



Transfert d'un Centre de Santé de Base - de statut privé vers un statut public

*Cas du CSB de Mangily à
Madagascar*

Document de capitalisation
Avril 2014

Avec le soutien de
LA COOPÉRATION
BELGE AU DÉVELOPPEMENT

UCL

UNIVERSITAIRE ET SOLIDAIRE

**LOUVAIN
COOPERATION**

RÉSUMÉ

Ce document est le résultat de capitalisation de l'expérience menée par l'Association Belgique Madagascar (ABM) et par Louvain Coopération au Développement (LD) pour l'appui au Centre de Santé de Base (CSB) de Mangily.

Il essaie d'évaluer la pertinence d'appuyer, pour une ONG internationale, un CSB privé dans un contexte de pérennisation de l'action. Des recommandations sont ainsi émises suite à cette expérience.

De manière générale, la démarche adoptée par ABM a été satisfaisante, même si certains points auraient pu être améliorés. L'évaluation comparative avec un CSB public (CSB d'Androvakely) a en effet montré qu'après plus de 3 ans de retrait de la part d'ABM, le CSB de Mangily a de meilleurs indicateurs de qualité de Santé – même si une dégradation s'est fait ressentir.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	2
Table des matières.....	3
Table des illustrations.....	4
Liste des Abréviations.....	4
I. Introduction.....	5
II. Analyse du contexte général	5
A. Descriptif de la zone d'étude	5
1. CSB de Mangily	5
2. CSB d'Androvakely	6
3. Participation communautaire dans le secteur Santé.....	7
B. Qui est ABM ?	7
III. Description de l'activité passée.....	9
A. Réalisations de l'ABM au niveau du CSB de Mangily	9
B. Diagnostic actuel du CSB de Mangily.....	10
C. Description du transfert	10
D. Problèmes rencontrés	11
1. Peu de problèmes rencontrés du fait d'une communication claire et très précoce d'ABM	11
2. Une difficulté de transfert du personnel de santé.....	11
3. Une impossibilité de transférer le personnel annexe	12
4. Cas du transfert de l'ambulance : pas de consensus	12
5. L'aspect « psychologique » du transfert insuffisamment traité	13
IV. Analyse de l'impact : Respect des attributions des nouveaux responsables.....	14
A. Engagement réel quoiqu'irrégulier du SDPS/DRSP.....	14
B. Rôle moins clair de la commune	14
C. Implication encore forte d'ABM	14
V. Etude de satisfaction des usagers	15
A. Méthodologie d'analyse	15
B. Comparaison Temporelle : Appréciations entre Avant et Après	15
1. Impacts sur le cadre global du CSB	16
2. Impacts sur la qualité de soins	16
3. Impacts sur les coûts de consultation	16
4. Impacts secondaires.....	16
5. Conclusions entre Avant et Après	17
C. Comparaison spatiale : Différences de perceptions avec un CSB témoin	21
1. Impacts sur le cadre global du CSB	21
2. Impacts sur la qualité de soins	22
3. Impacts sur les coûts de consultation	22
4. Impacts secondaires.....	22
5. Conclusions entre les deux CSB	23
D. Comparaison statistique croisée	23
1. Analyse temporelle pour le CSB de Mangily.....	24
2. Analyse spatio-temporelle entre les deux CSB.....	25
3. Conclusion partielle	25
VI. Leçons apprises, Bonnes Pratiques et Recommandations	26

A.	Un travail de longue haleine	26
B.	Au niveau des aspects sanitaires.....	26
C.	Au niveau des compétences communales.....	26
D.	Au niveau de la population	27
VII.	Conclusion	28

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 – Distance entre CSB de Mangily et fokontany.....	6
Figure 2 – Distance entre CSB d'Androvakely et fokontany	6
Figure 3 – Analyse des réponses sur l'évolution de la perception globale du CSB de Mangily.....	16
Figure 4 – Analyse des réponses sur l'évolution de la qualité des soins dispensés au CSB de Mangily.....	16
Figure 5 – Analyse des réponses sur l'évolution du coût de consultation du CSB de Mangily.....	16
Figure 6 – Analyse des réponses sur l'évolution d'autres paramètres dans le CSB de Mangily.....	16
Figure 7 – Analyse des réponses sur l'évolution de la fréquentation du CSB de Mangily.....	17
Figure 8 – Tableau récapitulatif de la comparaison spatiale (cas du CSB Mangily).....	20
Figure 9 – Analyse des réponses sur la différence de perception globale entre les CSB de Mangily et d'Androvakely	21
Figure 10 – Analyse des réponses sur la différence de la qualité des soins entre les CSB de Mangily et d'Androvakely	22
Figure 11 – Analyse des réponses sur la différence de coût de consultation entre les CSB de Mangily et d'Androvakely	22
Figure 12 – Analyse des réponses sur la différence sur d'autres paramètres entre les CSB de Mangily et d'Androvakely	22
Figure 13 – Analyse des réponses sur la différence de fréquentation des CSB de Mangily et d'Androvakely ...	23
Figure 14 – Analyse comparative entre quelques données statistiques entre les CSB de Mangily et d'Androvakely	24
Figure 15 – Graphes d'évolution de certains paramètres statistiques – CSB de Mangily et d'Androvakely	Erreur ! Signet non défini.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABM : Association Belgique Madagascar
CE : Consultation Externe
CPN : Consultation Périnatale
CSB : Centre de Santé de Base
DGD : Direction Générale du Développement
DRSP : Direction Régionale de la Santé
LD : Louvain Coopération
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PF : Planning Familial
SDSP : Service de District de Santé Publique

I. INTRODUCTION

En 1997, la réforme du système national de la santé engagée par le Ministère de la santé vise à l'amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité de service des soins de santé.

Une stratégie pour atteindre ces objectifs est de mettre en place des centres de santé, tenus par un personnel de santé, et ce, même dans les communes rurales (on rappelle que Madagascar est un pays où 72% de la population résident dans le milieu rural).

Aussi, quand l'Association Belgique Madagascar (ABM) ayant écouté les demandes des villageois dont l'une était de disposer d'un lieu pour être soignés dans le village de Mangily (district de Morondava, Région de Menabe), ABM a choisi d'appuyer la construction puis la fonctionnalité du CSB de Mangily.

Même s'il s'agissait pour cela de soutenir l'émergence d'un dispensaire privé, cet appui a été fait dès le début dans une volonté de transfert de statut privé vers un statut public avec rétrocession au domaine public.

C'est l'objet de cette étude : mieux étudier le transfert, en voir ses impacts sur la qualité des soins, et de proposer des pistes pour améliorer de nouveaux transferts. On tâchera de répondre aux questions suivantes : Comment faire pour qu'un transfert se passe bien ? Était-il pertinent d'appuyer *initialement* un CSB en statut privé ?

II. ANALYSE DU CONTEXTE GÉNÉRAL

Cette partie veut résumer le contexte général de la zone d'étude, en décrivant le lieu, la population, ainsi que le problème à résoudre.

A. Descriptif de la zone d'étude

Comme on le verra, la présente étude va s'attarder sur deux CSB de la commune de Bemanonga, district de Morondava : le CSB de Mangily et celui d'Androvakely. Tous les deux sont situés dans le district de Morondava, dans la région du Menabe qui s'étend sur la côte ouest de Madagascar.

Les populations sont constituées de Sakalava, ethnie majoritaire dans la région. Les activités des populations des deux villages se limitent à subvenir à leurs besoins alimentaires (pêche, riz, etc) – laissant apparaître une légère différence entre les deux zones : Mangily est un village côtier où les activités tournent plus autour de la pêche qu'à Androvakely.

1. CSB de Mangily

Le CSB de Mangily se situe dans le village de Mangily distant de 47km de Morondava. Il est relativement important puisque sa population dépasse 800 habitants.

Le Secteur sanitaire regroupe 5 fokontany (échelon administratif compris entre le village et le district – équivalent d'un *arrondissement* dans d'autres terminologies de découpage administratif).

L'effectif de population de l'ensemble du secteur sanitaire de Mangily est d'environ 3000 habitants. Le tableau ci-après indique l'évolution de la population entre 2009 et 2011, qui est stable à 2,8% par an.

Fokontany	Distance entre CSB et fokontany (en km)	Population		
		2009	2010	2011
Mangily	0	780	802	824
Kivalo	6	741	762	783
Bekonazy	19	365	375	386
Bevolonga	25	505	519	534
Andranomena	17	560	576	592
Total		2951	3034	3119

Source : CSB Mangily, Année 2012

Figure 1 – Distance entre CSB de Mangily et fokontany, et Population

On peut déduire de ce tableau l'estimation du nombre de population se faisant potentiellement consulter au niveau du CSB de Mangily. C'est une donnée importante pour la comparaison des données statistiques avec le CSB d'Androvakely.

Il est pris comme postulat que « plus on est éloigné d'un CSB, moins on va se faire consulter régulièrement dans le CSB ».

En prenant comme hypothèse les coefficients d'abattement du tableau suivant (il ne s'agit pas ici de vérifier ces données ; elles ne servent qu'à apprécier de manière relative des résultats), l'estimation corrigée de la population du secteur sanitaire de Mangily est respectivement de 1 432, 1 473 et 1 513, en 2009, 2010 et 2011. En moyenne, le coefficient d'abattement est donc de 48% pour Mangily.

	0	0 à 5km	5 à 10km	10 à 20km	>20km
Coefficient d'abattement	1	0,75	0,5	0,25	0,1

2. CSB d'Androvakely

Distant de 15 km de Morondava, la taille de ce village est similaire à celle de Mangily : sa population atteint 700 habitants.

Cependant, le secteur sanitaire regroupe plus de fokontany (10), ce qui fait que l'effectif de la population de l'ensemble du secteur sanitaire d'Androvakely dépasse celui de Mangily pour atteindre plus de 7000 habitants (cf tableau suivant indiquant les populations entre 2009 et 2011).

La dynamique de croissance de la population est relativement identique au cas de Mangily, avec une variation interannuelle plus marquée : 2,1% entre 2009 et 2010 et 3,5% entre 2010 et 2011.

Fokontany	Distance entre CSB et fokontany (en km)	Population		
		2009	2010	2011
Androvakely	0	688	707	727
Androvabe	4	1030	1009	1088
Soanafindra	4	612	629	647
Lovobe	27	976	1003	1031
Ampananiha	17	667	686	708
Ankazomanga	25	490	504	518
Ankirijifotsy	17	546	562	577
Antsakoamirohake	5	978	1005	1034
Ambato Est	27	617	634	652
Tsoboambola	15	598	615	632
Total		7202	7354	7614

Source : CSB Androvakely, Année : 2012

Figure 2 – Distance entre CSB d'Androvakely et fokontany, et Population

En prenant les mêmes coefficients d'abattement que pour Mangily, l'estimation corrigée de la population du secteur sanitaire d'Androvakely est respectivement de 3 070, 3 118 et 3 245, en 2009, 2010 et 2011 – ce qui représente une population potentielle trois fois plus importante que pour le secteur sanitaire de Mangily.

En moyenne, le coefficient d'abattement est de 42% pour Androvakely – montrant une dispersion plus grande de la population autour du CSB.

3. Participation communautaire dans le secteur Santé

Concernant la participation communautaire, les COSAN (comités de Santé) dans le secteur sanitaire d'Androvakely sont devenus Agents Communautaires en 2011/12 (c'est-à-dire qu'en plus de la sensibilisation sur la prévention, ils ont été formés pour diagnostiquer certaines maladies et délivrer des médicaments (en nombre restreint)).

Au nombre de 20, ils sont actifs : ils ont pris l'initiative de créer une association (QUAND ????) dans le souci de pérennisation pour réaliser les activités de sensibilisation dans la zone d'Androvakely. Cela fonctionne jusqu'à maintenant : ils ont des membres de bureau qui gèrent l'association (Président, Secrétaire, Trésorier, Conseiller).

Par contre, à Mangily, les COSAN sont peu nombreux et ne travaillent pas très bien, à cause de la non disponibilité et la mauvaise organisation entre eux.

B. Qui est ABM ?



D'après le site internet (www.a-b-m.eu) :

Aujourd'hui comme depuis sa fondation en 1994, l'ABM a été amenée à contribuer au développement de la région du Menabe par une série d'action, essentiellement à caractère social et ce en étroite collaboration avec les autorités malgaches locales.

L'action de l'ABM se situe principalement dans la commune de Bemanonga composée de 17 villages de l'ethnie Sakalava.

Pendant plusieurs années, l'ABM a pris en charge l'envoi de coopérants qui assument, pendant une ou deux années, un appui comme infirmière, enseignante, maçon ou menuisier. Ceux-ci vivaient surtout dans le village de Mangily dont les activités essentielles se limitent à subvenir à leurs besoins alimentaires (pêche, riz, etc.).

Pendant plusieurs années également, l'ABM a accueilli des jeunes européens et des institutrices qui donnaient des cours et organisaient des activités ludiques pour les enfants.

L'ABM a aussi créé le centre Tsaravahiny (ce qui peut se traduire par « où les étrangers sont les bienvenus), centre de tourisme rural, qui peut accueillir des touristes de passage et dont les bénéfices servent à construire et à améliorer divers projets de développement. Les villageois sont impliqués un maximum dans le fonctionnement du centre (cuisinières, guides, jardiniers, chauffeur, boulanger, etc.). Le guide de Continents Insolites, le Guide du Routard et le Lonely Planet invitent les candidats au voyage à Madagascar à découvrir le centre Tsaravahiny.

Une des préoccupations majeures de l'engagement de l'ABM est de permettre aux Malgaches d'assumer leur propre développement. Malgré un contexte politique fragile, il importe de mener des actions de longue durée.

C'est cette action de pérennisation que l'ABM a entreprise depuis quelques années sous des formes diverses, que ce soit pour l'école professionnelle de Morondava, pour le dispensaire et pour le centre Tsaravahiny de Mangily.

Témoignage d'Anne, jeune infirmière de brousse, 1 an au CSB1 de Mangily :

« ... Je ne sais par où commencer !

Pour les médicaments, les prescriptions sont faites sur un bout de papier et la famille va chercher les médicaments à l'hôpital.

Dans la salle de soins de la maternité, il n'y a rien, juste un savon pour se laver les mains, pas de matériel, des sets de pansements stériles, une toute petite réserve d'eau distillée, sérum en cas d'extrême urgence. Pour se préparer à accoucher, la famille installe la future mère dans la salle d'accouchement, avec leurs lambas (tissus de la famille) directement sur la table en inox pour la sortie du bébé. Il est mis dans les lambas et on coupe le cordon avec une boîte de matériel inox. Une fois l'accouchement fait, on s'occupe du BB, on le nettoie et on le met dans ses habits. S'il faut le ranimer, on met le lamba sur le visage de l'enfant, et on souffle dans la bouche du bébé. Cela nettoie les narines et si le bébé ne pleure pas tout de suite, la sage femme lui donne de grands coups dans le dos pour le stimuler. Je suis sûre, vu la maman que cet enfant ne va pas être plus psychopathe qu'un autre ! C'est moi qui ai sorti la tête, puis l'épaule et la deuxième épaule et tout le reste a suivi. Merveilleux moment magique dans le respect de la vie et de la nature. La maman avait un visage radieux...

Mais si les malades n'ont pas d'argent, pas de soins. C'est terrible. »

« Très vite le nombre de malades commençait à augmenter, sûrement parce que les villageois prenaient conscience petit à petit qu'une « dokotera » vazaha était au village de Mangily. Je tiens à préciser que pour eux nous sommes « docteur », mais moi je ne me suis jamais prise pour tel, je suis infirmière... »

« Mes collègues malagasy travaillent bien, savent prendre les initiatives qu'il faut. Hanitra a des doigts de fée pour accoucher les femmes, Claire accueille les malades avec son sourire à la Rihanna, Dayame apprend aux femmes à s'alimenter correctement et Elisée les soigne bien. Elles sont toutes à l'écoute du malade, de leur malade, et les suivent de près. Je suis fière d'elles... »

« Les villageois savent que le travail est de qualité, et ils viennent par charrettes entières de malades.... »

« Le dispensaire a maintenant son puits, et cela n'est pas négligeable. Il fallait voir les filles aller chercher de l'eau sur la tête presque tous les jours. Malgré avoir vécu un an là-bas avec elles, je n'ai jamais réussi à ce que le seau tienne.... »

ABM s'est désengagée du terrain depuis ????. Depuis lors, la gestion des actions se fait depuis la Belgique, au travers de missions des membres du Conseil d'Administration et d'un partenariat avec l'ONG belge Louvain Coopération (LD).

Louvain Coopération intervient dans le Menabe depuis 2005 et effectue des appuis au CSB Mangily depuis le mois d'octobre 2007. Ces appuis se font à travers le programme sexennal financé par la DGD, et sont mis en œuvre dans les districts de Morondava et de Belo sur Tsiribihina par l'ONG locale SARAGNA.

III. DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ PASSÉE

Cette partie concerne plus spécifiquement l'appui au CSB et son transfert du statut privé (gestion réalisée par ABM) à un statut public.

A. Réalisations de l'ABM au niveau du CSB de Mangily

Pendant son temps d'intervention (de 1994 à 2009/10), ABM a, à travers l'écoute des besoins des villageois de Mangily, initié un appui en santé à partir de 2002.

Initialement, l'appui était très léger avec une simple consultation par une infirmière expatriée. Devant le fort nombre de consultations, et aussi du fait que l'Office National de la Nutrition a demandé à ABM une plus forte implication pour un meilleur suivi des vaccinations des mères et des enfants, ABM a effectué en 2004 une demande d'accord administratif auprès du SDSP Morondava pour l'autorisation d'ouverture d'un dispensaire privé qui permettra d'assurer les vaccinations, les consultations prénatales et le planning familial – ce qui a été accepté et entraîné une formation de l'infirmière.

Une étape suivante a été franchie lorsque les bâtiments du CSB ont été construits et inaugurés en 2006.

Pour ce faire, une double démarche administrative a été opérée :

- Demande d'accord pour une ouverture d'un CSB auprès du SDSP. Au préalable, le CSB de Mangily devait dépendre administrativement du CSB de Bemanonga ; du fait de la faible transparence dans le rapportage annuel des activités du CSB de Bemanonga (qui ne faisait pas ressortir le travail et les résultats spécifiques du CSB de Mangily), ABM, à travers la chef CSB de Mangily, a pu obtenir une autonomisation du CSB par la SDSP et la délimitation spécifique du secteur sanitaire qui lui est rattaché.
- Demande de permis de construire auprès de la Commune (sur des plans fournis par le SDSP), après l'acquisition du terrain au nom de la Commune

Il est à noter que dès l'accord préalable à cette construction, ABM avait indiqué au SDSP et à la commune que son appui serait de courte durée et que le CSB de Mangily serait rapidement rétrocédé au domaine public.

L'ouverture des nouveaux bâtiments (inaugurés en octobre 2006 et fonctionnels à partir de janvier 2007) a entraîné l'embauche de la Chef CSB et de 2 assistants. De plus ABM a équipé le CSB de Mangily par :

- L'équipement de ce bâtiment, tant d'un point de vue médical (appui en petits matériels, frigidaire, ...) que technique (panneaux solaires, puits, ...)
- L'appui en renforcement de capacités des personnels de CSB
- L'appui financier pour le maintien de l'ensemble du personnel (1 chef CSB, 1 aide-soignante, 1 infirmière, 1 gardien).

Le prix de la consultation était fixé comme suit : 600Ar pour enfant, 1000Ar pour adulte (en 2006) puis 2000Ar à partir de 2008. Une gratuité des médicaments était assurée.

En comparaison, dans un CSB public, le prix de la consultation est variable en fonction de la maladie.

B. Diagnostic actuel du CSB de Mangily

Il s'agit d'un grand bâtiment (cf photos en annexe) comportant 8 pièces allant de 8 à 12 m². On y trouve :

- Une salle d'accouchement,
- Une salle de consultation,
- Une salle de garde,
- Une salle de frigidaire,
- Une salle technique (groupe électrogène, batteries de panneaux solaires, ...),
- Une salle d'hospitalisation (3lits)

Le bâtiment dans son état général est relativement correct : la dalle et les revêtements, les murs, et la toiture ne présentent pas de dégradation significative.

Le centre est alimenté en énergie par des panneaux solaires et un groupe électrogène en cas de défaillance de ceux-ci. Le dispositif de panneaux solaires a été rénové en 2013 par ABM.

De même, le CSB est relativement bien équipé (surtout en comparaison avec les autres dispensaires de la région). L'infirmière dispose le minimum nécessaire en instruments pour ses activités de consultation et d'intervention. Une table d'accouchement puis une table de consultation lui permettent d'administrer les premiers soins à ses patients.

En outre, quelques médicaments sont également disponibles à l'achat.

C. Description du transfert

Comme il a déjà été mentionné, ABM avait, dès les démarches administratives d'ouverture d'un CSB privé (auprès du SDSP) et de permis de construire (auprès de la commune), indiqué que son appui serait de courte durée et que le CSB de Mangily serait rapidement rétrocédé à l'administration de la Santé.

Dès 2006 (moins de 10 jours après l'inauguration des bâtiments), ABM envoie une demande de donation au Ministère de la Santé – documents validés avec avis favorable du SDSP/DRS. Un accusé de réception du ministère est reçu en fin 2006.

Entre 2007 et 2008, ABM a rencontré fréquemment le SDSP/DRS (environ 3 à 4 fois – dont une rencontre assurée par le Président d'ABM), afin d'évoquer le dossier de transfert et de voir les modalités de fonctionnement : cas de la Chef de CSB qui n'était pas encore fonctionnaire, cas des assistantes qui ne pouvaient pas intégrer la fonction publique du fait qu'elles n'avaient pas de diplôme.

Des rencontres similaires ont été menées par ABM auprès de la Commune (de manière plus fréquente car elles concernaient également le transfert du Centre Touristique de Tsaravahiny à l'association villageoise de Mangily – la commune faisait partie du Comité de Pilotage de ce Centre). Les discussions portaient sur la prise en charge du gardien (qui était financé par ABM) et de la création d'un nouveau poste de dispensateur (en lien avec la réglementation).

La position de la commune était qu'elle n'avait pas de budget pour assurer ces postes.

En parallèle, on notera que la commune a effectué une procédure de donation du terrain et des bâtiments au Ministère de la Santé, en mars 2008.

En effet, dans l'Acte Donation du 26 mars 2008 de la Commune vers le Ministère de la Santé et du Planning Familial de Madagascar, il est indiqué que : « le terrain domanial dans le Fokontany de Mangily, propriété de la commune rurale de Bemanonga et le CSB1 créé par l'Association Belgique Madagascar qui y est construit sont donnés au Ministère de la Santé ».

Un accompagnement de la communauté villageoise a été réalisé par les animatrices de SARAGNA (financement DGD du projet LD) entre les années 2007 et 2008. Les populations ont bien été sensibilisées à ce transfert.

La réponse favorable du Ministère est arrivée en 2008 – ce qui a enclenché le processus final de transfert. La procédure a été alors rapide du fait des rencontres précédentes. Il en ressort que :

Pour les affaires sanitaires

- Intégration du CSB de Mangily dans le domaine public sous la responsabilité du SDSP/DRSP
- Intégration de la Chef CSB dans le corps médical fonctionnaire
- Maintien des postes d'assistantes par ABM
- Prise en charge transitoire des stocks de médicaments auprès de la PHAGEDIS par ABM avant la prise de relai par SDPS/DRS (pendant environ 6 mois)

Pour les affaires communales

- Maintien du poste de gardien par ABM
- Pas de création de nouveau poste de dispensateur

Une réunion spécifique a eu lieu réunissant le fokonolona (assemblée villageoise), l'équipe de la DRS, la Commune, le personnel du CSB, ABM et l'équipe LD-SARAGNA. Cette réunion a permis d'explicitier le transfert du privé au public, le mode de fonctionnement (en particulier que les médicaments seront payants), et d'expliquer pourquoi ABM continuerait à payer le gardien et les assistantes.

SARAGNA a fait une animation par rapport à l'implication de la communauté au travers le COGE et le COSAN (dans le cadre du projet en partenariat avec LD sur financement DGD).

On notera que surtout des hommes ont participé à cette réunion.

Pour finir, il a été procédé au solde de la caisse du CSB de Mangily – qui est resté propriété d'ABM pour paiement des différents salaires et approvisionnement transitoire de médicaments auprès de la PHAGESDIS.

D. Problèmes rencontrés

1. Peu de problèmes rencontrés du fait d'une communication claire et très précoce d'ABM

ABM avait su manifester depuis le début son intention de transférer le CSB de Mangily au domaine public : tous les acteurs étaient au courant – SDPS/DRSP, la commune (qui était l'acquéreur du terrain), le personnel.

2. Une difficulté de transfert du personnel de santé

Cas de la Chef CSB : un combat pour réussir

La Chef CSB savait à son embauche (2007) que le CSB de Mangily sera transféré. Venant d'être diplômée d'Etat, l'Agent de Santé n'avait pas encore été « appelée » pour un poste en public ; elle était donc disponible et qualifiée pour ce poste.

En 2008, lors de la procédure de transfert, son « appel » dans la fonction publique n'avait toujours pas eu lieu (ce qui est habituel à Madagascar où il faut attendre entre 2 et 5 ans après son diplôme). Le SDSP/DRSP ne pouvait pas directement lui accorder ce poste – n'étant pas encore fonctionnaire. Une procédure de recrutement devait être mise en place.

La chef CSB a dû demander une procédure spéciale au niveau du Ministère pour que son cas soit étudié plus spécifiquement. De ce fait, elle a pu être incorporée au niveau du corps médical fonctionnaire et le poste du CSB Mangily lui a été alors attribué.

Cas des autres personnels de santé : une impossibilité administrative

En ce qui concerne les autres personnels de santé, l'incorporation n'a pas pu être possible car ce personnel n'était pas diplômé (il s'agissait de femmes du village de Mangily qu'ABM avait formé par le « learning by doing » auprès des infirmières expatriées) et ne pouvait donc de ce fait être intégré dans la fonction publique (où un niveau BAC est exigé).

Pourtant, lors des discussions préalables au transfert avec le SDSP/DRS, ABM avait proposé de financer une formation diplômante auprès de la DRS pour ce personnel – proposition à laquelle aucune suite n'a été donnée par la DRS. Fin de non recevoir ou réelle sous qualification de ce personnel (qui n'avait que le niveau BEPC) induisant une impossibilité réelle de recevoir une formation diplômante pendant un délai raisonnable.

C'est pourquoi ABM a décidé de continuer de financer directement ces postes.

3. Une impossibilité de transférer le personnel annexe

Il s'agit du gardien et du dispensateur – deux postes qui d'après la loi de décentralisation, le poste de gardien incombe à la Commune.

Cas du gardien

Ce point n'a pas trouvé de solution lors des discussions préalables au transfert : il a donc été re-soulevé lors des réunions de concertation par les sessions d'animation/formation des COSAN/COGE assurées par SARAGNA (en partenariat avec LD, sur financement DGD).

La commune indique que son budget annuel 2008 n'a pas prévu ce salaire et ne peut donc pas le prendre en compte.

ABM, certainement inquiété du fait que le CSB dispose de panneaux solaires et d'autres matériels de santé, a accepté de continuer à financer ce poste – ce qu'il fait jusqu'à aujourd'hui.

Des solutions de cotisation par la population (par exemple, 200Ar/consultation) avaient été proposées mais refusées par le SDSP/DRSP car cela représente une surcharge financière pour les utilisateurs du CSB – alors que c'est du devoir de la commune.

Cas du dispensateur

Pendant la période privée, le CSB de Mangily ne disposait pas de dispensateur – la chef CSB jouant ce rôle.

La commune, comme pour le cas du gardien, a mentionné son incapacité financière à assumer ce poste. De son côté, ABM, ayant eu l'expérience que le rôle du dispensateur était assuré directement par la chef CSB, n'a pas vu la réelle pertinence de la création de ce nouveau poste – et ne s'est donc pas engagé à en assurer le financement.

Aussi le CSB de Mangily ne dispose-t-il toujours pas de dispensateur jusqu'à aujourd'hui.

4. Cas du transfert de l'ambulance : pas de consensus

Le SDSP/DRS avait demandé le transfert du véhicule, mais ABM y était réticente, en suspectant un possible détournement de l'objectif premier de ce véhicule (à savoir les missions de la chef CSB et le transport des malades entre le CSB de Mangily et l'Hôpital de Morondava).

Une proposition intermédiaire avait été proposée par ABM : l'ambulance reste la propriété d'ABM ; l'entretien et le fonctionnement est assuré par SDSP/DRS. Ceci n'a pas été retenu par SDSP/DRS qui ne concevait qu'un don total de la voiture.

Pendant environ 1 an, le véhicule a été confié en propre à la chef CSB pour ses missions et pour les évacuations sanitaires vers Morondava. Cependant, le véhicule était relativement ancien et s'est dégradé assez vite. Il était nécessaire de faire de grandes réparations onéreuses.

ABM ne souhaitant pas assurer l'entretien de ce véhicule plus que de raison (et visiblement les bénéfices du CSB ne peuvent pas assurer ce genre de prise en charge), la solution trouvée a été de le vendre (en 2009) – et d'acheter une moto pour continuer à assurer la mobilité de la chef de CSB. On s'interrogera, de façon anecdotique, sur la pertinence de l'acquisition de cette moto, en sachant que l'Agent de Santé ne sait pas la manœuvrer et doit se faire conduire. Elle assure plus généralement ses trajets en charrette.

Comme on le verra lors de l'analyse des questionnaires aux utilisateurs, ce service qui était assuré avant le transfert du CSB au public est fortement regretté par les usagers.

5. L'aspect « psychologique » du transfert insuffisamment traité

Une déficience dans le formalisme de la réunion de transfert

La réunion de « passation » ne semble pas avoir tant marqué les esprits – certains acteurs ne s'en souviennent même pas et comme on le verra, beaucoup d'utilisateurs du CSB pensent que c'est encore ABM qui gère le centre.

Cela repose peut-être par un manque de formalisation dans une cérémonie plus protocolaire et également par le fait de la faible participation des femmes à la réunion organisée.

Une image de marque peu flatteuse d'un CSB public

Même si une campagne de sensibilisation de la population au transfert par SARAGNA a permis d'expliquer le transfert et le nouveau mode de fonctionnement, cela n'a pas permis de dépasser l'image négative que les populations se font d'un CSB public : faible permanence, ...

IV. ANALYSE DE L'IMPACT : RESPECT DES ATTRIBUTIONS DES NOUVEAUX RESPONSABLES

Afin d'analyser l'impact du transfert de statut privé au statut public du CSB de Mangily, il est étudié, dans ce premier volet, le respect des nouvelles attributions par les acteurs que sont le SDSP/DRSP (pour le personnel de santé) et la commune (pour le bâtiment et les personnels connexes), ainsi que l'éventuelle action de l'ABM après le transfert.

A. Engagement réel quoiqu'irrégulier du SDPS/DRSP

Suite au transfert du CSB de Mangily, le SDSP/DRSP a su jouer son rôle : le CSB est maintenu ouvert et le secteur sanitaire est toujours maintenu autonome à celui de Bemanonga. Le paiement du salaire de la chef CSB, l'approvisionnement en médicaments sont assurés – de manière similaire à tous les CSB de la région.

Le SDSP/DRSP assure également des sessions de formations envers la chef CSB, et même si l'appui global dispensé par le SDSP/DRSP peut être qualifié d'irrégulier, il est réalisé.

B. Rôle moins clair de la commune

Il est plus difficile d'évaluer le rôle actuel de la commune après le transfert du CSB au public.

En premier lieu, la commune n'assume pas les frais de garde – ce que l'on serait en droit d'attendre d'une commune d'après la réglementation.

Toutefois, sur les 5 CSB que compte Bemanonga en 2012, seul le CSB de Bemanonga dispose d'un gardien employé par la commune. Aucun autre CSB n'a de gardien payé par la commune : le CSB de Mangily ne fait pas figure d'exception et ce point n'est donc pas lié au transfert privé / public du CSB.

En ce qui concerne les dispensateurs, la commune n'arrive pas à respecter la réglementation : par exemple, le CSB d'Androvakely devrait disposer d'un dispensateur ayant une population couverte de plus de 5 000 habitants.

En second lieu, l'implication de la commune sur l'entretien des locaux ne peut être évaluée du fait qu'il n'y a pas encore eu besoin de faire des réparations.

Toutefois, c'est toujours ABM qui assure l'entretien de certains matériels spécifiques comme les panneaux solaires.

C. Implication encore forte d'ABM

ABM continue après 4 ans de transfert à s'impliquer dans le fonctionnement du CSB de Mangily :

- paiement du gardien
- paiement des assistantes (ce qui est arrêté aujourd'hui du fait de conflit de personnes ayant entraîné démission et licenciement
- appui technique et financier pour l'entretien et le renouvellement de certains matériels (comme les panneaux solaires).

Cette implication montre que le transfert de statut n'est toujours pas total. En outre, l'ABM, lors d'une de ses missions de suivi post-appui, a constaté la dégradation du bâtiment (présence de chauves-souris) et a dû prendre les mesures ad-hoc – alors que ni le personnel de santé ni la commune n'avait entrepris une telle démarche.

Cela soulève une réelle inquiétude sur le devenir des infrastructures.

V. ANALYSE DE L'IMPACT : ETUDE DE SATISFACTION DES USAGERS

Cette étude sur la satisfaction des usagers du CSB de Mangily est le deuxième volet de l'analyse de l'impact du transfert. Cette étude s'est principalement focalisée sur l'avant et l'après du transfert, et comme on le verra sur la comparaison avec un CSB témoin.

A. Méthodologie d'analyse

Afin de mener cette capitalisation, une stagiaire, M^{elle} RAMPANARIVO Narindra Lalaina, a initié la réflexion en effectuant une recherche documentaire, et a conçu et mis en œuvre une série de questionnaires auprès des utilisateurs de CSB. Tout ce travail a été mené en concertation avec le Responsable Domaine Santé de Louvain Coopération.

L'enquête sur terrain auprès de 20 utilisateurs/clients du CSB de Mangily a permis de connaître :

- leur niveau de satisfaction sur la qualité des soins de santé – 2 ans après le transfert, en le comparant avec celle d'avant le transfert ;
- leur perception sur le transfert lui-même.

Cette première enquête permet une comparaison temporelle, Avant-Après.

Une deuxième enquête a été menée, également sur un échantillon de 20 personnes, pour pouvoir réaliser une comparaison spatiale : entre deux CSB proches. Il a donc été choisi le CSB d'Androvakely, un CSB rural dans une zone similaire à celui de Mangily.

		MANGILY		ANDROVAKELY	
Sexo-répartition					
Femme	13	65%		15	75%
Homme	7	35%		5	25%
Age					
Age minimal	20			21	
Age moyen	33			31	
Age maximal	62			45	
Taille du ménage					
Nombre total de personnes	6			5	
Nombre d'enfants	4			3	
Niveau d'instruction					
Sans	6	30%		10	50%
Primaire	13	65%		10	50%
Secondaire	1	5%		-	-

Figure 3 – Descriptif de l'échantillonnage

Enfin, les analyses statistiques des 2 CSB ont été exploitées afin d'avoir une autre approche – moins suggestive, et plus recentrée sur 4 indicateurs : consultation externe, consultation prénatale, planning familial et accouchement.

Cette synthèse est la reprise finale du rapport de stage de M^{elle} RAMPANARIVO.

B. Comparaison Temporelle : Appréciations entre Avant et Après

Au cours de l'enquête individuelle, les questions posées aux enquêtés ont permis d'élaborer certains indicateurs d'évaluation du transfert.

Les tableaux suivants résument les réponses des interviewés, en distinguant les personnes qui avaient une opinion (*répondu*), qui ne savaient pas (*nsp*) et ceux qui n'ont pas répondu au questionnaire car non utilisateurs du CSB (/).

Ensuite, en fonction des réponses, il a été analysé si l'interviewé a-t-il senti un impact (*impact*) ou non (*pas impact*) pour chaque paramètre.

1. Impacts sur le cadre global du CSB

	répondu		nsp		/	impact		pas impact	
Accueil	15	83%	3	17%	2	0	0%	15	100%
Délai d'Attente	14	78%	4	22%	2	10	71%	4	29%
Horaires	15	83%	3	17%	2	0	0%	15	100%
Identification du Personnel	15	83%	3	17%	2	0	0%	15	100%
Comportement de l'Agent CSB	15	83%	3	17%	2	0	0%	15	100%
Nbre personnel	15	83%	3	17%	2	14	93%	1	7%
Permanence	14	78%	4	22%	2	12	86%	2	14%
Liste prix Médicaments	11	61%	7	39%	2	8	73%	3	27%
Entretien/Propreté	15	83%	3	17%	2	2	13%	13	87%

Figure 4 – Analyse des réponses sur l'évolution de la perception globale du CSB de Mangily

2. Impacts sur la qualité de soins

	répondu		nsp		/	impact		pas impact	
Compétence de l'Agent CSB	13	72%	5	28%	2	0	0%	13	100%
Qualité du Travail de l'Agent CSB	14	78%	4	22%	2	0	0%	14	100%
Qualité de soin	14	78%	4	22%	2	0	0%	14	100%
Accès aux Médicaments	15	83%	3	17%	2	5	33%	10	67%
Equipement	15	83%	3	17%	2	6	40%	9	60%

Figure 5 – Analyse des réponses sur l'évolution de la qualité des soins dispensés au CSB de Mangily

3. Impacts sur les coûts de consultation

	répondu		nsp		/	impact		pas impact	
Coûts de consultation	14	78%	4	22%	2	14	100%	0	0%
Acceptabilité des Coûts	14	78%	4	22%	2	2	14%	12	86%

Figure 6 – Analyse des réponses sur l'évolution du coût de consultation du CSB de Mangily

4. Impacts secondaires

	répondu		nsp		/	impact		pas impact	
Participation Communautaire	4	78%	4	22%	2	12	86%	2	14%
Transparence Gestion (COGE)	7	39%	11	61%	2	7	100%	0	0%
Suivi SDSP	3	17%	15	83%	2	3	100%	0	0%
Visite Commune	6	33%	12	67%	2	6	100%	0	0%
Automédication	16	89%	2	11%	2	2	13%	14	88%

Figure 7 – Analyse des réponses sur l'évolution d'autres paramètres dans le CSB de Mangily

5. Conclusions entre Avant et Après

L'enquête révèle que les consommateurs du CSB de Mangily ont ressenti un impact entre avant et après le transfert :

Fortement sur :

- Le coût de la consultation – qui a augmenté (mais qui reste acceptable)
- La permanence, liée à la diminution de personnels – qui entraîne un allongement du délai d'attente

De manière moindre :

- L'accès aux médicaments – qui s'est dégradé
- Le matériel – est principalement citée l'ambulance, service plus assuré

Et de manière marginale (car peu de personnes n'ont souvent pu se prononcer sur ces thèmes)

- La participation communautaire – qui s'est accrue
- La transparence au niveau de la gestion des médicaments – qui s'est améliorée
- Le suivi du SDSP et de la Mairie – qui est plus fréquent

Sinon, et surtout, l'appréciation sur les soins de santé – en termes de qualité – est restée la même (bonne).

Impacts sur la Fréquentation du CSB

	répondu		nsp		/	impact		pas impact	
Utilisation CSB	20	100%	0	0%	0	5	25%	15	75%

Figure 8 – Analyse des réponses sur l'évolution de la fréquentation du CSB de Mangily

L'impact est mitigé :

- 3 personnes sur 5 se sont mises à fréquenter le CSB
- 2 personnes sur 5 n'y vont plus

Cette fluctuation ne doit pas chercher, suppose-t-on ici, une cause dans le transfert privé au public du CSB – mais plus aux évolutions normales des décisions individuelles dans la vie de chacun.

D'ailleurs, 44% des personnes interviewées ne savent même pas qu'il y a eu transfert et pensent que c'est toujours l'ABM qui gère le centre.

	CSB Mangily	
Connaissance du transfert	10	56%
Ne sait pas	8	44%
Ne fréquente pas le CSB	2	
Impacts positifs	0	0%
Pas d'impact	7	70%
Impacts négatifs	3	30%
Ne sait pas	8	
Ne fréquente pas le CSB	2	

Figure 9 – Taux de connaissance du transfert par les personnes interviewées

Et il a été demandé aux personnes si elles avaient vu un impact depuis le transfert: 70% des personnes qui avaient connaissance du transfert ont déclaré ne pas avoir ressenti d'impacts ; 30% y ont vu une régression.

Tableau de Synthèse

	AVANT – CSB A STATUT PRIVE	APRES – CSB A STATUT PUBLIC
<i>Soins de santé primaire</i> <i>(Voir annexe 1)</i> <i>Les 8 aspects de soins de santé primaires sont pratiqués</i> <i>(Voir annexe 2)</i>	<i>Soins de santé essentiels Accessibles à tous</i> <i>Continus</i> <i>Globaux</i> <i>Intégrés</i> CE NE SONT PAS DES SOINS DE SECONDE CATEGORIE	<i>Soins de santé essentiels Accessibles à tous</i> <i>Continus</i> <i>Globaux</i> <i>Intégrés</i> <i>Impliquant la participation communautaire sur la prise en charge de leur santé</i> CE NE SONT PAS DES SOINS DE SECONDE CATEGORIE
<i>Accueil</i>	Les malades sont bien accueillis par le chef CSB de jour et de nuit au sein du centre ou dans sa maison. 24/24 heures	C'est le même agent donc il n'y a pas de changement sur la qualité qui est encore bonne mais en fonction de sa présence à Mangily
<i>Qualité de soins</i>	L'agent de santé est capable de prendre en charge les malades qui fréquentaient le centre	L'agent de santé participe aux différentes formations organisées par le Ministère de la santé publique, il y a aussi des réunions périodiques ou revues trimestrielles dans le cadre de suivi et de renforcement de la capacité des personnels de santé
<i>Permanence de service</i>	Le CSB est ouvert tous les jours et qui peut accueillir les malades donc l'agent de santé assure toujours leur présence.	Le chef CSB est obligé quelques fois de s'absenter au poste à cause des différents programmes organisés au niveau du SDSP de Morondava et aussi pour prendre son salaire, donc le CSB est fermé pour un certain temps. Ce cas hésite un peu les malades à fréquenter le centre Un malade ne consultera plus au centre de santé s'il sait que le CSB est presque toujours fermé et en plus en cas de problème dépassant la compétence du centre il devrait être référé, manque de moyen d'évacuation.
<i>Equipement et matériel</i>	Le CSB est équipé en matériel sanitaire ainsi que les matériels de bureau et les matériels mobiliers	Les matériels sont encore en bon état. ????????????????
<i>EVASAN (Evacuation Sanitaire)</i>	Au temps de privé le CSB a un moyen de transport qui facilité l'évacuation ou la référence des malades graves (un voiture 4X4) dans un autre centre de référence	Pas de voiture qui permet d'évacuer les malades graves. Les familles des malades se débrouillent pour arriver à une autre formation sanitaire plus importante. cette situation diminue en quelque sorte la fréquentation du centre de Mangily
<i>Disponibilité des médicaments</i>	Les médicaments sont toujours disponibles avec différents gammes de médicaments qui proviennent de différentes sources comme (achat, dotation des touristes ou de l'ABM)	La rupture des médicaments existent à cause du retard du transport, on attend toujours des occasions de charrette ou voiture qui passent à Mangily pour les apporter

	AVANT – CSB A STATUT PRIVE	APRES – CSB A STATUT PUBLIC
<i>Coûts de soins et de médicaments</i>	Les coûts sont moins chers grâce à la dotation de l'ABM et des autres sources.	Les coûts dépendent de la maladie. Le prix des médicaments fixe pour tous les CSB public. Même un peu cher mais à la portée des malades
<i>Participation communautaire</i>	Tant que le CSB est encore en statut privé, la participation de la communauté n'est pas encore structurée.	Selon la politique nationale de la santé sur la mise en œuvre de la PHAGECOM/FANOME, l'implication de la communauté pour la gestion du CSB est fortement demandée à travers la mise en place du COSAN, COGE et AT. Cette optique permet une gestion avec une certaine transparence de gestion et surtout implique aussi la responsabilisation de la communauté. La communauté est de plus appelée à gérer sa propre santé à travers les structures communautaires, elle participe aux activités de préventions, de maintenance des structures mises en place et de recouvrement des coûts en matière de soins de santé
<i>Décentralisation</i>	La Commune n'est pas encore impliquée pour le développement sanitaire.	Selon la loi 97-004 sur la mise en œuvre de la décentralisation, la Commune est responsable de la gestion et le fonctionnement du CSB. Mais par contre cette responsabilité de la commune n'est pas effective, elle n'assure pas son engagement sur la prise en charge budgétaire, d'organisation, de résolution des problèmes sociaux sanitaires. La commune n'alloue pas un budget au CSB
<i>Disponibilité du personnel</i>	Un chef CSB qui assure en priorité la consultation externe, la CPN, l'accouchement. Une aide soignante prend en charge le pansement, l'injection, la vaccination. Un agent communautaire de l'ONN assure les activités nutritionnelles réalisant pesage des enfants, le suivi nutritionnel. 1 Gardien : assure la permanence de la sécurité du CSB. Donc, en cas d'absence du chef CSB l'aide soignante pourrait assurer certaines activités selon ses compétences. Les salaires du Chef CSB, l'Aide soignante, le gardien sont pris en charge par l'ABM L'A.C de nutrition est à la charge de l'ORN de Morondava	Seul le chef CSB qui garantit la réalisation de tous les actes au niveau du centre (consultation, soins, injection, administration, prévention, assure la propreté du centre (bâtiment, matériels, participation aux réunions) Cela peut provoquer une attente des malades qui affecte le taux d'utilisation du centre surtout en cas d'absence de celui-ci. Un agent communautaire de l'ORN assure les activités nutritionnelles réalisant pesage des enfants, le suivi nutritionnel.
<i>Financement</i>	L'ABM finance en totalité le centre (salaire, carburant pour déplacement, communication, indemnité pour stratégie avancée de vaccination, urgences, entretien et petite réparation du bâtiment, complément nutritionnel pour les enfants)	L'ABM finance le salaire du gardien et un complément nutritionnel pour les enfants d'ordre de 105.000 Ar/mois Pour les médicaments c'est à la charge des malades PFU (Participation Financière des Usagers pour le réapprovisionnement des médicaments)

	AVANT – CSB A STATUT PRIVE	APRES – CSB A STATUT PUBLIC
	Participation des usagers sur l'achat des médicaments pour assurer le recouvrement des certaines charges (approvisionnement des médicaments, autres frais de gestion, ...)	Les autres frais sont à la charge de l'Etat Malgache (salaire du Chef CSB, indemnité de vaccination, pétrole, outils de gestion, ...)
<i>Transfert CSB</i>	La population n'était pas consultée et informée d'avance sur le transfert du CSB Mangily en CSB public Pour cette raison la plupart de la population pense toujours que c'est encore l'ABM qui est le responsable du financement du CSB.	Le transfert se passe simplement entre autorités sanitaires et responsables ABM En deuxième lieu l'EMAD avait informé la Commune de Bemanonga sur le changement de statut du CSB de Mangily. L'implication de la Commune de Bemanonga n'est pas envisageable pour cette année 2011, vu la situation budgétaire qui est insuffisante pour mener des activités de développement dans sa circonscription et en plus elle devrait prendre en charge 4 CSB à la fois. Cette raison évoque son non implication

Figure 10 – Tableau récapitulatif de la comparaison spatiale (cas du CSB Mangily)

C. Comparaison spatiale : Différences de perceptions avec un CSB témoin

Un questionnaire analogue mené à Mangily (CSB étudié) a donc été réalisé auprès des utilisateurs/clients du CSB d'Androvakely (CSB témoin). Sont représentés en regard ici les résultats de cette double enquête.

Mais, au préalable, on soumet au lecteur l'observation de ces deux photos représentant l'état actuel des deux CSB :



Figure 11 – Photos du CSB de Mangily (à gauche) et de celui d'Androvakely (à droite) en 2012

1. Impacts sur le cadre global du CSB

MANGILY				ANDROVAKELY		Appréciations	
Accueil							
Bon	18	100%		20	100%	Pas de différence significative	
Délai d'attente							
court	4	22%		2	11%	Moins favorable au CSB étudié	
acceptable				9	50%		
long				7	39%		
Comportement de l'agent de Santé							
Bon	18	100%		20	100%	Pas de différence significative	
Entretien/Propreté							
Bonne	16	89%		9	53%	Plus favorable au CSB étudié	
Moyen	2	11%		5	29%		
Mauvaise	0	0%		3	18%		

Figure 12 – Analyse des réponses sur la différence de perception globale entre les CSB de Mangily et d'Androvakely

2. Impacts sur la qualité de soins

MANGILY			ANDROVAKELY			Appréciations	
Qualité de travail de l'agent de Santé							
Bon	18	100%		16	89%	Pas de différence significative	
Moyen				1	6%		
nsp				1	6%		
Estimation de la qualité des soins							
Bonne	18	100%		20	100%	Pas de différence significative	
Accès aux médicaments							
Bon	11	61%		11	61%	Pas de différence significative	
Moyen	7	39%		7	39%		
Autres solutions							
Attendre	3	38%		3	50%		
Epiciers	4	50%		2	33%		
Pas argent	0	0%		1	17%		
Autre CSB	1	13%		0	0%		
Equipement							
Satisfaisant	12	67%		14	78%	Pas de différence significative	
Moyen	5	28%		4	22%		
nsp	1	6%					

Figure 13 – Analyse des réponses sur la différence de la qualité des soins entre les CSB de Mangily et d'Androvakely

3. Impacts sur les coûts de consultation

MANGILY			ANDROVAKELY			Appréciations
Coûts de consultation						
Peu élevé	2	10%	4	22%	Pas de différence significative	
Acceptable	15	75%	14	78%		
Très élevé	1	5%				

Figure 14 – Analyse des réponses sur la différence de coût de consultation entre les CSB de Mangily et d'Androvakely

4. Impacts secondaires

MANGILY			ANDROVAKELY			Appréciations
Connaissance COSAN						
oui	16	89%		17	94%	Pas de différence significative
non	1	6%		1	6%	
nsp	1	6%				
Fonctionnement COSAN						
bonne	7	39%		15	88%	Moins favorable au CSB étudié
moyenne	0	0%		1	6%	
nsp	11	61%		1	6%	
Automédication						
oui	13	72%		12	63%	Pas de différence significative
non	5	28%		7	37%	

Figure 15 – Analyse des réponses sur la différence sur d'autres paramètres entre les CSB de Mangily et d'Androvakely

5. Conclusions entre les deux CSB

A la lecture de ces résultats, on ne constate pas de différences marquées entre les appréciations des utilisateurs des 2 CSB, en particulier au niveau de la qualité des soins (au sens large) et des coûts (acceptables dans les deux cas). On notera simplement :

- Délai d'attente : exigence des consommateurs du CSB. Bonne appréciation lorsqu'il y avait une réelle permanence
- Entretien/Propreté : en faveur du CSB Mangily
- Même si l'info sur le COSAN est bien passée dans les deux CSB, l'appréciation de son fonctionnement est moindre dans le cas du CSB Mangily : effet d'une plus forte exigence des consommateurs ?

Impacts sur la Fréquentation du CSB

MANGILY			ANDROVAKELY			Appréciations
Fréquentation du CSB						
CSB	11	55%		12	60%	Pas de différence significative
les deux	9	45%		7	35%	
MTrad.	0	0%		1	5%	
Explicatif						
Habitude	7	78%		6	75%	
Mtrad en cas grave	2	22%		0	0%	
Matrone	0	0%		2	25%	

Mtrad : Médecine Traditionnelle

Figure 16 – Analyse des réponses sur la différence de fréquentation des CSB de Mangily et d'Androvakely

La fréquentation habituelle du CSB au profit de la médecine traditionnelle est similaire dans les deux cas.

D. Comparaison statistique croisée

En complément à ces enquêtes, les analyses statistiques de différents indicateurs suivis au niveau des deux CSB (données SDSP) permettent également d'appréhender l'impact du transfert de statut privé/public d'un CSB.

Les chiffres bruts ont été relativisés par rapport à l'estimation corrigée des populations des deux secteurs sanitaires (cf tableau).

Années	Consultation externe		CPN		PF		Accouchement	
CSB MANGILY								
Moy 2004-2006	1465	113%	99	8%	497	38%	2	1,2‰
2006*	1151	87%	106	8%	450	34%	0	0‰
2007	Chiffres non disponibles							
2008**	Chiffres non disponibles							
2009	2339	163%	526	37%	202	14%	61	42,6‰
2010	1800	122%	182	12%	111	8%	57	39,8‰
2011	1506	100%	205	14%	170	14%	60	41,9‰
Moy 2009-2011	1881	121%	304	21%	161	11%	59	40‰

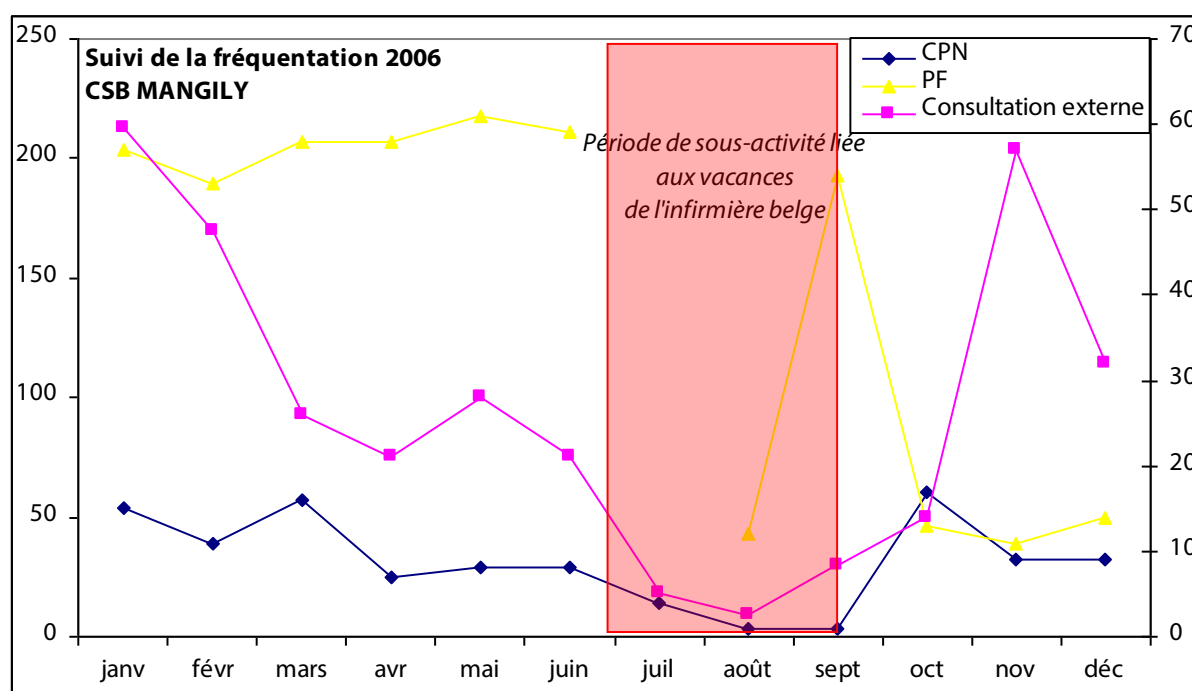
Années	Consultation externe		CPN		PF		Accouchement	
CSB ANDROVAKELY								
2008*	Début de fonctionnement du CSB ANDROVAKELY							
2009	1097	36%	362	12%	210	7%	69	22,5‰
2010	1294	42%	160	5%	355	11%	59	18,9‰
2011	1142	35%	124	4%	436	13%	64	19,7‰

Données SDSP de Morondava ; * 1^{ère} année de fonctionnement ** année de transfert

Figure 17 – Analyse comparative entre quelques données statistiques entre les CSB de Mangily et d'Androvakely

1. Analyse temporelle pour le CSB de Mangily

Avant le Transfert



Entre Avant et Après le Transfert

La fréquentation de l'Avant-transfert se base sur la moyenne de 2004-2006, pendant l'époque où le CSB n'avait pas encore un réel statut.

La fréquentation de l'Avant-transfert se base sur la moyenne de 2009-2011.

De manière générale, 3 indicateurs sur 4 sont meilleurs après le transfert – ce qui peut aller à l'encontre des attentes préconçues. Cela peut être toutefois expliqué par :

- le statut encore non officiel du CSB
- la mise en place des COSAN à partir de 2009, qui a fortement influencé la population

L'absence des données de 2007/08 est vraiment dommageable pour pouvoir conclure réellement. En effet, les acteurs interviewés pensent qu'au contraire, le CSB était plus fréquenté avant le transfert, et ce, à cause de :

- présence d'un stock de médicaments venant de Belgique, dont la distribution pouvait être gratuite

- gestion sociale de la prise en charge des indigents par l'Infirmière belge (ce qui ne se faisait plus après le transfert où tout le monde doit payer)
- présence de l'ambulance qui permettait d'aller chercher les malades en brousse, et si nécessaire de les référer vers Morondava, ainsi que de réaliser des stratégies avancées (qui ne sont plus réalisées depuis que l'Agent de Santé dispose d'une moto)

Analyse Après le Transfert

On constate que pour les 4 indicateurs suivis, une décroissance ou une tendance à la baisse est souvent observée, en particulier pour la consultation externe et les CPN.

Cette diminution du taux d'utilisation annuel du CSB peut être expliquée par :

- En raison de son statut public, le prix des consultations et des médicaments a augmenté
- Le chef CSB est plus souvent absent pour les différentes formations données aux agents de santé publique. Le CSB est donc souvent fermé – alors qu'avant, il y avait permanence d'ouverture (il y avait un chef CSB et un assistant) – décourageant les personnes des villages éloignées

Même si on observe cette diminution, le taux de consultation externe reste quand même élevé et tout à fait satisfaisant.

L'indicateur concernant les CPN diminue à cause du manque du personnel de santé.

Le taux du PF est insuffisant par rapport au nombre de femmes à cause du manque de sensibilisation du COSAN. Il était déjà très faible du temps du CSB privé.

Pour le taux d'accouchement, son indicateur est relativement stable grâce à la compétence du personnel, l'existence des matériels performants et la bonne collaboration avec les accoucheuses traditionnelles.

2. Analyse spatio-temporelle entre les deux CSB

Le CSB d'Androvakely n'a pas connu une diminution du taux de consultation – qui reste relativement constant sur les 3 années. Mais, il reste bien en-deçà de celui observé à Mangily.

Comme à Mangily, les CPN ont également diminué pour le CSB d'Androvakely, avec une chute très appréciable dans les 2 cas en 2010 dont le taux s'est retrouvé en 2011. La cause de cette chute pour le CSB de Mangily ne sera pas recherchée (ou du moins, uniquement) par le transfert privé/public.

Mais, de manière inquiétante, les CPN de Mangily de 2011 se retrouvent au niveau de ceux de 2009. Une baisse des CPN pourraient se refaire ressentir à Mangily pour retrouver les taux d'Androvakely. Le taux de PF est en augmentation à Androvakely sur les 3 années observées. Il atteint celui de Mangily.

A Androvakely, le taux d'accouchement décroît régulièrement, et est environ 2 fois moins élevé qu'au niveau de Mangily.

3. Conclusion partielle

Avoir appuyé le CSB Mangily de manière spécifique montre qu'en 2009, les résultats étaient supérieurs à ceux d'Androvakely – sur les 4 indicateurs étudiés. 2 à 3 ans après, ces indicateurs restent en général plus élevés à Mangily – même si une décroissance y est souvent observée.

L'impact spécifique du transfert de statut privé/public s'est fait, semble-t-il, plus ressentir surtout le taux de consultation.

Sur les CPN, PF ou Accouchement, il ne semble pas que le transfert ait réellement eu d'impact. La plus forte motivation des COSAN ou le fait que le chef CSB soit une femme à Mangily peuvent expliquer les différences entre les deux CSB.

VI. LEÇONS APPRISSES, BONNES PRATIQUES ET RECOMMANDATIONS

Les leçons apprises et recommandations à travers les bonnes pratiques

A. Un travail de longue haleine

Comme on l'a vu, ABM a su se préparer et préparer les acteurs dès le début de la construction du CSB de Mangily à ce transfert. Des réunions ont été ainsi menées pendant 2 ans auprès du SDSP/DRSP, de la commune et des populations.

Il s'agit d'une recommandation très importante, qui est la base d'une réussite d'un transfert de statut.

Cependant, d'autres recommandations peuvent être suggérées afin d'éviter certains problèmes qui ont surgi lors du transfert du CSB de Mangily :

B. Au niveau des aspects sanitaires

Information et Implication SDSP/DRSP dans le processus complet

Embauche de personnel médical qualifié et diplômé

Autant le cas de la Chef CSB a pu être résolu (grâce à la persévérance de la chef et d'ABM), autant le cas des autres assistantes était dès le début insoluble dans un délai raisonnable (si ABM s'était engagée dans un système de formation diplômante, cela nécessitait de 3 ans pour avoir le BAC, puis la formation elle-même – ce qui est relativement incertain).

C. Au niveau des compétences communales

Procédures d'acquisition de terrain et de construction du bâtiment réalisées par la commune

Qualité du bâtiment : près de 5 ans, aucun entretien n'a été nécessaire sur le gros œuvre pour le cas du CSB de Mangily.

Apprentissage progressif de la commune à la gestion du centre dans le cadre de la décentralisation

En effet, une des contraintes rencontrées a été la méconnaissance de la commune dans la gestion d'un CSB.

Il ne faut pas hésiter à ce que, au préalable, la commune bénéficie d'un renforcement sur la réglementation en vigueur, et soit de manière assez rapprochée impliquée dans la gestion du CSB. On peut imaginer qu'un transfert de fonds soit mis en place entre la commune et la structure d'appui – par exemple pour le paiement du gardien.

Cette possibilité sera rendue plus pertinente quand les mécanismes de décentralisation seront mieux balisés à Madagascar.

Cas du Gardien : ne pas embaucher et trouver une solution alternative ?

Dès les premiers contacts, la commune explique clairement son incapacité à financer ce poste. Fallait-il qu'ABM finance toutefois ce poste – au lieu de chercher une solution plus durable et de la tester pendant la période de gestion privée ?

Une piste de solution durable serait ce qui est actuellement testé au CSB de Ampataka, qui vient d'ouvrir en septembre 2012, avec l'instauration d'un système de garde tournante par les hommes du village.

Ne pas sur-équiper le CSB en matériel nécessitant un entretien régulier et onéreux, comme pour le cas de l'ambulance et des panneaux solaires, ou alors de réfléchir à la mise en place de mécanismes financiers d'autofinancement du CSB sur ces postes – ce qui est souvent irréalisable.

D. Au niveau de la population

Bonne sensibilisation des relais communautaires comme les COSAN/COGE

Cette sensibilisation visera à corriger les éventuels effets d'habitude au niveau des pratiques tarifaires (forte prise en charge de la consultation, gratuité des médicaments).

Le transfert de Mangily a été réalisé en même que l'émergence des COSAN/COGE par SARAGNA. Le fait qu'une animatrice soit là pendant cette période a permis de soulever des problèmes et essayer de les résoudre.

Réalisation d'une campagne de communication sur l'image d'un CSB public : malgré la sensibilisation villageoise assurée par SARAGNA, les habitants de Mangily n'ont pas de considération pour ce fonctionnement en « service public ».

Formation du transfert à travers une cérémonie officielle, afin de mieux marquer les esprits. Il faut veiller que toute la population, hommes et femmes, soit bien représentée à cette réunion.

VII. CONCLUSION

Le transfert d'un statut privé à un statut public au niveau du CSB de Mangily s'est plutôt bien passé :

- 44% de la population interrogée ne savent pas qu'il y a eu un transfert
- La population n'a pas constaté d'impacts négatifs sur la qualité des soins
- La qualité des soins, même si elle connaît une dégradation, reste supérieure à celle mesurée dans un autre CSB (CSB d'Androvakely).

Il est donc temps de répondre aux interrogations posées en introduction :

Comment faire pour qu'un transfert se passe bien ?

La première raison d'une réussite est la volonté claire et la plus précoce possible du porteur qu'il veut rétrocéder le CSB au public. Dans le cas du CSB de Mangily, cette volonté est apparue dès le début, et aussi une communication envers le SDSP/DRSP, la commune, l'équipe du CSB et la population a-t-elle été menée dans ce sens de façon récurrente.

Toutefois, autant pour le transfert de la partie médicale peut être considéré comme un relatif succès (la chef CSB est payée, encadrée par le SDSP), autant le transfert de la partie communale est moins complet (le gardien continue d'être payé par ABM ; les panneaux solaires sont entretenus par ABM) et autant la 30% de la population du secteur sanitaire perçoit des effets négatifs à ce transfert.

Des pistes pour améliorer la réussite d'un transfert sont proposées dans ce document :

Était-il pertinent d'appuyer un CSB en statut privé ?

Oui, tant d'après les questionnaires que l'analyse des données statistiques, on constate que le fait que le CSB de Mangily ait été appuyé par l'ABM pendant une dizaine d'années induit une satisfaction plus forte des consommateurs et des résultats meilleurs sur les 4 indicateurs suivis.

L'analyse de satisfaction montre que la qualité des soins suite au transfert est la même et n'est pas remise en cause tend à montrer que le transfert se soit passé de manière assez satisfaisante. Les interviewés regrettent principalement le coût de consultation (tout en reconnaissance qu'il reste acceptable) et la permanence d'ouverture du centre, ainsi que l'arrêt du service d'ambulance.

Par contre, l'analyse statistique montre une décroissance en 3 ans de certains paramètres. Il est donc à craindre que l'effet d'appui va s'estomper – mais en défaveur de la qualité actuelle du CSB de Mangily. A terme, il est probable que les indicateurs seront similaires entre les 2 CSB, au niveau des valeurs trouvées pour le CSB témoin d'Androvakely.

Apparaît donc une autre question : comment faire pour que l'impact d'un appui spécifique se ressente sur le long terme ?

Cette enquête donne une piste importante : arriver à pérenniser plusieurs postes pour que la permanence d'un CSB soit réelle – comme pendant la période d'appui d'ABM.

Le prix de la consultation a été augmenté pendant le transfert – cependant, il est encore acceptable pour les populations. On peut donc conseiller que, pendant la phase d'appui, les prix de consultation s'alignent sur ceux des autres CSB, permettant de créer ainsi un fond de continuité permettant de payer les employés après fermeture.

Ce n'est qu'une piste qui ne fonctionnera que sur une courte période. Cela n'empêche pas au Ministère de la Santé d'assurer son obligation de doter chaque CSB de 2 personnels médicaux.

L'appui actuel dispensé aux Agents Communautaires (AC) peut être une autre solution : moins de personnes viendront se faire consulter au CSB, leur maladie ayant été diagnostiquée et traitée plus

tôt par les AC. Une telle vision n'est pas totalement durable : les AC sont actuellement bénévoles (???), mais, à terme, il est fort probable que, vu le service rendu, ils demanderont une indemnité.

Un autre aspect est de peut-être de ne pas sur-équiper le CSB en matériels difficiles à entretenir sur le long terme du fait des coûts (véhicule, panneaux solaires).

Pour finir, il est aussi intéressant de voir le transfert de privé à public comme une animation visant à l'autonomisation des populations par une implication dans le processus pour dépasser une certaine mentalité d'attentisme qui peut se retrouver dans les populations.

Annexe – Planche Photos du CSB Mangily



Vue générale du CSB Mangily



Aperçu des panneaux solaires



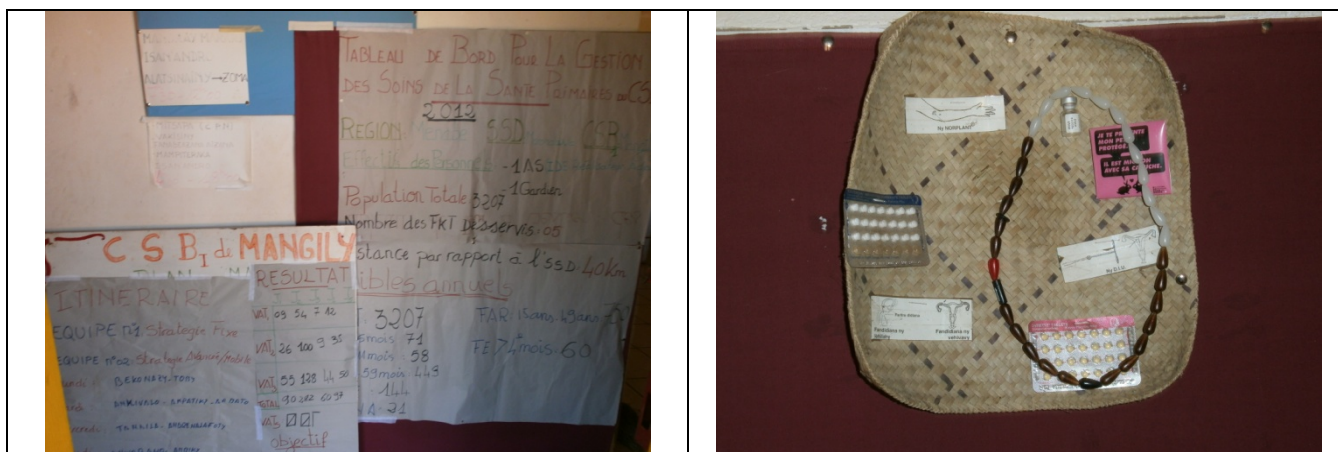
Vues des matériels réfrigérants



Salle d'accouchement



Salle de repos



Moyens de communication et de sensibilisation (planning familial)



Vue du stock de médicaments



« Incinérateur »