

A- ANALYSE DES RÉSULTATS

I- La pauvreté, un facteur majeur du DNP

I-1- Importance du problème financier sur l'accès à l'accouchement.

I-1-1- Le cas du CHUA SGOB

La qualité importe peu sur le choix du lieu d'accouchement. C'est plutôt le tarif qui détermine le choix des femmes avec un pourcentage de 69,44%, ce n'est qu'après que vient le choix selon la compétence du centre.

Actuellement, les kits pour l'accouchement sont gratuits, le nombre d'accouchements au niveau des maternités publiques devrait augmenter. La sensibilisation et l'information sur la gratuité des kits ne sont pas suffisantes. Notre enquête a montré que 31,008 % des femmes interviewées ne connaissent le kit qu'au moment de l'accouchement et sur les 216 enquêtées, il y a 89 femmes qui même au moment de l'accouchement ne réalisent pas ce que c'est le kit et que c'est gratuit.

Le niveau de vie économique des ménages actuels est très bas ; 59,93% des femmes enquêtées ne disposent même pas du minimum nécessaire pour un accouchement sous opération césarienne (107 697 Ariary), alors qu'il faut se préparer à tout. Le principal recours est le prêt, d'autres s'acquittent de leur bien pour trouver de l'argent si le kit n'était pas gratuit. Souvent, cette insuffisance financière retarde les soins et entraîne en effet soit la mortalité maternelle soit le décès du nouveau né soit les deux à la fois.

I-1-2- Contraintes financières pour le secteur santé à Madagascar

Le taux d'accroissement annuel moyen du PIB réel a été négatif pendant les périodes 1980-1990 et 1990-2000, respectivement de - 1,7 % et - 0,9 % ; mais il faut noter que le taux d'accroissement du PIB réel par habitant est positif pour les années 1999, 2000 et 2001.

Les variations du solde global (base engagement)/PIB ont toujours été négatives de 1997 à 2001.

La balance fiscale, y compris les dons a toujours été négative de 1995 à 2003.

La balance courante (en pourcentage du PIB) a toujours été négative de 1995 à 2003.

La moyenne du taux d'inflation de 1995 à 2003 est à deux chiffres: 13,86 %.

Le taux de pression fiscale (9,63 % du PIB) est très faible par rapport à celui des autres pays en développement (15 % du PIB) et des pays développés (40 % du PIB).

Encours de la dette : l'allègement de la dette dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés a réduit de façon importante le service de la dette. Le ratio service de la dette / exportations est passé de 45 % en 1990 à 4,8 % en 2004 ; le service de la dette est passé de 155 millions de dollars US en 1990 à 50 millions de dollars US en 2004 ; mais le ratio dette / PIB qui est de 103% en 2002, est supérieur à la moyenne des pays les moins avancés (79 %).

Les dépenses publiques totales hors dette (21,58 % du PIB) sont inférieures à celles de l'Afrique subsaharienne (25,9 % du PIB).

Les comptes budgétaires de l'Etat pour la période 2002-2005 laissent apparaître une forte dépendance de Madagascar par rapport à l'aide extérieure qui devrait représenter environ 64% des dépenses totales de l'Etat en 2004, l'essentiel (57%) étant constitué de nouveaux prêts et dons. L'aide publique au développement représente environ 15 % du PIB en 2004. (Banque mondiale).

Adaptation des prévisions :

L'Etat a été obligé de procéder :

- à des amputations budgétaires car les prévisions de recettes fiscales n'ont pas été atteintes pour diverses raisons ;
- à des blocages budgétaires pour lutter contre l'inflation et la dépréciation de la monnaie locale.

En bref, la performance économique du pays est faible.

Les dépenses totales de santé par an par habitant (5 dollars US) sont faibles, inférieures à celles de la région de l'Afrique subsaharienne (13 US \$), des autres pays en développement (71 US \$) et des pays développés (2735 US \$).

Les dépenses totales de santé (2,34 % du PIB) sont faibles par rapport à celles de la région de l'Afrique subsaharienne (6 % du PIB), des autres pays en développement (5,6 % du PIB) et des pays développés (10,2 % du PIB).

Les dépenses publiques de santé (8,33 % des dépenses publiques totales) sont inférieures aux objectifs d'Abuja qui préconisent d'allouer 15 % des dépenses budgétaires de l'Etat à la santé.

Les dépenses publiques de santé (1,55 % du PIB) sont inférieures à celles des pays à faible revenu (2,5 % du PIB) et des pays de la région Afrique subsaharienne (2,6 % du PIB). Cela reflète la taille relativement modeste du secteur public à Madagascar.

Les allocations budgétaires pour le secteur de la santé n'ont jamais dépassé les 9% en pourcentage des dépenses publiques totales et les 1,9 % en pourcentage du PIB de 1997 à 2004.

Le taux de croissance annuel moyen des dépenses publiques de santé effectives est de 24,0% mais celui des dépenses publiques effectives pour les soins de santé primaires n'est que 14,0%.

Les dépenses totales de santé par habitant par an qui sont de 5 dollars US sont insuffisantes. Selon la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS, il faut 34 dollars US par habitant par an pour financer un paquet minimum de soins de santé en 2007 (cela va augmenter à 38 dollars US par habitant par an en 2015). Pour le cas de Madagascar qui a un PIB de 235 dollars US par habitant, le pays doit allouer 14,47 % du PIB soit 67 % des dépenses budgétaires de l'Etat au secteur de la santé pour disposer des 34 dollars par habitant par an.

Un pays qui a un taux de pression fiscale égal ou inférieur à 15 % et alloue aux dépenses publiques totales 30% du PIB ou moins, peut au plus consacrer 5% du PIB au secteur de la santé ; donc avec un PIB de 235 dollars US, Madagascar peut disposer seulement de 11,75% dollars US par habitant par an pour les dépenses publiques de santé si 5% du PIB sont alloués à la santé.

Les dépenses publiques de santé par habitant par an sont seulement de 3,8 dollars US dont 1,33 dollars US proviennent du financement extérieur.

L'aide extérieure fournit 35 % des dépenses totales de santé.

Le paiement direct par les particuliers qui représentent 90,12 % des dépenses privées de santé et 36,45 % des dépenses totales de santé reflètent la faiblesse des dépenses publiques de santé

L'augmentation des dépenses publiques de santé est indispensable pour :

Réduire le niveau élevé des dépenses privées de santé par paiement direct des particuliers qui appauvrissent la population ;

Atteindre les objectifs de santé du Millénaire pour le développement.

Les dépenses privées de santé par paiement direct des particuliers doivent être inférieures à 15 % des dépenses totales de santé pour réduire le nombre de ménages exposés aux risques d'appauvrissement par les coûts catastrophiques de santé.

La faiblesse du taux de pression fiscale et du taux d'exécution budgétaire témoigne de la mauvaise performance de la gestion des finances publiques.

[1, 2, 14, 15, 17, 21, 23, 28, 36, 37, 39, 49, 50, 53, 55]

I-1-3- Contraintes non financières à résoudre pour atteindre les OMD

a- Le taux de couverture en formations sanitaires est seulement de 57 % pour tout le territoire national.

Quand un service est offert en quantité limitée c'est-à-dire que quand c'est le quart ou la moitié seulement de la population en bénéficiaire, ce sont les familles ayant un revenu élevé ou moyen qui ont accès en priorité à ce service au détriment des familles pauvres. C'est seulement quand le taux de couverture augmente de 50 à 80 ou 100 % que les familles pauvres bénéficient le plus de l'augmentation de l'allocation budgétaire.

b- *L'accessibilité géographique des formations sanitaires pour les couches pauvres*

36% de la population vivant en milieu rural, habitent à plus de 10 km ou deux heures de marche d'une formation sanitaire.

L'éloignement géographique du centre de santé diminue la demande de soins chez le malade

c- *Les ressources humaines disponibles*

Le ratio est de 0,29 médecins/1.000 habitants pour la moyenne nationale, mais il y a des disparités régionales ; ainsi, 43 % des médecins généralistes et 63 % des médecins spécialistes exercent dans la province d'Antananarivo où vivent 30 % de la population. Les dentistes (0,02/1.000 habitants) et les pharmaciens (0,01/1.000 habitants) sont très insuffisants en nombre. Les médecins, dentistes et pharmaciens représentent 30,94 % du personnel du Ministère de la Santé.

Il y a une insuffisance quantitative des infirmiers et des sages-femmes (0,32/1.000 habitants), des techniciens de laboratoire (0,01/1.000 habitants), des agents d'hygiène et d'assainissement (0,01/1.000 habitants) et des assistantes sociales (0,02/1.000 habitants). Les paramédicaux représentent 33,95 % du personnel du Ministère de la Santé. Pour assurer des soins de qualité, l'effectif de ces techniciens qui forment l'ossature du personnel du secteur de la santé doit augmenter. Le ratio infirmier/médecin est de 1,06.

Les agents administratifs et les agents de soutien (0,34/1.000 habitants) forment les 32,29 % du personnel du Ministère de la Santé.

Les normes standard pour le personnel ne sont pas satisfaites ; cette situation a un impact négatif sur la qualité des services. Les six Instituts de formation de paramédicaux (IFP) qui forment en moyenne 350 paramédicaux par an pour toutes les filières, ne peuvent pas combler rapidement le déficit en personnel paramédical à cause des contraintes financières et de la contrainte temps pour la formation. Quelques établissements confessionnels agréés par l'Etat forment actuellement des paramédicaux.

60 % des agents du Ministère de la Santé travaillent en milieu rural où vivent 78 % de la population.

La moyenne d'âge du personnel du Ministère de la santé est élevée : 47 % sont âgés de 50 ans ou plus. Presque la moitié des agents vont ainsi partir à la retraite au plus tard en 2016.

d- *L'indice de performance du système de santé* de Madagascar, pendant la période 1993 – 1997, était de 0,394, ce qui lui valut la 173^{ème} place sur 191 pays dans le monde.

[20]

I-2- Impact de l'application de la PFU

I-2-1- Impact et modalité d'application au niveau du CHUA SGOB

Notre étude a fait ressortir que pendant ces 6 mois, le CHUA SGOB a accueilli 4366 accouchements qui n'est que 1,13% des naissances attendus dans Antananarivo Renivohitra¹, et le taux de couverture d'accouchements assistés est de 15,30%. Ces pourcentages sont faibles mais peuvent se comprendre par le fait que sur Antananarivo Renivohitra il y a plusieurs maternités en concurrence avec le CHUA SGOB.

Face à cela le CHUA SGOB doit améliorer les qualités de ses services. D'ailleurs l'enquête que nous avons menée montre que presque la moitié des femmes interviewées n'a pas été satisfaites de leur traitement et accueil.

Concernant toujours cette offre de services, le centre de CPPN de Befelatanana n'attire pas autant les femmes enceintes que les CSB ou les autres centres privés. Plus de femmes préfèrent payer pour se faire consulter au lieu de les faire gratuitement au près de

¹ Selon le Service des Statistiques Sanitaires : 386 465 Naissance attendus pendant 6mois sur Antananarivo Renivohitra.

Befelatanana (20,8% contre 24,6%). Les raisons pour lesquelles les femmes ne veulent pas fréquenter le CPPN de Befelatanana, c'est que d'une part, ce sont souvent les stagiaires et les paramédicaux qui s'occupent d'elles et elles doutent de leur compétence. D'autre part, même si ce sont des sage-femmes qui les prennent en charge, elles ressentent et se plaignent que ces sage-femmes travaillent avec routine et accoutumance. Ce qui permet de conclure que pour leur grossesse les femmes sont prêtes à payer pour avoir la qualité et pour être bien suivies.

Quant à la modalité d'application de la PFU au sein du CHUA SGOB, il serait plus commode de savoir les domaines d'application de la PFU, les prises en charge couvertes par le paiement des frais par les usagers, les catégories des usagers ainsi que le cofinancement résultant de l'application de la PFU.

a- Domaines d'applications de la PFU.

La PFU concerne les consultations externes, les médicaments, les consommables médicaux tels les compresses, coton, bandes, fil de suture, gants, seringues..., les analyses médicales et divers examens radiologiques ainsi que l'hébergement.

b- Prise en charge couverte par le paiement des frais par les usagers

b-1- Consultations externes

Tout paiement couvre une maladie jusqu'à la guérison. Tout malade appelé à revenir dans le cadre de suivi médical n'est plus tenu de payer.

b-2- Médicaments

L'utilisateur se munit de l'ordonnance émanant du prescripteur pour l'achat des médicaments à l'unité pharmaceutique du centre. Le prix d'achat est celui de la centrale d'achat « SALAMA » auquel s'ajoutent 35%. Le catalogue des prix peut être consulté à tout moment auprès de la pharmacie du centre.

b-3- Frais de soins

❖ Au niveau du bloc opératoire :

L'utilisateur effectue :

– le paiement de forfait au bureau de cessions avant l'opération, forfait couvrant tous les nécessaires à la prémédication, les produits anesthésiques, les solutés, les

compresses, les fils de sutures, les gants...,les consommables pour les soins post-opératoires.

- Le paiement des médicaments pour les soins post-opératoires à la caisse de l'unité pharmaceutique.

❖ Pour les soins d'urgence :

Trois cas peuvent se présenter :

- Sortie immédiate après les soins
- Mise en observation de quelques heures
- Hospitalisation

Le paiement contribue au recouvrement d'une partie des médicaments et des consommables médicaux.

❖ Frais d'analyse et d'examens radiologiques :

Le paiement sert à assurer la disponibilité des réactifs, des films nécessaires.

❖ Consultation prénatale de référence :

La PFU donne droit à divers examens : échographie, diverses analyses.

b-4- Hébergement :

Le paiement sert à fournir un environnement et des services propres :

- Local, lit, matelas, drap
- Toilettes, douches

c- Catégories des usagers :

Tout usager participe au financement des services de santé. Il existe trois catégories d'usagers, à savoir :

- Les indigents¹
- Les assurés
- Les étrangers

¹Les indigents sont les sujets n'ayant aucune possibilité financière pour payer les soins de santé. Les autorités communales, les organisations d'obédience sociale ou les autorités de l'établissement des soins sont chargées de l'identification de ces indigents selon des critères objectifs. La prise en charge est assurée par une caisse de solidarité au niveau de l'établissement à partir des fonds générés par des festivités ou des dons.

d- Le cofinancement :

- L'Etat assure : la construction des infrastructures, l'équipement, le paiement des salaires du personnel, le fonctionnement (eau, électricité, médicaments,...)

- Les bailleurs de fonds appuient dans la réhabilitation des infrastructures, l'équipement, le perfectionnement du personnel.

L'utilisateur participe aux coûts des médicaments et consommables médicaux à certain fonctionnement.

I-2-2- Comparaisons et effets prévus des deux options

Les tarifs sont au coeur du système de financement de la santé. Les niveaux des tarifs, et le signal qu'ils envoient aux consommateurs, peuvent considérablement aider à réduire les pratiques inefficaces et les inégalités dans la prestation et l'allocation des soins de santé ainsi qu'à stimuler le développement du secteur privé. Deux stratégies peuvent être adoptées selon notre étude : faire participer les bénéficiaires aux frais des accouchements ou de les octroyer gratuitement. Le tableau 16 résume les effets prévus de ces deux stratégies

Tableau 18 : Tarifs et effets prévus sur les services financés ou fournis par le secteur public.

Gratuité	PFU
Recettes et accès à des services de qualité	
La gratuité signifie qu'il n'est guère possible de mobiliser des revenus pour alléger la pénurie de fonds publics pour les services de santé. Ce type de financement se fait généralement au moyen d'impôts directs ou indirects et à coup de déficits budgétaires épongés par l'emprunt national ou étranger.	La participation aux coûts signifie que l'on a des possibilités accrues de compléter les revenus insuffisants et souvent fluctuants des Etats, ce qui permet d'alimenter partiellement les budgets ordinaires et de faire des investissements pour étendre et améliorer les services offerts.

Efficacité

La gratuité signifie de fortes subventions, spécialement pour des services curatifs coûteux, l'absence de responsabilisation touchant l'augmentation des coûts unitaires de prestations des services, et aucune incitation à réduire les coûts à leur niveau minimum.

La gratuité fait qu'il est difficile au pourvoyeur de rationner les services selon les besoins (la demande) et au système de santé de les fournir (l'offre).

La gratuité empêche un système de santé d'aiguiller efficacement les malades vers des établissements où le coût unitaire de certains services est plus bas. Les utilisateurs peuvent fort bien se diriger vers les hôpitaux où les coûts unitaires sont les plus élevés plutôt que vers des centres de santé et dispensaires où les coûts unitaires sont bien plus bas.

Une tarification des services plus proches de leur coût unitaire fait mieux ressortir la valeur réelle du service et des prestations offertes, ainsi que la question de savoir si l'Etat doit les financer, qui est appelé à les recevoir et qui va payer.

La PFU réduit une demande de services excessive ou justifiée et fait que la capacité d'offrir ce service est plus conforme à la volonté et à la capacité de payer. En d'autres termes, lorsqu'un service est payant, les gens y réfléchissent à deux fois avant d'en faire la demande.

La PFU peut aider à rétablir l'efficacité du système d'aiguillage des malades en faisant savoir aux utilisateurs que des services de base préventifs et curatifs sont offerts dans des cliniques communautaires à un coût bien moindre que celui des hôpitaux, qui devraient être réservés pour des traitements curatifs plus complexes et plus coûteux.

Equité

Avec la gratuité, les catégories à revenu relativement élevé ont tendance à utiliser des soins curatifs plus onéreux que les catégories pauvres, et la raison principale en est que ses services sont généralement dispensés dans des hôpitaux urbains, qui sont d'habitude situés près des quartiers plus aisés.

Faire payer ceux qui utilisent le plus fréquemment les soins curatifs onéreux et qui peuvent payer peut aider à renflouer les caisses publiques et à procurer des fonds pour aider à subventionner ceux qui sont moins à même de payer.

Collaboration entre secteur public et secteur privé

La gratuité n'encourage pas les pourvoyeurs du secteur privé et à but lucratif à étendre leurs services. La concurrence et l'efficacité qui en résultent sont eux aussi supprimés.

La participation aux frais et majoration des tarifs aident à promouvoir la concurrence entre pourvoyeurs publics et privés et encouragent le passage du public au privé. Cette substitution peut réduire la pression sur les pourvoyeur publics et libérer des ressources pour fournir des soins de santé gratuit à ceux qui ne peuvent pas payer.

I-2-3- L'intervention de l'Etat dans la mise en œuvre de la PFU

I-2-3-1- Impacts du recouvrement de coûts

Après l'introduction et la généralisation de la participation financière des usagers (PFU) au coût des médicaments au cours des années 1997-1998, le taux d'utilisation du service de consultations externes a doublé dans les centres de santé de base (CSB). Cette augmentation est due à la disponibilité permanente des médicaments et à l'amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires publiques.

Les recettes totales générées par le recouvrement des coûts étaient :

- en 1997 de 2,64 milliards d'Ariary ou 2.587.575,7 millions de dollars US ; soit 192,11 Ariary ou 0,19 dollars US par habitant. (1 US \$ = 1020,26 Ariary)
- en 2000 de 3,96 milliards d'Ariary ou 2.917.256 millions de dollars US; soit 263,70 Ariary ou 0,19 dollars US par habitant. (1 US \$ = 1357,44 Ariary)

Les recettes relatives au recouvrement des coûts dans les centres de santé de base étaient :

- en 1998 de 1,84 milliards d'Ariary ou 1.690.741,3 millions de dollars US ; soit 129,99 Ariary ou 0,12 dollars US par habitant. (1 US \$ = 1088,28 Ariary)
- en 2000 de 3,14 milliards d'Ariary ou 2.313.177,7 millions de dollars US ; soit 209,09 Ariary ou 0,15 dollars US par habitant. (1 US \$ = 1 357,44 Ariary)

La hausse des recettes traduit l'augmentation de la fréquentation dans les centres de santé de base.

Les recettes générées par la participation financière des usagers représentent l'équivalent de 20,31 % du budget de fonctionnement alloué aux biens et services du secteur de la santé en 2000.

Les événements politiques de 2002 ont entraîné une diminution de l'utilisation des centres de santé de base (CSB). Suite à ces événements, la PFU au coût des médicaments a été suspendue dans les formations sanitaires publiques ; ainsi, le taux d'utilisation du service de consultations externes des centres de santé de base publics a augmenté de 16 à 21 %. Une analyse approfondie des données enregistrées dans les formations sanitaires a montré qu'une des raisons de cette augmentation est due au fait suivant :

- Les patients sont revenus en consultations 2 ou 3 fois pour la même maladie, car ils n'ont pas été traités correctement au cours de la première visite à cause d'une pénurie chronique de médicaments dans les formations sanitaires.

En 2003, la PFU au coût des médicaments a été réintroduite car il n'y avait pas de mécanismes alternatifs pour financer le réapprovisionnement en médicaments dans les pharmacies de gros de district et dans les pharmacies à gestion communautaire.

Ainsi l'utilité de la PFU n'est plus à discuter, mais comme le paiement direct effectué au cours des consultations est le mode le plus régressif, il faut introduire le pré paiement comme mécanisme alternatif au financement des soins de santé.

I-2-3-2- Situation de l'étude par rapport à d' autres

L'intervention de l'Etat concerne surtout la prise en charge de kits accouchement. Quelque soit la prise en charge de l'Etat, totale ou partielle, le but est de diminuer le taux de Décès Néonatal Précoce (DNP). Ce taux était de l'ordre de 36,87% pendant les trois mois d'étude où l'Etat a fait participer les bénéficiaires aux frais des kits accouchement (Option A). Par contre il a augmenté, ce qui ne devrait pas être le cas, jusqu'à 37,70% quand l'Etat a payé lui seul les frais des kits accouchement (Option B).

Même si l'option B a fait augmenté le nombre de naissances vivantes, elle a connu aussi une augmentation du nombre de DNP. Par ailleurs cette augmentation du nombre de naissances vivantes ne suffit pas pour rendre cette option coût efficace. Une autre raison qui vérifie notre synthèse : l'intérêt de la PFU en matière d'accouchement.

Après trois mois d'application de la gratuité dans le CHUA SGOB, constat est fait que le nombre d'accouchements a augmenté de 104,30%. Cette augmentation est faible si nous le comparons avec celles des districts de Niger qui était de 147%.

Dans le CHUA SGOB l'activité des services préventifs de CPN n'attire toujours pas assez les femmes enceintes, par contre l'exemption de paiement l'a doublé au Niger.

Du point de vue financier, la politique d'exemption pour l'accouchement au Niger est aujourd'hui financée via une nouvelle ligne budgétaire « gratuité » intégrée dans le budget national du Niger. L'Agence Française de Développement (AFD) octroie pour sa part aussi une aide budgétaire. Pourtant, le cas de Madagascar n'est pas pareil. A l'exemple des kits opération césarienne sous anesthésie loco régionale au CHUA SGOB, les kits n'ont durée que 12 jours et depuis l'épuisement, la pharmacie a reconstitué les kits. Les subkits octroyés par le Fond des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ne sont pas conformes aux besoins des praticiens. Le financement de la gratuité s'avère comme le principal problème de sa mise en œuvre, du fait que c'est lui qui assure la disponibilité permanente des kits.

C'est sur ce point que RAKOTONANTOANINA Jacques dans son étude intitulé : « Participation Financière des Usagers : facteur d'exclusion ou facteur d'équité pour le groupe vulnérable des enfants de moins de 5 ans » a souligné l'importance majeur de la PFU en disant que la mise en place de la PFU au coût des services de santé publics améliore la disponibilité des médicaments.

Un cas concret sur la nécessité de la PFU, est l'exemple de l'Ouganda. Pour ce pays, l'abolition de la PFU se traduit en une dépense de santé catastrophique. Au lieu de se procurer gratuitement des kits au niveau des centres publics, les utilisateurs doivent les

acheter au près des centres privés parce que là où il devraient être, les kits ne sont pas disponibles.

[32,35]

II- Le statut de la femme, autre facteur influant le DNP

II-1- Impact du statut de la femme

II-1-1- Relations des variables avec la MNP

Constat est fait sur l'importance de l'éducation, le niveau d'éducation s'avère comme une variable critique dans notre étude. Il est à la fois liée à l'occupation de la mère et par conséquent à son revenu mensuel. Alors qu'auparavant nous avons vu que c'est ce revenu qui est souvent cause de mortalité.

Les personnes instruites sont plus productives que celles qui sont les moins, ceci parce qu'elles ont acquis des qualifications utiles, donc appropriées du fait de la concurrence existant sur le marché et rares en raison même de la durée des études. Autrement dit, leur productivité marginale est plus élevée, ce qui en régime de concurrence entraîne un salaire supérieur.

Rappelons que les hypothèses de notre étude étaient :

- H_1 : le problème financier est un blocage aux femmes à faible revenu à l'accouchement au CHUA SGOB et est un facteur fondamental de la mortalité néonatale précoce. La gratuité des kits accouchement et opération césarienne améliorera cette situation.

- H_2 : outre que le problème financier, le statut de la femme est un facteur important qui explique aussi la mortalité néonatale précoce. La gratuité ne suffit pas il faut améliorer le statut de la femme.

La validation statistique de ces hypothèses fait intervenir l'analyse des relations existantes entre certaines variables et la mortalité néonatale précoce :

- **Le statut matrimonial** : 84,9% des enfants référés sont nés des femmes célibataires (non mariées, veuves ou divorcées), avec un degré de significativité 0,0003. Habituellement, la présence du mari diminue le risque d'exposition de l'enfant au décès précoce. En fait, le mari est un soutien moral pour la mère.

- **Le niveau de scolarité** : la relation entre le faible niveau de scolarité de la mère et la MNP existe bien qu'elle ne soit trop manifeste. Le risque de MNP diminue au fur et à mesure que le niveau d'instruction s'améliore.

- **La profession** : les enfants dont les mères restent au foyer sont les plus exposés au risque de MNP. Dans ce travail, les femmes ménagères ou étudiantes ou femmes de ménages sont regroupées dans cette catégorie. En commun, ces femmes ont un revenu assez moyen, sinon faible. De ce fait, elles sont très occupées dans leurs vies quotidiennes.

- **La date du dernier accouchement** : les femmes ayant accouchées moins de deux ans sont les plus victimes dans cet étude avec un degré de significativité 0,001. il y a ainsi une liaison importante entre l'espacement des accouchements et la MNP. Cet espacement est meilleur s'il appartient à l'intervalle [2-3 ans].

- **Le revenu** : c'est un des facteurs fondamentaux de la MNP, les femmes à revenu élevé ont un peu de chance d'échapper au risque avec une probabilité de 0,0001. comme nous avons analysé l'éducation, nous constatons que plus le revenu s'élève plus le risque diminue. En fait, un revenu élevé permet aux femmes et aux nouveaux nés de bénéficier des soins nécessaires à temps.

Certes, la gratuité permet l'accès de tous à l'accouchement mais elle n'est pas coût efficace.

II-1-2- Les communes et les prises en charge des indigents

La commune, située au niveau inférieur de la subdivision administrative, est la collectivité territoriale décentralisée la plus rapprochée de la population. 2 à 4 % du budget de l'Etat sont gérés par les communes.

La gestion des centres de santé de base est confiée aux communes. *Le fonds d'équité* destiné à assurer la prise en charge des démunis au niveau des centres de santé de base, est constitué par :

- Une partie de la marge bénéficiaire de la vente de médicaments de la pharmacie à gestion communautaire ; elle ne représente que 3/135 soit 2,22 % du prix des médicaments vendus.
- Le fonds spécifique dans le cadre des activités sociales de la commune.
- Les subventions.
- Les dons.

Les sources de financement de la commune sont constituées par :

- Les transferts du Trésor public basés sur le nombre d'habitants de la commune, les petits transferts conditionnels.
- Les impôts et taxes locaux tels les impôts sur la propriété, les impôts sur la consommation, les redevances des marchés, les droits d'usage.

Une étude effectuée en 2000 par la Banque mondiale sur les besoins de financement des communes à Madagascar, a montré que 88,73 % des besoins locaux en matière de santé restent non satisfaits. Ainsi si les besoins communaux dans le secteur de la santé sont de 7,1 dollars US par habitant, le financement disponible est seulement de 0,8 dollars US par habitant d'où un déficit de financement de 6,3 dollars US par habitant.

Les besoins pour les dépenses récurrentes sont de 2,5 dollars US par habitant, mais le financement disponible est de 0,3 dollars US par habitant d'où un déficit de 2,2 dollars US par habitant.

Les besoins pour les dépenses d'investissements sont de 4,6 dollars US par habitant, mais le financement disponible est seulement de 0,6 dollars US par habitant d'où un déficit de financement de 4,0 dollars US par habitant.

Les communes ne disposent que de 12 % des besoins pour les dépenses récurrentes et de 13,04 % des besoins pour les dépenses d'investissements.

Les dépenses totales de santé au niveau des communes sont de 0,94 dollars US par habitant se répartissant comme suit :

- Dépenses récurrentes : 0,42 dollars US par habitant.
- Dépenses d'investissements : 0,52 dollars US par habitant.

Les dépenses récurrentes de santé par habitant au niveau des communes sont composées de :

- 0,40 dollars US provenant du Ministère de la santé dont 0,30 US dollar pour les salaires;
- 0,02 dollars US provenant des projets financés par les bailleurs.

71,43 pour cent des dépenses récurrentes de santé au niveau des communes sont constitués par les salaires versés par le Ministère de la santé.

Les dépenses d'investissements par habitant au niveau des communes sont composées de :

- 0,03 dollars US provenant du Ministère de la santé;
- 0,47 dollars US provenant des projets financés par les bailleurs;
- 0,02 dollars US provenant des comités de district.

Les dépenses d'investissements de santé au niveau des communes sont constituées à 90,38 % par les ressources extérieures apportées par les projets financés par les bailleurs.

La prise en charge des démunis se heurte à deux obstacles majeurs :

- La difficulté d'identifier des critères d'indigence dans une économie structurée sur des bases informelles ;
- L'insuffisance de financement.

Le nombre de démunis que la commune peut prendre en charge est logiquement fonction du volume du fonds d'équité disponible. Tous les indigents risquent de ne pas être pris en charge par les communes à cause de :

- L'insuffisance de financement disponible au niveau des communes ;
- La part minimale de la marge bénéficiaire sur la vente de médicaments dans les centres de santé de base destinée au fonds d'équité.

[3]

II-2- Importance de l'amélioration du statut de la femme

II-2-1- Relation entre pauvreté, santé et éducation

La pauvreté est un phénomène multidimensionnel. *Les différentes dimensions de la pauvreté selon MAXWELL (2002) sont :*

- La dimension économique : la consommation, les biens et les revenus ;
- La dimension humaine : santé, nutrition et éducation ;
- La dimension protectrice : sécurité et vulnérabilité ;
- La dimension socioculturelle : statut et dignité ;
- La dimension politique : droits, influence et liberté.

La pauvreté est à la fois un des principaux facteurs déterminants et une conséquence potentielle de la morbidité ; ainsi la pauvreté et la santé forment un cercle vicieux.

« Qu'on la définisse en fonction du revenu, de la situation socio-économique, des conditions de vie ou du niveau d'instruction, la pauvreté est le plus important déterminant des problèmes de santé ». OMS (2001)

« Les différences de niveau de santé entre les individus sont essentiellement liées à des déterminants socio-économiques (coûts de soins de santé, cadre de vie, pauvreté, facteurs psychosociaux et emploi) ». OMS (2002).

« Dans les pays en voie de développement (PVD) plus que jamais, il existe un rapport très net entre le Produit intérieur brut (PIB) par habitant et l'espérance de vie ». OMS (2002).

Tel que décrit la figure 08. (page 54)

Par ailleurs un décès implique une perte économique envisageable de différents points de vues, même s'il s'agit d'un décès néonatal car il s'agit d'un décès d'un futur travailleur.

- **Point de vue des survivant.** Une partie des gains du travailleur décédé servait à financer sa propre consommation, de sorte que la perte économique représente ici la valeur de la production du travailleur décédé, diminuée de la valeur de sa consommation.

- **Point de vue de la famille.** La perte économique correspond à la part des gains du travailleur décédé qui profitait directement à la famille. Cette perte peut être partiellement ou entièrement compensée par des prestations de diverses origines : sécurité sociale, assurance, etc.

- **Point de vue de l'Etat.** Le décès d'un travailleur se traduit pour l'Etat, d'une part par une perte de recettes fiscales et de production, d'autre part par l'obligation de verser des prestations en espèces ou en nature à la famille.

- **Point de vue de la société dans son ensemble.** La consommation des personnes qui meurent n'est pas déduite, car on considère qu'elles faisaient partie intégrante de la société.

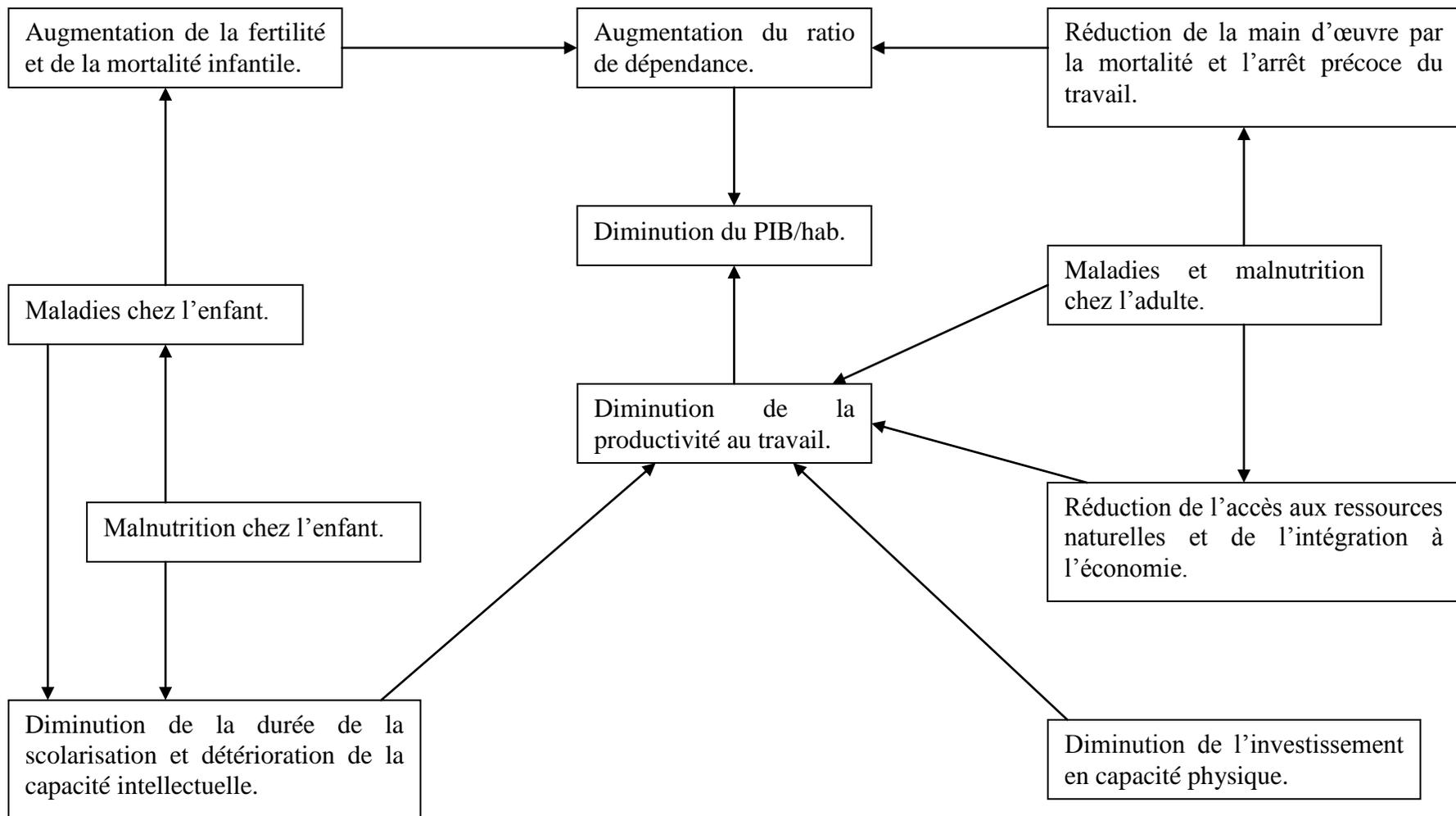


Figure 08 : Santé et Produit Intérieur Brut.

La contribution que les services de santé peuvent apporter au développement ne doit pas s'apprécier d'après leurs effets à court terme sur la production mais d'après leurs effets à long terme sur la qualité de vie des couches pauvres. Mais les services de santé ne peuvent accomplir cette tâche à eux seuls. Ce n'est que par une approche intégrée du développement que les millions de déshérités peuvent être aidés à rompre le cercle vicieux de la pauvreté, de l'ignorance et de la maladie qui les enserré et qui se perpétue de génération en génération.

Comme nous l'avons vu, certaines des causes de la mauvaise santé résident dans l'environnement et d'autres dans les habitudes sociales et culturelles. Mais une cause majeure réside dans la non-satisfaction de besoins fondamentaux, en particulier du besoin d'un régime nutritif. La mauvaise santé est une cause de pauvreté, mais la pauvreté est à son tour une cause de mauvaise santé. L'ignorance peut être une cause directe de mauvaise santé ou bien elle peut la provoquer indirectement en étant une des causes de la pauvreté.

Une mère mal nourrie donne naissance à un enfant de poids insuffisant. La malnutrition après la naissance diminue la résistance de l'enfant à la maladie; la nourriture est mal absorbée et une partie de la ration restreinte est accaparée par une infection débilitante par des parasites envahissants. Outre la tragédie que cette perte représente pour les parents, l'enfant qui ne parvient pas à l'âge adulte grève les ressources familiales et nationales sans apporter autre chose qu'une contribution négligeable à l'économie du pays ou de la famille. La reproduction s'est soldée par un résultat purement négatif. Le temps de travail consacré par la mère au soin de l'enfant et les ressources utilisées pour le nourrir constituent une perte sans aucune contrepartie économique ou sociale. Si l'on pouvait porter les taux de survie du fœtus et de l'enfant au niveau de ceux des pays plus développés, il serait possible de produire la même population adulte future avec une beaucoup plus faible utilisation de ressources. Ou bien, à utilisation égale des ressources, on pourrait produire une force de travail beaucoup plus saine, ce qui permettrait aux femmes de disposer du temps et de l'énergie nécessaires pour concourir dans une plus large mesure au bien-être économique et social de leur famille.

La malnutrition peut être génératrice d'un handicap mental qui rendra l'enfant moins apte à bénéficier de quelque enseignement qu'il reçoive. Dans les régions où l'on attend des enfants qu'ils participent aux travaux agricoles, les taux de fréquentation scolaire sont faibles; or la mauvaise santé des enfants les diminue davantage encore. Un enfant qui a faim à l'école n'apprend pas grand-chose. C'est dire que la pauvreté et la mauvaise santé