvre	78% (n=64)	80% (n=41)	85% (n=13)	78% (n=64)	78% (n=41)	85% (n=13)
problème d'oreille	86% (n=14)	82% (n=11)	100% (n=2)	86% (n=14)	82% (n=11)	100% (n=2)
anémie ou malnutrition sévère	61% (n=23)	64% (n=14)	80% (n=5)	70% (n=23)	57% (n=14)	60% (n=5)

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 2.57 : Nombre de centres pour lesquels les cinq informations sont toujours disponibles.**

Public	62 sur 64
Privé non confessionnel	12 sur 13
Privé confessionnel	6 sur 6
Ensemble	77 sur 80

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 2.58 : Nombre de centres pour lesquels les trois questions sur les antécédents de grossesse ont été posés : parité, antécédents d'avortement, antécédents de mort-né.**

Public	62 sur 64
Privé non confessionnel	11 sur 14
Privé confessionnel	6 sur 6
Ensemble	79 sur 84

Source : INSTAT/DSM/EEFES

## Classification et traitement des maladies

L'investigation comprend la classification adéquate des maladies et l'application d'un traitement approprié pour le type de maladie.

Des différents types de maladie, la classification de tous les cas de toux est totale pour 85% des centres de soin. Les problèmes d'oreille atteignent le même rapport de classification par les agents. Notons, par contre, que les anémies ou malnutritions sévères ne sont pas tota-

**Tableau 2.59 : Nombre de centres de soin pour lesquels les trois examens lors de l'examen clinique ont été posés**

Public	58 sur 64
Privé non confessionnel	12 sur 13
Privé confessionnel	5 sur 6
Ensemble	75 sur 83

Source : INSTAT/DSM/EEFES

lement bien classifiées, ni bien traitées. Seuls 57% à 70% sont traités de façon adéquate.

## Mesure de la qualité des soins dans le cadre des consultations prénatales

Dans une large majorité, les informations de base sont disponibles au moment de la consultation prénatale : carnet de santé, âge, poids, tension artérielle et taille. En effet, ceci est le cas pour 77 centres sur 80.

La même constatation s'impose pour ce qui est des antécédents de grossesse. Les agents de 77 centres sur 84 ont posé les questions sur la parité, les antécédents d'avortement et de mort-né.

Les trois examens ont été effectués lors de l'examen clinique : prise de la hauteur utérine (HU), auscultation du BDCF, toucher vaginal dans bon nombre de centres de soin.

## Les caractéristiques des demandes de service de santé

### Effectif des patients

**D**urant toute cette partie, on essaiera de dégager l'appréhension des bénéficiaires et des utilisateurs des soins de santé sur la qualité des services offerts par les différents types de formations sanitaires. On effectuera deux approches distinctes: d'abord selon les patients contactés à la sortie des centres de santé ayant déjà fait l'objet de visite et ensuite selon les membres des ménages enquêtés.

Pour l'approche ménage, les centres de santé sont plus diversifiés du fait qu'on ne les connaît

pas a priori alors que pour l'approche "usager", les centres de santé ont été sélectionnés d'après l'échantillonnage des zones de dénombrement fixé dès le départ. De plus, l'effectif des usagers a été fixé à 800 dont 70% sont tirés des centres de soin publics alors que pour l'approche ménage l'effectif des membres ayant fait une consultation externe n'est connue qu'à la fin de l'interview. Avec 5415 membres des 1066 ménages choisis, 8,14% ont rapporté avoir visité un centre de soin au cours des deux dernières semaines précédant l'interview.

Il arrive aussi qu'il est quelquefois difficile pour les ménages de définir le type de centre qu'ils ont fréquenté si bien qu'il a fallu utiliser le type utilisé pour les enquêtes CSB ou CHD au cas où le centre fréquenté par les membres du ménage a été aussi retrouvé dans ces

**Tableau 3.1: Effectif des patients par type de centre de soin fréquenté selon l'approche usager**

Rural	CSB	CHD	Total
<i>Public</i>	366	21	387
Privé non confessionnel	87	3	90
Privé confessionnel	34	18	52
<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>42</b>	<b>529</b>
<b>Urbain</b>			
<i>Public</i>	103	74	177
Privé non confessionnel	66	3	69
Privé confessionnel	16	5	21
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>82</b>	<b>267</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 3.2: Effectif des membres des ménages par type de centre de soin fréquenté selon l'approche ménage**

Classification	Rural	Urbain	Total
Public	219	90	309
Privé non confessionnel	66	46	112
Privé confessionnel	23	11	34
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>147</b>	<b>455</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 3.3: Répartition des patients selon le sexe**

Centre	Approche Usager			Approche Ménage		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
<b>Urbain</b>						
Public	45,8	54,2	100,0	39,4	60,6	100,0
Privé non confessionnel	47,8	52,2	100,0	51,1	48,9	100,0
Privé confessionnel	52,4	47,6	100,0	72,7	27,3	100,0
<b>Ensemble urbain</b>	<b>46,8</b>	<b>53,2</b>	<b>100,0</b>	<b>42,3</b>	<b>57,7</b>	<b>100,0</b>
<i>Nb obs</i>	125	142	267	134	184	318
<b>Rural</b>						
Public	40,8	59,2	100,0	44,8	55,2	100,0
Privé non confessionnel	49,4	50,6	100,0	33,3	66,7	100,0
Privé confessionnel	36,4	63,6	100,0	43,5	56,5	100,0
<b>Ensemble rural</b>	<b>41,8</b>	<b>58,2</b>	<b>100,0</b>	<b>45,0</b>	<b>55,0</b>	<b>100,0</b>
<i>Nb obs</i>	221	308	529	69	83	152

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 3.4: Répartition des patients selon l'âge**

Centre	Usagers			Ménages		
	Moins de cinq ans	Plus de 5 ans	Total	Moins de 5 ans	Plus de 5 ans	Total
Public	22,6	77,4	100,0	25,7	74,4	100,0
Non confessionnel pri	17,4	82,6	100,0	19,7	80,3	100,0
Confessionnel private	33,3	66,7	100,0	26,1	73,9	100,0
Total	22,1	77,9	100,0	24,5	75,6	100,0
Centre						
Public	27,4	72,6	100,0	27,7	72,3	100,0
Non confessionnel pri	23,0	77,0	100,0	25,5	74,5	100,0
Confessionnel private	29,1	70,9	100,0	18,2	81,8	100,0
Total	26,8	73,2	100,0	26,3	73,7	100,0

Source : INSTAT/DSM/EEFES

enquêtes. Mais au vu des résultats, la part des centres publics ne s'écarte pas de celle déjà vue dans l'autre approche.

### Type de Patients selon les deux approches Ménage et Usagers

La majorité des patients selon les deux approches est du sexe féminin aussi bien dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Cette part plus élevée des patients féminins est d'ailleurs confirmée par les deux approches. Ceci s'explique par la vulnérabilité de la femme

(liée à la grossesse) que plutôt par leur nombre légèrement plus élevé que celui des hommes.

En moyenne 78% des patients urbains ont plus de cinq ans selon l'approche usager et 73% selon l'approche ménage.

### Païement sans facture (ou reçu)

Environ 4,5% des patients ont déclaré avoir payé certains frais sans facture. Cela se passe plus fréquemment en milieu rural dans les centres publics. En milieu urbain, les centres privés sont aussi concernés. Cela ne concerne

**Tableau 3.5: Pourcentage des patients ayant payé sans facture dans les types de centre**

centre	csb	chd	Ensemble	Nb obs
<b>Rural</b>				
Public	5,8	0,0	5,4	387
Privé non confessionnel	0,0	0,0	0,0	90
Privé confessionnel	0,0	0,0	0,0	52
Ensemble	4,3	0,0	4,0	529
<i>Nb obs</i>	<i>487</i>	<i>42</i>		
<b>Urbain</b>				
Public	2,9	5,4	4,0	177
Privé non confessionnel	6,1	0,0	5,8	69
Privé confessionnel	0,0	20,0	4,8	21
<b>Ensemble</b>	<b>3,8</b>	<b>6,1</b>	<b>4,5</b>	<b>267</b>
<i>Nb obs</i>	<i>185</i>	<i>82</i>		

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 3.6: Temps d'attente médian en minutes**

centre	Approche Usager				Ménage				
	csb	chd	Ensemble	Nb obs	CSB	CHD	CHU/CHR	Ensemble	Nb obs
<b>Rural</b>									
Public	25	10	20	387	30	22	15	30	228
Privé non confessionnel	10		10	87	10	30		10	69
Privé confessionnel	13	15	15	55	45	15		30	21
Ensemble	15	13	15	529	25	15	15	20	318
<b>Urbain</b>									
Public	30	18	25	177	20	30	90	25	85
Privé non confessionnel	15	15	15	69	10			10	55
Privé confessionnel	25	10	20	21	15			15	12
Ensemble	20	15	20	267	15	30	90	15	152

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

que 4 cas sur 156 pour les centres privés non confessionnels et 1 cas sur 76 pour les centres privés confessionnels. Ainsi, il est plus intéressant de connaître les raisons de ce paiement pour les centres publics seulement. 30,4% des patients des centres publics qui ont payé sans facture l'ont fait pour éviter la queue et pour bénéficier de moins d'attente; 22% pour une meilleure consultation, 4,3% pour avoir plus de médicaments et payer moins de frais et enfin 54,5% pour d'autres motifs.

## Temps d'attente

En général, les patients des centres publics attendent plus longtemps avant d'être reçus. En effet, plus de la moitié de ces patients attendent plus de 30 minutes en milieu rural et 25 minutes en milieu urbain (volet ménage). Toutefois, la durée d'attente dans les CSB publics est significativement plus longue que dans les CHD publics.

**Tableau 3.7: Pourcentage des patients palpés**

centre	csb	chd	Total	Nb obs
<b>Rural (approche usager)</b>				
Public	68,3	95,2	69,8	387
Privé non confessionnel	94,3		94,3	87
Privé confessionnel	85,3	100,0	90,9	55
Ensemble rural Usager	74,1	97,6	76,0	529,0
Ensemble rural Ménage	77,5	89,5	78,3	286
<b>Urbain (approche usager)</b>				
Public	77,7	77,0	77,4	177
Privé non confessionnel	80,0	66,7	79,4	68
Privé confessionnel	100,0	60,0	90,5	21
Ensemble Urbain Usager	80,4	75,6	78,9	266
Ensemble Urbain Ménage	80,5	84,0	81,2	137

Source : INSTAT/DSM/EEEFS

**Tableau 3.8: Pourcentage des patients palpés selon l'âge dans les CSB seulement**

	Moins de 5 ans	5 ans et plus	Ensemble	Nbr
<b>Rural</b>				
Public	71,0	67,3	68,3	366
Privé non confessionnel	95,0	94,0	94,3	87
Privé confessionnel	90,0	83,3	85,3	34
Ensemble	76,2	73,4	74,1	487
Nb obs	130	357		
<b>Urbain</b>				
Public	92,6	72,4	77,7	103
Privé non confessionnel	91,7	77,4	80,0	65
Privé confessionnel	100,0	100,0	100,0	16
<b>Ensemble</b>	<b>93,2</b>	<b>76,4</b>	<b>80,4</b>	<b>184</b>
<b>Nbr obs</b>	<b>44</b>	<b>140</b>		

Source : INSTAT/DSM/EEEFS

En milieu urbain, la durée d'attente dans les centres privés confessionnels semble être aussi longue que dans les centres publics. Cette situation est constatée selon l'approche usager mais ne peut être confirmée par l'autre approche compte tenu du nombre insuffisant de cas (seulement 4 patients urbains rapportés avoir fait une consultation dans un centre privé confessionnel). C'est dans les centres privés non confessionnels où on attend le moins longtemps avec une durée d'attente médiane de 10 minutes dans les deux zones urbaines et rurales.

## Appréhension des Prestations des services

### Le soin

Environ 80% des malades sont palpés par le personnel soignant. Il n'y a pas de différence significative entre milieu urbain et milieu rural. Toutefois, dans les CSB publics, le pourcentage des patients palpés est moins élevé en milieu rural.

Cette différence est notamment visible pour les patients de moins de cinq ans. En effet,

**Tableau 3.9: Pourcentage des patients qui ont pu avoir des informations supplémentaires**

	Santé nour- risson	Nb obs	PF	Nb obs	VIH/SIDA	Nb obs	Palu- disme	Nb obs	Vacci- nation	Nb obs
<b>Approche Ménage</b>										
<b>Urbain</b>										
Public	40,6	64	47,7	65	43,1	65	49,2	65	60,0	65
Privé non confessionnel	66,0	47	59,6	47	38,3	47	53,2	47	42,6	47
Privé confessionnel	20,0	10	27,3	11	27,3	11	27,3	11	27,3	11
Ensemble	48,8	121	50,4	123	39,8	123	48,8	123	50,4	123
<b>Rural</b>										
Public	57,3	206	60,6	208	58,5	207	65,7	207	75,8	207
Privé non confessionnel	44,6	65	41,5	65	46,2	65	52,3	65	60,0	65
Privé confessionnel	50,0	8	12,5	8	25,0	8	25,0	8	12,5	8
Ensemble	54,1	279	54,8	281	54,6	280	61,4	280	70,4	280
<b>Approche Usager</b>										
<b>Urbain</b>										
Public	46,6		51,5	103	52,4	103	53,4	103		
Privé non confessionnel	54,5		61,5	65	50,8	65	43,1	65		
Privé confessionnel	18,8		18,8	16	25,0	16	37,5	16		
Ensemble	47,0		52,2	184	49,5	184	48,4	184		
<b>Rural</b>										
Public	54,6	366	59,0	366	51,9	366	58,5	366		
Privé non confessionnel	40,2	87	40,2	87	43,7	87	48,3	87		
Privé confessionnel	44,1	34	44,1	34	47,1	34	47,1	34		
Ensemble	51,3	487	54,6	487	50,1	487	55,9	487		

Source : INSTAT/DSM/EEFES

Dans les centres publics, 71% des patients ruraux de cet âge sont palpés contre 93% de leurs homologues urbains. Dans les centres privés, plus de neuf enfants de moins de cinq ans sur dix sont palpés lors de leurs consultations dans les CSB.

## Informations supplémentaires

Lors des consultations, les patients peuvent obtenir un surplus d'informations. Ces informations concernent plusieurs sujets et peuvent être obtenues soit par voie d'affichage soit par l'intermédiaire des personnels soignants. On a demandé l'avis des patients si au cours de leur visite dans les CSB, ils ont pu avoir des informations sur la santé des nourrissons, le Planning Familial, le SIDA, le paludisme et la vaccination des enfants.

Les résultats montrent que plus de la moitié des répondants ont déclaré avoir été informés par ces sujets. De plus, l'information est beaucoup plus disponible en milieu rural et dans les

centres publics. Parmi les sujets les plus évoqués, on peut citer le cas de la vaccination et le paludisme. Des informations les concernant ont été reconnues par trois patients ruraux sur quatre pour la vaccination et deux patients sur trois pour le paludisme.

Les centres de santé privés semblent moins enclins à donner ces informations aux patients. Dans les zones urbaines, 35% seulement des patients ont eu connaissance du VIH/SIDA dans les centres privés non confessionnels contre 44% dans les CSB publics.

## Posologie

Certains médecins doivent expliquer en détail l'ordonnance prescrite à leurs patients. A cet effet, ils expliquent la durée de traitement, la fréquence d'administration des médicaments et la posologie à chaque prise. On a demandé aux patients s'ils ont eu cette explication lors de leur visite dans les centres de santé. Les résultats montrent que 90% des patients en ont eu

**Tableau 3.10: Pourcentage des patients à qui le médecin a expliqué en détail... (CSB seulement)**

	Durée de traitement	Fréquence	Posologie	Nb obs
<b>Urbain</b>				
Public	72,1	76,7	76,7	366
Privé non confessionnel	75,6	77,8	80,0	87
Privé confessionnel	100,0	85,7	92,9	34
Ensemble Urbain	77,5	78,4	80,4	487
<b>Rural</b>				
Public	86,8	92,6	91,5	103
Privé non confessionnel	92,3	92,3	94,9	66
Privé confessionnel	100,0	100,0	100,0	16
Ensemble Rural	90,1	93,6	93,6	185

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 3.11 : Satisfaction des usagers vis-à-vis des consultations dans les formations sanitaires**

	URBAIN				RURAL			
	Public	Non confes- sionnel	Confes- sionnel	Total	Public	Non confes- sionnel	Confes- sionnel	Total
Tres satisfait	27,1	39,1	14,3	29,2	25,7	47,1	41,8	30,9
Satisfait	52,5	49,3	85,7	54,3	57,5	44,8	56,4	55,3
Moyen	16,4	8,7	0,0	13,1	13,0	4,6	1,8	10,4
Mediocre	0,6	0,0	0,0	0,4	0,5	0,0	0,0	0,4
Insatisfait	2,8	2,9	0,0	2,6	2,6	2,3	0,0	2,3
NPP	0,6	0,0	0,0	0,4	0,8	1,2	0,0	0,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<i>Nb obs</i>	<i>177</i>	<i>69</i>	<i>21</i>	<i>267</i>	<i>386</i>	<i>87</i>	<i>55</i>	<i>528</i>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

droit. Dans les centres publics, le médecin qui a prescrit les ordonnances le fait à cette probabilité aussi bien en milieu rural qu'urbain. Dans les centres urbains, 20% des patients n'ont pas eu droit à cette explication dans les privés non confessionnels.

### Appréciation des qualités de service

Les patients interrogés dans le milieu sont en grande partie satisfaits des services de consultations fournis par les formations sanitaires. En effet, selon l'enquête auprès des usagers, 83,5% des patients enquêtés dans les formations sanitaires sont satisfaits ou très satisfaits des services de consultation. Cette proportion atteint 86,2% dans le milieu rural. Le degré de

satisfaction est le plus élevé dans les centres confessionnels. Dans les centres publics, 79,6% sont satisfaits dans le milieu urbain contre 83,2% dans le milieu rural.

Les résultats obtenus à partir du volet ménage sont plus hétérogènes. La proportion des patients qui ont fréquenté les centres sont contenues dans le tableau suivant. Ces résultats confirment la satisfaction des malades allant dans les centres confessionnels. Les taux de satisfaction des malades dans les centres publics sont plus faibles (60,3% en milieu urbain contre 75,2% en milieu rural).

Concernant les CSB, 83,3% des usagers enquêtés dans les CSB du milieu urbain sont satisfaits des consultations obtenues contre 85,4% dans le milieu rural. Concernant les

**Tableau 3.12 : Satisfaction vis-à-vis des services de consultation des membres des ménages allant dans les formations sanitaires (volet ménages)**

	URBAIN				RURAL			
	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Ensemble	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total
tres satisfait	25,0	19,6	45,5	24,8	19,4	29,2	0,0	21,2
Satisfait	39,1	69,6	54,6	52,1	54,4	49,2	75,0	53,8
Moyen	25,0	8,7	0,0	16,5	18,5	10,8	12,5	16,5
Mediocre	3,1	2,2	0,0	2,5	3,4	1,5	0,0	2,9
Insatisfait	7,8	0,0	0,0	4,1	3,4	6,2	12,5	4,3
NSP	0,6	0,0	0,0	0,4	1,0	1,5	0,0	1,1
NPP					0,0	1,5	0,0	0,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Nb obs</b>	<b>92</b>	<b>46</b>	<b>11</b>	<b>149</b>	<b>214</b>	<b>66</b>	<b>21</b>	<b>301</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 3.13 : Satisfaction des usagers vis-à-vis de la consultation dans les CSB (volet usagers)**

	URBAIN				RURAL			
	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total
Très satisfait	28,2	39,4	18,8	31,4	24,7	47,1	50,0	30,5
Satisfait	48,5	50,0	81,3	51,9	57,8	44,8	50,0	54,9
Moyen	19,4	7,6	0,0	13,5	13,4	4,6	0,0	10,9
Médiocre	1,0	0,0	0,0	0,5	0,6	0,0	0,0	0,4
Insatisfait	1,9	3,0	0,0	2,2	2,7	2,3	0,0	2,5
NPP	1,0	0,0	0,0	0,5	0,8	1,2	0,0	0,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Nb obs</b>	<b>103</b>	<b>66</b>	<b>16</b>	<b>185</b>	<b>365</b>	<b>87</b>	<b>34</b>	<b>486</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

centres publics, 76,9 sont satisfaits dans le milieu urbain contre 91,9% dans le milieu rural.

Concernant l'accueil dans les formations sanitaires, 84,7% des usagers enquêtés sont satisfaits dans le milieu urbain contre 87,3% dans le milieu rural. Dans le secteur public, la situation est un peu moins avantageuse car 80,8% de ceux qui ont été dans le centre public en milieu urbain et 84,7% dans le milieu rural sont satisfaits.

Dans les CSB, selon l'approche des usagers, 84,1% des patients dans le milieu urbain sont satisfaits de l'accueil. En milieu rural, cette proportion atteint les 86,6%. Le taux de satisfaction dans les centres publics sont plus

faibles que dans l'ensemble. En effet, 80,6 % des personnes interrogées dans les centres publics sont satisfaits en milieu urbain contre 84,1% en milieu rural.

Selon l'approche par les ménages, les taux de satisfactions trouvés sont plus faibles, 78,8% des malades qui sont aller se faire consulter dans les formations sanitaires sont satisfaits de l'accueil en milieu rural, cette proportion est de 84,0% en milieu rural. Dans les centres publics, les taux de satisfactions sont relativement de 73,0% et de 84,0% en milieu urbain et rural.

Concernant la qualité des médicaments fournis par les formations sanitaires, les

**Tableau 3.14 : Appréciation des usagers de l'accueil dans les formations sanitaires (volet usagers)**

	URBAIN				RURAL			
	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total
Très satisfait	25,4	46,4	28,6	31,1	26,7	51,7	50,9	33,3
Satisfait	55,4	47,8	71,4	54,7	58,0	41,4	45,5	54,0
Moyen	16,4	5,8	0,0	12,4	12,7	2,3	3,6	10,0
Médiocre					0,3	1,2	0,0	0,4
Insatisfait	2,8	0,0	0,0	1,9	2,1	1,2	0,0	1,7
NPP					0,3	2,3	0,0	0,6
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Nb obs</b>	<b>177</b>	<b>69</b>	<b>21</b>	<b>267</b>	<b>386</b>	<b>87</b>	<b>55</b>	<b>528</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 3.15 : Appréciation des usagers de l'accueil dans les CSB (volet usagers)**

	URBAIN				RURAL			
	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total
Très satisfait	29,1	48,5	37,5	36,8	26,0	51,7	55,9	32,7
Satisfait	51,5	45,5	62,5	50,3	58,1	41,4	41,2	53,9
Moyen	17,5	6,1	0,0	11,9	13,2	2,3	2,9	10,5
Médiocre					0,3	1,2	0,0	0,4
Insatisfait	1,9	0,0	0,0	1,1	2,2	1,2	0,0	1,9
NPP					0,3	2,3	0,0	0,6
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Nb obs</b>	<b>103</b>	<b>66</b>	<b>16</b>	<b>185</b>	<b>365</b>	<b>87</b>	<b>34</b>	<b>486</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

patients sont moins enthousiastes. En effet, 63,2% sont satisfaits selon l'approche des usagers sont satisfaits concernant la qualité des médicaments en milieu urbain, ce taux est de 62,9% en milieu rural. Ce taux est assez faible pour les centres publics (46,3% en milieu urbain et 53,6% en milieu rural)

Concernant la quantité des médicaments fournis par les formations sanitaires, on ne peut pas dire que les patients interrogés ne sont pas satisfaits notamment dans les centres publics. En effet, en milieu urbain, seul 40,0% des patients enquêtés sont satisfaits et 48,0% en milieu rural.

### Appréciation des caractéristiques physiques des formations sanitaires

Avec les efforts entrepris sur la réhabilitation des formations sanitaires, notamment des CSB, les patients semblent être entièrement satisfaits de l'aspect extérieur des formations sanitaires visités. En effet, 94,3% des patients dans les centres publics en milieu urbain et 85,3% dans les centres publics en milieu rural sont satisfaits de l'aspect extérieur des CSB. Cela se manifeste aussi par la satisfaction des malades sur l'état des bâtiments. En effet, 97,0% sont satisfaits

**Tableau 3.16 : Appréciation des usagers de l'accueil (volet ménages)**

	URBAIN				RURAL			
	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Ensemble	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total
très satisfait	27,3	26,1	54,6	29,3	très satisfait	19,5	35,4	0,0
Satisfait	45,5	60,9	36,4	50,4	Satisfait	63,4	49,2	75,0
Moyen	16,7	13,0	9,1	14,6	Moyen	12,2	6,2	12,5
Médiocre	4,6	0,0	0,0	2,4	Médiocre	2,9	3,1	0,0
Insatisfait	6,1	0,0	0,0	3,3	Insatisfait	2,0	3,1	12,5
NSP					NSP	0,0	1,5	0,0
NPP					NPP	0,0	1,5	0,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Nb obs</b>	<b>94</b>	<b>46</b>	<b>11</b>	<b>151</b>	<b>213</b>	<b>66</b>	<b>21</b>	<b>300</b>

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 3.17 : Appréciation des usagers de la qualité des médicaments dans les CSB (volet usagers)**

	URBAIN				RURAL			
	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total
tres satisfait	16,9	19,6	27,3	18,9	9,2	24,6	0,0	12,5
Satisfait	27,7	47,8	36,4	36,1	35,3	35,4	50,0	35,7
Moyen	35,4	19,6	27,3	28,7	33,3	15,4	37,5	29,3
Mediocre	1,5	4,4	0,0	2,5	3,9	1,5	0,0	3,2
Insatisfait	15,4	2,2	0,0	9,0	7,7	9,2	12,5	8,2
NSP	3,1	2,2	0,0	2,5	8,7	4,6	0,0	7,5
Non Concerne	0,0	4,4	9,1	2,5	0,0	1,5	0,0	0,4
					1,9	7,7	0,0	3,2
					9,2	24,6	0,0	12,5
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Nb obs</b>	<b>93</b>	<b>46</b>	<b>11</b>	<b>150</b>	<b>215</b>	<b>66</b>	<b>21</b>	<b>302</b>

Source : INSTAT/DSM/EEFES

dans le milieu urbain sur l'état du bâtiment et 85,4% dans le milieu rural.

De même, l'aspect intérieur des CSB est satisfaisant car 81,2% des malades dans le milieu urbain et 68,2% dans le milieu rural considèrent que l'état intérieur des CSB visités sont satisfaisants. Pour les centres publics, 79,0% et 63,0% sont satisfaits de l'aspect intérieur respectivement pour le milieu urbain et le milieu rural.

### Coût par visite dans les formations sanitaires (approche ménage)

Nous allons étudier dans cette section les coûts des consultations et médicaments dans les centres de santé. Les données ont été relevées directement auprès des patients à la sortie des centres et aussi auprès des membres du ménage. Toutefois, le type de centre a été choisi a priori pour l'enquête auprès des usagers alors que pour les ménages, le type de centre qu'ils

**Tableau 3.18 : Appréciation des usagers de la quantité des médicaments dans les CSB (volet usagers)**

	URBAIN				RURAL			
	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total
tres satisfait	15,4	21,7	27,3	18,9	8,2	21,5	0,0	11,1
Satisfait	33,9	37,0	36,4	35,3	35,3	36,9	50,0	36,1
Moyen	32,3	30,4	27,3	31,2	40,1	16,9	37,5	34,6
Mediocre	0,0	2,2	0,0	0,8	2,4	1,5	0,0	2,1
Insatisfait	16,9	2,2	0,0	9,8	7,7	9,2	12,5	8,2
NSP	1,5	2,2	0,0	1,6	3,9	4,6	0,0	3,9
Non Concerne	0,0	4,4	9,1	2,5	0,5	1,5	0,0	0,7
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Nb obs</b>	<b>93</b>	<b>46</b>	<b>11</b>	<b>150</b>	<b>215</b>	<b>66</b>	<b>21</b>	<b>302</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 3.19 : Appréciation des usagers de l'aspect extérieur des formations sanitaires (volet usagers)**

	URBAIN				RURAL			
	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total
Propre	55,7	73,9	90,5	63,2	47,7	55,2	80,0	52,3
Moyen	38,6	24,6	9,5	32,7	37,6	36,8	16,4	35,2
Mediocre	3,4	1,5	0,0	2,6	10,1	4,6	1,8	8,3
Sale	1,7	0,0	0,0	1,1	4,4	1,2	0,0	3,4
NPP	0,6	0,0	0,0	0,4	0,3	2,3	1,8	0,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Nb obs</b>	<b>176</b>	<b>69</b>	<b>21</b>	<b>266</b>	<b>386</b>	<b>87</b>	<b>55</b>	<b>528</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

ont fréquenté n'est pas limité. Dans les enquêtes auprès des usagers, les CHU/CHR, pharmacie, PMI/SMI n'ont pas été retenus.

### Coût d'après l'enquête auprès des ménages

Chaque membre du ménage a été demandé s'il a fait une consultation externe durant les deux dernières semaines précédant l'interview. Dans le cas affirmatif, on a recueilli le nombre de visites et l'ensemble des coûts en consultation et en médicaments pour toutes les visites.

Comme on n'a pu retrouver que 32 patients sur 453 qui allaient consulter dans un centre privé confessionnel, il nous est statistiquement impossible d'avoir une représentation de ce type de centre. C'est pour cela que nous ne considérons désormais par la suite que deux types de centres : les centres publiques et les centres privés. Ainsi, on a désormais la répartition suivante : 65% des patients dans les centres publiques et 35% dans les centres privés.

Pour 5415 membres interviewés, 453 ont fait l'objet de consultation externe mais environ 63% d'entre eux n'ont pu séparer les coûts

**Tableau 3.20 : Appréciation des usagers de l'aspect des bâtiments des CSB (volet usagers)**

	URBAIN				RURAL			
	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total
Bon	43,2	58,0	42,9	47,0	35,7	42,5	56,4	38,9
Moyen	53,4	42,0	47,6	50,0	46,8	49,4	40,0	46,5
Mediocre	2,8	0,0	0,0	1,9	6,7	1,2	0,0	5,1
Mauvais etat	0,0	0,0	9,5	0,8	10,3	4,6	0,0	8,3
NPP	0,6	0,0	0,0	0,4	0,5	2,3	3,6	1,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<i>Nb obs</i>	176	69	21	266	387	87	55	529

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 3.21 : Appréciation des usagers de l'aspect intérieur des formations sanitaires (volet usagers)**

	URBAIN				RURAL			
	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total	Public	Non confes-sionnel	Confes-sionnel	Total
Eclatant	11,9	14,5	4,8	12,0	7,2	13,8	20,0	9,6
propre	67,1	71,0	81,0	69,2	55,8	59,8	76,4	58,6
Moyen	19,9	14,5	14,3	18,1	28,9	18,4	3,6	24,6
Mediocre	0,6	0,0	0,0	0,4	5,4	4,6	0,0	4,7
Sale	0,6	0,0	0,0	0,4	2,6	1,2	0,0	2,1
NPP					0,0	2,3	0,0	0,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<i>Nb obs</i>	176	69	21	266	387	87	55	529

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

des médicaments du coût des consultations. Ce taux ne change pas beaucoup entre milieu urbain et rural. Toutefois, l'affectation des coûts est beaucoup plus difficile dans les centres privés notamment confessionnels. En effet, pour trois cas sur quatre, les patients des centres publics ont pu séparer le coût des médicaments des consultations. Ce taux est réduit à 43% pour les privés.

Avec la suspension de la PFU, plus de trois patients des centres publics sur quatre ne paient aucune consultation et 43% en médicaments et en consultations. En milieu urbain, neuf consultants auprès des centres publics sur dix ne paient rien pour la consultation. Dans les centres privés, environ trois patients sur dix ne paient rien pour les consultations. On retrouve notamment ces cas en milieu urbain et

dans les centres privés du genre inter-entreprise telle que OSTIE.

Pour les coûts totaux (consultation et médicaments) par visite, on reconnaît un coût généralement plus faible dans les centres publics et en milieu rural. Néanmoins, le coût moyen dans les CSB publiques ne varie pas trop selon le milieu et est évalué aux environs de 4000 FMG. De même, le coût moyen dépensé par un patient par visite dans les CSB privés ne varie pas trop selon le milieu car il est évalué à 22 000FMG en milieu rural et 20 000FMG en milieu urbain.

Par contre, les dépenses effectuées au niveau des CHD publiques sont nettement élevées pour les patients vivant en milieu urbain par rapport à ceux habitant le milieu rural. Toutefois, certaines catégories de maladie sont typi-

**Tableau 3.22 : Pourcentage des cas où les coûts de consultations et médicaments sont séparés**

	Rural	Urbain	Ensemble	Nb obs
Public	74,9	73,3	74,4	309
Privé Non confessionnel	36,4	54,3	43,8	112
Privé Confessionnel	17,4	45,5	26,5	34
<b>Ensemble</b>	<b>62,3</b>	<b>65,3</b>	<b>63,3</b>	
<b>Nb obs</b>	<b>308</b>	<b>147</b>	<b>455</b>	<b>455</b>

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 3.23 : Pourcentage des cas où coûts de consultations et médicaments sont nuls**

	Rural	Urbain	Ensemble	Nb obs
Consultations et médicament nuls				
Public	42,5	45,6	43,4	218
Privé NC	3,0	19,6	9,8	49
Privé Confessionnel	4,3	0,0	2,9	8
Ensemble	31,2	34,0	32,1	
Sans cout de consultation				
Public	68,6	87,1	73,9	218
Privé NC	12,5	36,0	24,5	49
Privé Confessionnel	33,3	0,0	12,5	8
<b>Ensemble</b>	<b>60,7</b>	<b>68,5</b>	<b>63,3</b>	
<b>Nb obs</b>	<b>183</b>	<b>92</b>	<b>275</b>	

Source : INSTAT/DSM/EEFES

quement chères à traiter. Il est donc important de voir les coûts selon le type de maladie.

Il est important de cibler certaines pathologies chroniques comme l'IRA, la fièvre et suspicion de paludisme et les maladies diarrhéiques. En effet, des cas comme les IST sont rares et dont le coût de traitement est très élevé. La prise en compte de ce type de maladie fait augmenter le coût moyen dans l'ensemble.

Le traitement de ces trois types de pathologies dans les centres publiques s'avère plus cher en milieu urbain. Pour le cas du paludisme, le patient dépense en moyenne 5600 FMG dans les centres publics situés en milieu urbain contre 3000 FMG en milieu rural. Il n'y a pas beaucoup de variation du coût de traitement de ces trois maladies dans les centres publics. Par contre, dans les centres privés, le traitement de l'IRA coûte très cher en milieu urbain car il mobilise un coût moyen de 36500 FMG. En milieu rural, c'est le paludisme qui est la pathologie qui mobilise le plus

de dépenses si on doit le traiter dans les centres privés (24 000FMG en moyenne contre 13 000FMG pour l'IRA).

### Coût par visite dans les formations sanitaires (approche usagers)

La présente section donne un aperçu des coûts des prestations fournies dans les formations sanitaires. Les données découlent de l'enquête auprès des usagers<sup>2</sup>. Dans l'ensemble, les coûts des prestations payés par les usagers dans les formations sanitaires s'élèvent en moyenne à 14 398 Fmg . Les coûts payés dans les hôpitaux sont nettement plus élevés. Les maladies traitées dans les hôpitaux sont en général plus graves et nécessitent de ce fait plus de frais que celles traitées dans les CSB.

Les montants moyens payés dans les centres en milieu urbain sont un peu plus élevés que les montants moyens payés en milieu rural. Cela

**Tableau 3.24 : Coût moyen des consultations et des médicaments selon le milieu et le type de centres**

	Rural					Urbain				
	Public	privé NC	Privé Conf	Ensemble	Nb obs	Public	privé NC	Privé Conf	Ensemble	Nb obs
CSB	4 022	21 618	25 500	8 616	277	6 584	16 207	44 402	13 622	122
CHD	3 056	20 000	43 844	36 149	19	34 054			34 054	24
CHR/CHU	26 111			26 111	3	4 000			4 000	1
<b>Ensemble</b>	<b>4 320</b>	<b>21 594</b>	<b>38 603</b>	<b>10 541</b>		<b>13 881</b>	<b>16 207</b>	<b>44 402</b>	<b>16 892</b>	
<b>Nb obs</b>	<b>212</b>	<b>66</b>	<b>21</b>	<b>299</b>		<b>90</b>	<b>46</b>	<b>11</b>	<b>147</b>	

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 3.25 : Les principales maladies selon le type public/privé**

	Public	Privé	Ensemble	Nbr obs
IRA (Infections respiratoires aiguës)	13,6	10,0	12,4	57
Suspicion de paludisme	32,7	31,3	32,2	148
Maladies diarrhéiques	17,2	10,7	15,0	69
Infections cutanées	1,9	4,7	2,8	13
Affections bucco-dentaires	2,3	4,7	3,1	14
IST (Infections sexuellement transmissibles)	2,9	0,0	2,0	9
Blessures, brûlures,	4,2	4,0	4,1	19
Infections de l'œil et de ses annexes	2,3	3,3	2,6	12
Hypertension artérielle	4,5	2,7	3,9	18
Toux de plus de trois	3,2	5,3	3,9	18
Autres	15,2	23,3	17,9	82
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>457</b>
<b>Nbr obs</b>	<b>297</b>	<b>156</b>	<b>453</b>	

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 3.26 : Coût moyen des consultations et médicament par pathologie**

maladie ou de blessure ?	Rural					Urbain				
	Public	Privé NC	Privé Conf	Total	Nb obs	Public	privé NC	Privé Conf	Total	Nb obs
IRA (Infections respiratoires aiguës)	4 141	9 250	33 500	6 756	41	6 945	15 000	67 500	16 093	16
Fièvre et suspicion de paludisme	3 034	25 130	21 500	8 069	102	7 139	13 344	19 167	9 801	44
Maladies diarrhéiques	2 896	11 604	27 375	6 454	52	5 641	25 500	26 000	15 633	87
<b>Total</b>	<b>4 207</b>	<b>21 594</b>	<b>45 790</b>	<b>11 038</b>	<b>306</b>	<b>13 881</b>	<b>16 207</b>	<b>44 402</b>	<b>16 892</b>	<b>147</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

se justifie par le fait qu'en milieu urbain, il existe plusieurs types de médicaments sur lesquels on peut choisir et qui sont en général plus chers, contrairement à la situation en milieu rural où on utilise le plus souvent les médica-

ments génériques qui sont moins coûteux. Ce constat est valable aussi si on se restreint aux cas des CSB, bien que la différence y est plus modeste.

**Tableau 3.27 : Coûts moyens et médians du montant payés dans les formations sanitaires (en Fmg)**

	Ensemble			CSB		
	Moyenne	Médiane	Nb obs	Moyenne	Médiane	Nb obs
<b>Milieu</b>						
Urbain	19 188	500	267	7 066	250	185
Rural	11 981	500	529	6 029	500	487
<b>Faritany</b>						
Antananarivo	12 192	0	217	4 570	0	189
Fianarantsoa	6 596	500	139	4 050	100	114
Toamasina	13 737	500	120	5 330	500	103
Mahajanga	15 444	0	120	6 327	0	100
Toliara	25 880	3 000	120	9 966	750	89
Antsiranana	16 137	3 750	80	11 026	1 500	77
<b>Statut des centres</b>						
Public	8 943	0	564	2 734	0	469
Privé non confessionnel	20 710	7 500	156	15 207	7 500	153
Privé Confessionnel	41 922	12 500	76	12 685	9 500	50
<b>Type de centre</b>						
Csb	6 314	500	672	6 314	500	672
Chd	58 207	8 000	124			
<b>Ensemble</b>	<b>14 398</b>	<b>500</b>	<b>796</b>	<b>6 314</b>	<b>500</b>	<b>672</b>

Source : INSTAT/DSM/EEFES

Selon les statuts des centres, dans l'ensemble les coûts dans les privés confessionnels sont nettement plus élevés que dans les autres types de centre. Cela se justifie par le fait que ces centres privés confessionnels sont en général des hôpitaux et que de ce fait les coûts y sont plus élevés. Mais quand on analyse seulement au niveau des CSB, les frais dans les centres privés non confessionnels sont les plus élevés, les prix dans les centres privés confessionnels sont subventionnés en général et que ces centres n'ont pas en général un but lucratif. La faiblesse des coûts dans les centres publics est liée avec la suspension du recouvrement des coûts.

Selon les types de maladie, le traitement des IRA dans les CSB est le plus coûteux dans les CSB en milieu urbain et c'est aussi l'un des cas les plus fréquents parmi les différentes maladies. Les montants payés dans le milieu urbain est toujours plus élevé dans le milieu urbain sans distinction de maladie, sauf pour le traitement des IST. Mais ce cas a été rare et donc on doit l'interpréter avec prudence.

Dans certains cas les coûts des consultations et des médicaments ou des autres prestations

ne peuvent pas être dissociés. C'est la raison pour laquelle les coûts totaux payés dans les centres sont analysés en premier lieu. Mais pour ceux qui ont pu séparer les différents coûts, les coûts moyens des consultations dans les centres sont donnés dans le tableau ci-dessous. L'analyse des coûts de consultation est à peu près semblable aux coûts globaux payés. Néanmoins il convient la différence sensible entre les coûts de consultation dans les CHD et les CSB.

### **Distance moyenne entre le lieu de résidence des patients et le lieu de consultation (approche ménage)**

En moyenne, le centre de santé se trouve respectivement à 11,5 km et à 9,5 km du lieu de résidence des patients ruraux et urbains. En général, les centres privés non confessionnels se trouvent assez proches des lieux de résidence des ménages. Ceci est encore un signe des lieux d'implantation assez répandu pour les centres publics. Toutefois, il faut souligner que la dis-

**Tableau 3.28 : Coûts totaux moyens payés dans les centres selon les types de maladie**

	Urbain	Rural	Ensemble	Nb obs
IRA (Infections respiratoires aiguës)	10 000	2 278	3 050	71
Suspicion de paludisme	6 393	3 896	4 770	227
Maladies diarrhéiques	4 875	1 833	2 594	95
Infections cutanées	6 000	7 500	6 500	24
Affections bucco-dentaires	2 000	1 750	1 833	26
IST (Infections sexuellement transmissible)	500	10 000	8 417	20
Blessures, brûlures, accidents, traumatisme	3 000	4 143	3 667	55
Infections de l'œil et de ses annexes	14 500		14 500	17
Hypertension artérielle	6 500	4 250	4 700	23
Toux de plus de trois semaines	2 750	2 750	2 750	52
Autres	6 271	2 288	3 995	121
Prestation de laboratoire				1
Accouchement		1 300	1 300	18
Vaccination/Suivi enfant	1 000	1 000	1 000	14
Soin prénatal		1 100	1 100	15
Autre à spécifier	1 500	1 500	1 500	17
Ensemble	5 695	3 222	4 063	796

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 3.29 : Coûts moyens et médians du montant des consultations dans les formations sanitaires (en Fmg)**

	Ensemble			CSB		
	Moyenne	Médiane	Nbr obs	Moyenne	Médiane	Nbr obs
Milieu						
Urbain	9 719	5 000	267	5 695	3 250	185
Rural	3 359	2 000	529	3 222	1 500	487
Faritany						
Antananarivo	4 208	2 750	217	3 985	2 500	189
Fianarantsoa	3 295	3 000	139	1 577	2 000	114
Toamasina	2 558	1 000	120	2 558	1 000	103
Mahajanga	16 510	7 500	120	6 034	5 750	100
Toliara	8 767	10 000	120	8 961	10 000	89
Antsiranana	3 237	1 000	80	3 237	1 000	77
Statut des centres						
Public	2 226	1 000	564	1 832	1 000	469
Privé non confessionnel	9 707	5 000	156	5 963	5 000	153
Confessionnel privé	6 000	5 000	76	5 769	2 000	50
Type de centre						
Csb	4 063	2 000	672	4 063	2 000	672
Chd	21 588	5 000	124			
Ensemble	5 880	3 000	796	4 063	2 000	672

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 3.30 : Distance moyenne entre le lieu de résidence des patients et le lieu de consultation**

Unité en Km					
	Public	Privé non confessionnel	Privé Confessionnel	Ensemble	Nb obs
<b>Rural</b>					
CSB/médecin/OSTIE/PMI/ Guérisseur/ONG/Pharmacie	11,7	7,4	24,9	11,1	281
CHD/Clinique	40,5	2,0	5,9	13,0	19
CHR/CHU	28,3			28,3	4
Ensemble Rural	12,5	7,4	12,8	11,5	304
<b>Urbain</b>					
CSB/médecin/OSTIE/PMI/ Guérisseur/ONG/Pharmacie	3,2	10,9	5,2	6,3	124
CHD/Clinique	10,8			10,8	26
CHR/CHU	193,5			193,5	2
Ensemble Urbain	9,3	10,9	5,2	9,5	152

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 3.31 : Moyen de transport utilisé par les patients et Dépenses moyennes en transport (aller simple en FMG)**

	Pourcentage			Dépenses moyennes en transport		
	Rural	Urbain	Ensemble	Rural	Urbain	Ensemble
Transport public	9,5	20,0	13,0	3 500	6 129	4 836
A pied	80,6	74,2	78,5	0	0	0
Voiture personnelle	0,6	0,0	0,4	5 500		5 500
Charrette	4,1	1,3	3,2	7 692	25 000	10 000
Autres	5,1	4,5	4,9	953	3 857	1 837
Total	100,0	100,0	100,0	734	1 723	1 060
Nb obs	314	155	469	314	155	469

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

tance mesurée ici n'est pas celle qui sépare le lieu de résidence et le centre de santé le plus proche, elle est plutôt la distance entre le lieu de résidence et le centre de soin effectivement fréquenté. Ainsi, pour les patients qui ont choisi les CHD et cliniques, ils se trouvent aux environs de 12,8 Km du centre en milieu rural et 5,2 Km en milieu urbain.

Huit patients sur dix vont à pied pour rejoindre le centre de santé. Un patient urbain sur cinq et un patient rural sur dix empruntent le transport public. Pour ceux qui n'y vont pas à pied.

Ce constat ne signifie pas que les tarifs de transport sont moins élevés en milieu rural.

L'explication se trouve du côté des fréquences d'utilisation et des disponibilités des moyens de transport plus coûteux.

En moyenne, le trajet en aller simple de l'habitation du patient vers le centre de santé dure 83 minutes en milieu rural et 39 minutes en milieu urbain. Toutefois les déplacements en charrette sont souvent épuisants car si les patients devront l'emprunter, le trajet dure neuf heures et demie en milieu rural. De plus pour rejoindre les centres privés, le trajet dure plus de 24 heures.

**Tableau 3.32 : Durée moyenne du trajet en minutes selon le type de transport**

	Unité Minutes				
	Public	Privé		Total	Nb obs
<b>Rural</b>					
Transport public	61,7	23,4	140	59,3	30
A pied	50	30,7	348,8	64,8	254
Voiture personnelle		10		10	2
Charrette	134,4	210	2880	568,5	13
Autres	34,1	17,5	30	31,8	16
Ensemble Rural	53,4	34,2	535,9	83,1	
Nb obs	227	66	22		315
<b>Urbain</b>					
Transport public	58,7	24,1	48,8	48,5	31
A pied	39,5	23,4	37,1	34,1	115
Voiture personnelle					
Charrette	240			240	2
Autres	16,3	16,7		16,4	7
Ensemble Urbain	46,6	23,1	41,4	39	
Nb obs	94	47	11		155

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 3.33 : Moyen de transports des usagers vers les centres de santé**

	Transport public	A pied	Voiture particulière	Charrette	Autres	Total
Type de centre						
CSB	10,3	80,4	0,4	2,5	6,4	100,0
CHD	25,0	61,3	4,0	3,2	6,5	100,0
Statut du centre						
Public	11,9	78,9	0,5	3,4	5,3	100,0
Privé non confessionnel	14,7	74,4	2,6	0,6	7,7	100,0
Confessionnel privé	13,2	72,4	1,3	1,3	11,8	100,0
Milieu						
Urbain	17,6	70,4	2,2	1,1	8,6	100,0
Rural	10,0	80,9	0,4	3,4	5,3	100,0
Ensemble	12,6	77,4	1,0	2,6	6,4	100,0
Nb obs	100	616	8	21	51	796

Source : INSTAT/DSM/EEFES

### Moyen de transport utilisé par les patients et coûts de déplacement (approche usagers)

Une des raisons qui défavorise la santé des populations est l'enclavement. L'appréciation de cet enclavement à travers la distance entre les ménages et les formations sanitaires permet d'appréhender les problèmes que cela

peut poser. Dans l'ensemble, les patients se déplacent vers les formations sanitaires à pied. Ces malades choisissent les formations sanitaires le plus proches d'eux et effectuent ainsi le déplacement à pied. Le déplacement par transport en commun est le deuxième mode de déplacement utilisé. La proportion des malades qui se déplacent vers le CSB à pied est supérieure à ceux qui vont dans les

**Tableau 3.34 : coût moyen et médian des déplacements vers les centres de santé USAGERS**

	Ensemble			CSB		
	Moyenne	Médiane	Nb obs	Moyenne	médiane	Nb obs
Type de centre						
CSB	3004	1000	69			
CHD	16403	8000	31			
Statut des centres						
Public	7046	2000	67	1673	1000	41
Privé non confessionnel	5391	2000	23	5409	2000	22
Confessionnal privé	11970	2000	10	3283	1300	6
Milieu						
Urbain	8672	2500	47	3432	2000	28
Rural	5815	1000	53	2712	1000	41
Ensemble	7158	2000	100	3004	1000	69

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 3.35 : Durée de déplacement moyenne et distance médiane des formations sanitaires**

	Durée de déplacement (en minutes)			Distance médiane des formations sanitaires (en km)			Nb obs
	CSB	CHD	Ensemble	CSB	CHD	Ensemble	
Statut du centre							
Public	30,0	20,0	30,0	1,0	2,0	1,0	544
Privé non confessionnel	20,0	10,0	20,0	1,0	2,0	1,0	151
Confessionnal privé	22,5	20,0	20,0	0,6	0,4	0,5	71
Milieu							
Urbain	15,0	30,0	15,0	0,5	3,0	1,0	256
Rural	30,0	15,0	30,0	2,0	0,6	1,5	510
Mode de transport							
Transport public	20,0	60,0	20,0	2,0	15,0	2,5	94
A pied	30,0	20,0	25,0	1,0	1,0	1,0	596
Voiture particulière	5,0	10,0	10,0	3,0	2,0	2,0	8
Charrette	90,0	75,0	90,0	9,0	9,5	9,0	18
Autres	20,0	12,5	17,5	3,0	1,3	2,0	50
Ensemble	30	20	25	1,0	2,0	1,0	766

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

CHD. Cela se justifie par le fait que les CSB sont en général plus proche que les CHD. Il y a aussi le fait que les gens qui vont dans les CHD sont dans un état plus grave et ne peuvent pas en général aller à pied. Pour les CHD, la proportion de malades qui viennent en transport public est assez élevée.

Les montants moyens des déplacements vers les CHD sont plus chers dans la mesure où les CHD sont situés en général plus loin que les CSB. Selon les statuts des formations sanitaires, les déplacements vers les centres confes-

sionnels privés sont en général plus chers. Mais si on considère seulement les CSB, ce sont les déplacements vers les centres privés non confessionnels sont les plus chers. En milieu rural les coûts de déplacement sont plus faibles car les gens se déplacent en général à pied. Cela est valable aussi bien pour les CSB seulement que pour l'ensemble des formations sanitaires.

L'analyse des coûts monétaires de déplacement ne suffit pas pour apprécier la distance des formations sanitaires avec les ménages. Il faut ajouter la durée de déplacement vers ces

centres. En moyenne, ceux qui vont dans les centres publics consacrent plus de temps pour le déplacement. En effet, ce sont les gens du milieu rural qui vont en grande partie vers les centres publics et comme ils vont généralement à pied, le déplacement nécessite plus de temps.

Selon le mode de transport, marche à pied exclu, se déplacent en charrette qui dépensent le plus de temps. Les malades qui utilisent ce mode de transport sont éloignés et ils ne disposent pas d'autres choix de déplacement.

# Annexe

## Echantillonnage des Unités Primaires de Sondage (UPS) de l'EEEFs

**E**n premier lieu, afin de respecter la représentativité nationale, par provinces et par milieu, 12 strates sont considérées. Ces strates sont les croisements des 6 provinces et des milieux. Ensuite, à l'intérieur de chaque strate, des localités ont été sélectionnées. Cela est possible grâce aux résultats de l'enquête EPM-2001. Les nombres de localités par strate sont inspirés de l'échantillonnage de l'Enquête Auprès des Ménages de 2001. Par ailleurs, l'échantillon d'UPS sera un sous échantillon aléatoire de l'échantillon de 303 UPS de l'EPM 2001

**Tableau 4.1 Répartition des UPS lors de l'EPM-01 et l'EPM-02**

Faritany	Milieu		Total
	Urbain	Rural	
Antananarivo	81	21	102
Fianarantsoa	25	20	45
Toamasina	24	19	43
Mahajanga	22	17	39
Toliara	22	18	40
Antsiranana	19	15	34
Total	193	110	303

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

afin de pouvoir bénéficier des informations disponibles lors des EPM de 2001 et 2002.

Le thème central de l'EEEFs étant la santé, il importe que son échantillon dépende de la variabilité des fréquentations par strate (province et milieu), de la taille de population et du nombre minimal de UPS nécessaire dans chaque strate. Le tableau 2 informe sur les erreurs standard des fréquentations par strate. Cela permet de calculer une approximation des variabilités des fréquentations. Ainsi, les parts de variabilité au tableau 6 permettent d'obtenir une première répartition de l'échantillon d'UPS au tableau 7.

Cette première répartition doit être corrigée par la répartition de la population. Ce qui donne la répartition cible qui suit.

Selon cette répartition cible, il y a trop peu d'UPS à Toliara Antsiranana et Mahajanga. Il a fallu alors réarranger la répartition sans trop s'écarter de cette répartition cible. On obtient alors la répartition finale qui suit.

A partir du tableau 4, nous pouvons calculer une estimation des précisions sur le taux de fréquentation des FS attendues lors de cette enquête. Afin de simplifier le problème en une analyse de proportion P/N (P inconnu, N connu) au lieu du vrai problème qui est une analyse de ratio P/N (P inconnu, N inconnu car

**Tableau 4.2 Variabilité des fréquentations des centres de soin pour l'EPM-01**

Faritany	Milieu	
	Urbain	Rural
Antananarivo	81	21
Antananarivo	0,006859	0,00947
Fianarantsoa	0,01574	0,00665
Toamasina	0,011152	0,00902
Mahajanga	0,008965	0,01029
Toliara	0,010618	0,01685
Antsiranana	0,007656	0,01229
Ensemble		

*Approximation des variabilités correspondantes (STD x (racine carré de la taille de échantillon) )*

Faritany	Urbain	Rural	Total
Antananarivo	0,2469	0,1841	0,4310
Fianarantsoa	0,3148	0,1262	0,4410
Toamasina	0,2185	0,1668	0,3854
Mahajanga	0,1682	0,1800	0,3482
Toliara	0,1992	0,3032	0,5024
Antsiranana	0,1335	0,2020	0,3354
Ensemble	1,2812	1,1623	2,4435

*Part de variabilité; en prenant une forme additive*

Faritany	Urbain	Rural	Total
Antananarivo	0,101	0,075	0,176
Fianarantsoa	0,129	0,052	0,180
Toamasina	0,089	0,068	0,158
Mahajanga	0,069	0,074	0,142
Toliara	0,082	0,124	0,206
Antsiranana	0,055	0,083	0,137
Ensemble	0,524	0,476	1,000

*Echantillon de UPS selon la part de variabilité*

Faritany	Urbain	Rural	Total
Antananarivo	8,1	6,0	14,1
Fianarantsoa	10,3	4,1	14,4
Toamasina	7,2	5,5	12,6
Mahajanga	5,5	5,9	11,4
Toliara	6,5	9,9	16,4
Antsiranana	4,4	6,6	11,0
Ensemble	41,9	38,1	80,0

Source : INSTAT/DSM/EEEFS

dépend du nombre d'individus dans l'enquête), nous supposons comme non aléatoire le nombre d'individus dans l'échantillon.

**Tableau 4.3 Répartition cible de l'échantillon**

*Répartition de la population selon EPM01*

Faritany	Milieu		
	Urbain	Rural	Total
Antananarivo	0,09	0,21	0,29
Fianarantsoa	0,04	0,18	0,21
Toamasina	0,03	0,13	0,17
Mahajanga	0,02	0,09	0,11
Toliara	0,03	0,11	0,14
Antsiranana	0,02	0,06	0,08
Ensemble	0,23	0,77	1,00

*Répartition des UPS corrigé par la part de population*

Faritany	Urbain	Rural	Total
Antananarivo	0,7	1,2	1,93
Fianarantsoa	0,4	0,7	1,11
Toamasina	0,2	0,7	0,97
Mahajanga	0,1	0,5	0,64
Toliara	0,2	1,1	1,29
Antsiranana	0,1	0,4	0,47
Ensemble	1,7	4,7	6,41

*Répartition cible des UPS*

Faritany	Urbain	Rural	Total
Antananarivo	9	15	24
Fianarantsoa	5	9	14
Toamasina	3	9	12
Mahajanga	2	6	8
Toliara	3	13	16
Antsiranana	1	5	6
Ensemble	22	58	80

Source : INSTAT/DSM/EEEFS

**Tableau 4.4 Répartition finale de l'échantillon d'UPS pour l'EEEFS**

Faritany	Milieu		
	Urbain	Rural	Ensemble
Antananarivo	6	16	22
Fianarantsoa	5	9	14
Toamasina	4	8	12
Mahajanga	4	8	12
Toliara	5	7	12
Antsiranana	3	5	8
Ensemble	27	53	80

Source : INSTAT/DSM/EEEFS

**Tableau 4.5 Précisions attendues, des taux de fréquentation attendues, par strate lors de l'Enquête sur l' EEFS**

Faritany	Milieu		
	Urbain	Rural	Ensemble
Antananarivo	0,057	0,024	0,032
Fianarantsoa	0,081	0,022	0,024
Toamasina	0,061	0,031	0,031
Mahajanga	0,048	0,033	0,033
Toliara	0,051	0,060	0,054
Antsiranana	0,043	0,047	0,046
Ensemble	0,026	0,014	0,015

Source : INSTAT/DSM/EEFS

## Tableaux annexes

**Tableau 46: Effectif des formations sanitaires visitées par faritany, par milieu et par type**

**Tableau 4.6: Effectif des formations sanitaires visitées par faritany, par milieu et par type**

	Public	Privé non confessionnel	Privé confessionnel	Total
<b>Urbain</b>				
Antananarivo	7	5	0	12
Fianarantsoa	5	2	3	10
Toamasina	4	3	1	8
Mahajanga	4	4	0	8
Toliara	5	3	1	9
Antsiranana	3	3	0	6
Total Urbain	28	20	5	53
<b>Rural</b>				
Antananarivo	16	12	4	32
Fianarantsoa	12	3	3	18
Toamasina	8	4	2	14
Mahajanga	8	6	2	16
Toliara	7	0	3	10
Antsiranana	5	5	0	10
Total Rural	56	30	14	100

**Tableau 4.7: Nombre moyen d'équipements de transport possédés**

	Voitures	Ambulance	Motocyclette	Bicyclette	Charrettes	Autres
Public	1,0	1,0	1,0	1,2		
Privé non confessionnel	1,1	1,3	1,0	1,7		1,0
Privé confessionnel	1,8	2,0	2,2	3,2	3,0	1,0
	Voitures	Ambulance	Motocyclette	Bicyclette	Charrettes	Autres
CSB1	1,5		1,0	1,0		
CSB2	1,1	1,0	1,0	1,5		1,0
CHD1	1,0					
CHD2	1,9	2,0	3,8	4,3	3,0	1,0
Ensemble	1,3	1,5	1,5	1,9	3,0	1,0

Source : INSTAT/DSM/EEFES

**Tableau 4.8: Nombre moyen mensuel des consultations dans les CSB par année par faritany**

Type de service	2001	2002 1er sem	2002 2nd sem	2003
<b>Antananarivo</b>				
Total Consultati	134,9	120,6	208,5	311,1
Total Consultati	236,8	205,3	391	504,8
Paludisme	46,1	49,9	59,5	89,8
Infection respir	87,8	80,3	204,7	277,4
Diarrhée/Dysente	22,5	19,3	36,6	48,3
Malnutrition gra	2	1,5	2,3	4,6
Rougeole	3,3	1,4	1,5	2,5
Ecoulement génit	3,8	3	4,6	7,2
IST	1,1	0,9	1,9	2,9
Accouchements	28,6	26,5	28,6	31,8
Consultations Pr	88,1	89,5	99,1	114,6
DTCP3 (moins d'u	81,4	56,4	40,1	49,3
DTCHP3 (moins d'	250,8	77,9	99,8	110,4
<b>Fianarantsoa</b>				
Total Consultati	100,9	88,5	124,6	207
Total Consultati	235,4	202,2	287,4	372,3
Paludisme	55,2	59,8	65,1	86,7
Infection respir	78,4	66	143,1	164,9
Diarrhée/Dysente	36,2	29	32,3	57,6
Malnutrition gra	7,2	2,2	5,5	2,3
Rougeole	0,7	1,5	1,4	3,2
Ecoulement génit	4,8	4,7	5,6	7,6
IST	4,5	3,3	2,9	4,1
Accouchements	6,2	6,4	7,4	9,8
Consultations Pr	51,7	48,3	60,3	61,5
DTCP3 (moins d'u	23,3	9,6	4,7	5,5
DTCHP3 (moins d'	14,7	17,5	22,4	28,5
<b>Toamasina</b>				
Total Consultati	105,5	109,4	150,9	235
Total Consultati	192,7	160,8	239,7	400,6
Paludisme	81,6	76,9	90,9	189,8
Infection respir	35,7	31,6	59,9	103,5
Diarrhée/Dysente	20,3	17,9	19	38,8

(continued)

**Tableau 4.8** (continued)

Type de service	2001	2002 1er sem	2002 II <sup>nd</sup> sem	2003
Malnutrition gra	2,8	3	2,8	5,7
Rougeole	1,8	1,6	1	3,7
Ecoulement génit	8,8	9,2	10,7	23,7
IST	4,3	3,2	5,2	7,9
Accouchements	9,3	9,8	14,5	11,6
Consultations Pr	60,5	81,3	84,3	101,3
DTCP3 (moins d'u	38,2	30,7	32,3	39,5
DTCHP3		37,5	51,9	42,6
<b>Mahajanga</b>				
Total Consultati	96,8	102,4	210,6	270,5
Total Consultati	256,4	265	562	716,3
Paludisme	83,8	96,7	227,6	245,3
Infection respir	55,6	60,8	150	184,4
Diarrhée/Dysente	30,5	27	54,3	81,6
Malnutrition gra	4,4	6,9	10,3	14,9
Rougeole	1,5	3,2	7,9	10,2
Ecoulement génit	11	7,9	22,7	30,1
IST	4,1	3,8	3,9	5,2
Accouchements	10,1	10,8	15	16,2
Consultations Pr	80,3	89	88,7	92,3
DTCP3 (moins d'u	33,3	28,6	30,9	22,4
DTCHP3 (moins d'	42,9	25,4	32	28,4
<b>Toliara</b>				
Total Consultati	112,7	91,9	134,4	215,1
Total Consultati	235,2	179,7	328,4	422,4
Paludisme	87,8	74,5	114,2	134,5
Infection respir	41,8	33,9	64	91,8
Diarrhée/Dysente	30,4	24,6	30,3	71,6
Malnutrition gra	3,1	4,8	3,3	5,7
Rougeole	0,4	0,5	0,6	2,3
Ecoulement génit	13,9	11,6	18,4	23,6
IST	3,5	3,4	6,1	6,4
Accouchements	9,7	9,4	10,3	12,7
Consultations Pr	72,9	70,4	72,4	74,2
DTCP3 (moins d'u	27,1	14,2	9,1	9,7
DTCHP3		9,4	13,5	25,3
<b>Antsiranana</b>				
Total Consultati	118	120,7	135,7	217,6
Total Consultati	463,4	389,9	471,8	735
Paludisme	104,1	111,3	160,8	206,8
Infection respir	85,6	82,6	131	149,8
Diarrhée/Dysente	34,7	20	24,5	55,9
Malnutrition gra	2,5	27,8	22,2	2,1
Rougeole	0,2			
Ecoulement génit	36,2	27,4	32,2	55,5
IST	7,3	5,9	4,4	11,8
Accouchements	17,3	18	15	23,9
Consultations Pr	54	48,4	54	71,6
DTCP3 (moins d'u	32,7	9,7	1,8	6,9
DTCHP3 (moins d'	4,7	13,3	17,3	41,5

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 4.9: Pourcentage des SSD ayant effectué un pourcentage donné des formations sanitaires publics**

	CHD2	CSB2	CSB1	Total
Aucune supervision	21,2	1,9	6,3	8,2
Moins de 10%	0,0	1,9	0,0	0,7
Moins de 20%	0,0	1,9	8,3	3,7
Moins de 30%	0,0	1,9	4,2	2,2
Moins de 40%	3,0	3,7	2,1	3,0
Moins de 50%	0,0	3,7	2,1	2,2
Moins de 60%	0,0	1,9	0,0	0,7
Moins de 70%	0,0	3,7	2,1	2,2
Moins de 80%	0,0	1,9	4,2	2,2
Moins de 90%	0,0	1,9	0,0	0,7
Plus de 90%	75,8	75,9	70,8	74,1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Nb SSD concerné</b>	<b>33</b>	<b>54</b>	<b>48</b>	<b>135</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 4.10 Pourcentage des SSD ayant effectué un nombre de visite donné par formation sanitaire public**

	CHD2	CSB2	CSB1	Total
Aucune supervision	22,6	1,9	6,7	8,5
Moins de 0,2	0,0	3,8	6,7	3,9
]0,2 - 0,4]	0,0	3,8	11,1	5,4
]0,4 - 0,6]	0,0	5,7	2,2	3,1
]0,6 - 0,8]	3,2	5,7	0,0	3,1
]0,8 - 1]	35,5	30,2	33,3	32,6
]1 - 2]	19,4	26,4	20,0	22,5
]2 - 3]	0,0	15,1	13,3	10,9
]3 et +]	19,4	7,6	6,7	10,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Nb SSD concerné</b>	<b>33</b>	<b>54</b>	<b>48</b>	<b>135</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 4-11 Raison d'absence des personnels****Tableau 4-12: Temps d'attente moyen des patients (usagers)****Tableau 4-13: Existence de registre dans les CSB****Tableau 4-14: Opinion des patients sur la qualité des médicaments (volet usagers)****Tableau 4-15: Opinion des patients sur la quantité des médicaments (volet usagers)****Tableau 4-16 Tableau récapitulatif**

**Tableau 4.11 Raison d'absence des personnels**

	Urbain			Rural		
	Non qualifié	Qualifié	Total	Non qualifié	Qualifié	Total
<b>CHD</b>						
Malade	11,1	15,8	13,5	14,3	20,0	17,7
En stage/ formation	0,0	10,5	5,4	0,0	20,0	11,8
Mission Officielle	16,7	5,3	10,8			
Absence approuvée	66,7	52,6	59,5	57,1	20,0	35,3
Parti chercher son sa	5,6	0,0	2,7			
Autre	0,0	10,5	5,4	28,6	30,0	29,4
Ne sais pas	0,0	5,3	2,7			
Absence non approuvée				0,0	10,0	5,9
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Nb obs</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>37</b>
<b>CSB</b>						
Malade	16,7	31,3	29,0	0,0	3,6	2,5
En stage/formation	0,0	18,8	15,8	0,0	14,3	10,0
Mission Officielle	0,0	3,1	2,6	0,0	17,9	12,5
Absence approuvée	66,7	25,0	31,6	83,3	42,9	55,0
Absence non approuvée	16,7	9,4	10,5	8,3	0,0	2,5
Parti chercher son sa	0,0	3,1	2,6	0,0	7,1	5,0
Autre	0,0	3,1	2,6	8,3	10,7	10,0
Ne sais pas	0,0	6,3	5,3	0,0	3,6	2,5
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Nb obs</b>	<b>6</b>	<b>32</b>	<b>38</b>	<b>12</b>	<b>28</b>	<b>40</b>

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 4.12: Temps d'attente moyen des patients (usagers)**

centre	csb	chd	Total	Nb obs
<b>Rural</b>				
Public	42,4	13,9	40,8	387
Privé non confessionnel	17,7		17,7	87
Privé confessionnel	32,8	33,6	33,1	55
Total	37,3	23,7	36,2	529
	487	42	529	
<b>Urban</b>				
Public	36,9	30,8	34,3	177
Privé non confessionnel	39,3	11,7	38,1	69
Privé confessionnel	27,8	16	25	21
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>29,2</b>	<b>34,6</b>	<b>267</b>
<b>Nb obs</b>	<b>185</b>	<b>82</b>	<b>267</b>	

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 4.13: Existence de registre dans les CSB**

	Pas de registre	Registre mis à jour	Registre non mis à jour	Total	Nb obs
Rural					
Public	0,0	98,1	1,9	100,0	53
Privé non confessionnel	26,7	70,0	3,3	100,0	29
Privé confessionnel	0,0	100,0	0,0	100,0	10
Total	8,6	89,3	2,2	100,0	92
Urban					
Public	6,7	93,3		100,0	15
Privé non confessionnel	31,6	68,4		100,0	19
Privé confessionnel	0,0	100,0		100,0	4
Total	18,4	81,6		100,0	38

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 4-14: Opinion des patients sur la qualité des médicaments (volet usagers)**

médicaments	Public	Non confessionnel	Confessionnel	Total	Public	Non confessionnel	Confessionnel	Total
Très satisfait	12,96	36,96	14,29	22,81	13,4	36,3	50,0	22,6
Satisfait	33,33	41,3	64,29	40,35	38,1	46,3	39,3	40,3
Moyen	27,78	19,57	21,43	23,68	23,3	10,0	7,1	18,4
Médiocre	1,85	0	0	0,88	2,0	0,0	0,0	1,3
Insatisfait	3,7	0	0	1,75	10,4	5,0	0,0	8,1
NPP	20,37	2,17	0	10,53	12,9	2,5	3,6	9,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

**Tableau 4.15: Opinion des patients sur la quantité des médicaments (volet usagers)**

médicaments	Public	Non confessionnel	Confessionnel	Total	Public	Non confessionnel	Confessionnel	Total
Très satisfait	14,15	35,42	10,53	19,65	11,06	32,1	38,78	20,12
Satisfait	36,79	45,83	57,89	41,62	37,98	49,38	36,73	40,53
Moyen	24,53	14,58	15,79	20,81	26,44	9,88	18,37	21,3
Médiocre	3,77	0	10,53	3,47	3,85	1,23	0	2,66
Insatisfait	7,55	0	5,26	5,2	11,06	6,17	0	8,28
NPP	13,21	4,17	0	9,25	9,62	1,23	6,12	7,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : INSTAT/DSM/EEEFs

## Tableau Récapitulatif

**Tableau 4.16 Tableau récapitulatif**

	Public	Privé Non Confessionnel	Privé Confessionnel	Ensemble
Effectif CSB	68	49	14	131
Effectif CHD	16	1	5	22
CSB Seulement				
Avec pompe et robinet	58,8	67,4	85,7	64,9
Avec électricité	52,9	73,5	85,7	64,1
Distance médiane au premier centre de référence	21,5	14	7,5	18
Pourcentage ayant des voitures	1,5	26,5	50,0	19,6
Nombre moyen de personnel qualifié	4,6	1,9	2,8	3,4
Nombre moyen de médecins	1,6	0,9	1,3	1,3
Taux d'absence des personnels qualifiés	14,3	12,4	10,3	13,6
Taux d'absence des médecins	15,9	9,1	16,7	14,2
Effectif mensuel des consultations de plus de 5 ans (Jan-Avril 2003)	677,3	235,7	184,4	
Rapport Patient/personnel qualifié en zone rurale	235	79	83	187
Rapport Patient/médecin qualifié en zone rurale	557	137	133	404
Rapport Patient/personnel qualifié en zone urbaine	117	115	63	114
Rapport Patient/médecin qualifié en zone urbaine	382	219	147	328
Pourcentage des CSB ruraux supervisés	92,5	40,7	90,0	76,7
Pourcentage des CSB urbains supervisés	73,3	21,1	100,0	50,0
Temps d'attente moyen des patients ruraux (en minutes)	42,4	17,7	32,8	37,3
Temps d'attente moyen des patients urbains	36,9	39,3	27,8	37
Pourcentage des patients ruraux ayant payé sans facture	5,8	0	0	4,3
Pourcentage des patients urbains ayant payé sans facture	2,9	6,1	0	3,8
Pourcentage des patients usagers satisfaits ou très satisfaits de				
- des services (urbain)	76,7	89,4	100,0	83,2
- des services (rural)	82,5	92,0	100,0	85,4
- de l'accueil (urbain)	80,59	93,93	100	87,03
- de l'accueil (rural)	84,11	93,1	97,06	86,63
- de la qualité des médicaments (urbain)	46,3	78,3	78,6	63,2
- de la qualité des médicaments (rural)	51,5	82,5	89,3	62,9
- de la quantité des médicaments (urbain)	40,0	80,0	78,6	61,5
- de la quantité des médicaments (rural)	48,0	81,5	85,7	60,3

(continued)

**Tableau 4.16** (continued)

	Public	Privé Non Confessionnel	Privé Confessionnel	Ensemble
Pourcentage des patients usagers trouvant l'aspect extérieur propre				
- urbain	55,7	73,9	90,5	63,2
- rural	47,7	55,2	80,0	52,3
Pourcentage des patients usagers trouvant l'aspect intérieur propre				
- urbain	79,0	85,5	85,7	81,2
- rural	63,1	73,6	96,4	68,2
Pourcentage des patients usagers trouvant l'état du bâtiment bon				
- urbain	43,2	58,0	42,9	47,0
- rural	35,7	42,5	56,4	38,9
Niveau moyen d'insalubrité du				
- plafond	16,9	13,7	2,5	14,1
- mur	22,2	15,6	6,2	18
- plancher	21,9	13,1	11,9	17,5
Niveau moyen d'humidité du				
- plafond	11	4,9	0,8	7,7
- mur	10	4,6	1,2	7
Niveau moyen de dégradation du				
- plafond	10,1	5,6	0,4	7,4
- mur	15,2	10,4	1,4	11,9
- plancher	15,6	12	1,6	12,8
Niveau de ... sur la table d'examen officielle				
- insalubrité	12,4	4,5	7,2	9,2
- peintures écaillées	10,7	3,4	2,8	7,3
- traces de rouilles	8,8	1,1	1,6	5,4
Coût des consultations et médicaments par visite (en FMG)				
- Moyenne	2734	15207	12685	6314
- Médiane	0	7500	9500	500
Coût des consultations par visite (en FMG)				
- Moyenne	1832	5963	5769	4063
- Médiane	1000	5000	2000	2000

Source : INSTAT/DSM/EEEFs