



ESSAI D'ANALYSE DES FACTEURS DETERMINANTS DE NON- UTILISATION DES CENTRES DE SANTE DE BASE A MADAGASCAR (CAS DE LA REGION ANALANJIROFO)

VAVISOA Angelina ⁽¹⁾, RADIMILAHY Manana Asidy ⁽²⁾

⁽³⁾ ZAFITIANA Elvis Pierri Brunel, ⁽⁴⁾ RASILA Sambany

⁽¹⁾ ⁽²⁾ ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ Université de Toamasina, Madagascar

Résumé : N'a pas de prix, mais représente des coûts pour l'individu et la nation, la santé est depuis longtemps au cœur des modèles de développement économique d'un pays. Par le biais de la politique nationale de santé, le gouvernement a mis des structures sanitaires, afin d'assurer une plus grande couverture et améliorer l'accès aux soins. A Madagascar, malgré l'existence des services de santé de base, une grande partie des ménages n'utilise pas encore ces structures. Ce manuscrit a comme objectif d'analyser les facteurs déterminants de la non-utilisation des centres de santé à Madagascar. En effet, 380 ménages ruraux ont été enquêtés pour collecter des données primaires. Comme résultats, le non-recours des ménages dans les centres de santé peut expliquer par : (i) leur caractéristique générale (niveau d'instruction, catégorie socio-professionnelle et taille du ménage) ; (ii) la situation financière du ménage limite leur recours aux centres ; (iii) le manque de confiance des ménages envers le corps médical décourage l'utilisation de centres de santé ; et (iv) la facilité d'accès aux médicaments aux marchés informels encourage l'automédication. Face aux problèmes relatifs à la non-utilisation ou sous-utilisation des services de santé à Madagascar, des perspectives ont été reformulé, à savoir : la sensibilisation à la promotion et à l'éducation en matière de santé, l'organisation des campagnes pour aider à « l'automédication responsable », et la subvention à la réduction du coût des soins dans les centres de santé.

Mots-clés : santé, centres de santé, recours aux soins, Madagascar

Abstract : Priceless, but costly for both the individual and the nation, health has long been at the heart of a country's economic development models. Through its national health policy, the government has set up health structures to ensure greater coverage and improved access to care. In Madagascar, despite the existence of basic health services, a large proportion of households still do not use these structures. The aim of this manuscript is to analyze the determinants of non-use of health centers in Madagascar. Indeed, 380 rural households were surveyed to collect primary data. As a result, household non-use of health centers can be explained by: (i) their general

characteristics (level of education, socio-professional category and household size); (ii) the household's financial situation limits their use of centers; (iii) households' lack of trust in the medical profession discourages the use of health centers; and (iv) easy access to medicines encourages self-medication. Faced with the problems relating to the non-use or under-use of health services in Madagascar, a number of perspectives have been reformulated, namely: raising awareness of health promotion and education, organizing campaigns to help “responsible self-medication”, and subsidies to reduce the cost of care in health centers.

Key words: health, health centers, rural households, Madagascar

Digital Objectif Identifier (DOI) : <https://doi.org/10.5281/zenodo.12684937>

1. Introduction

Pour une population donnée, l'accès aux services sanitaires permet de jouir de soins de qualité à la fois à titre préventif, curatif et promotionnel (OMS, 2015). En cas de maladie, le défaut d'accès aux services de santé entraîne le recours soit aux tradipraticiens ou à la médecine traditionnelle, soit la méthode de guérison consistant à décider soi-même des médicaments à prendre sans l'avis d'un médecin.

Contrairement dans les pays développés, l'utilisation des structures de santé dans la plupart des pays africains est restée encore relativement faible. Cette sous-utilisation conduit parfois aux problèmes de santé de l'ensemble de la population et peut influencer négativement la productivité de cette dernière. A Madagascar, la politique nationale de la santé a mis plusieurs structures sanitaires définit par le plan national de la santé. Pourtant, le problème de l'accès aux soins constitue encore un grand défi pour le gouvernement et son économie.

Alors, quels sont les facteurs déterminants de la non-utilisation ou la sous-utilisation des services de santé à Madagascar ? En effet, l'objectif de cet article consiste à analyser les motifs, socio-économiques et/ou culturels, expliquant la réticence de la population à recourir aux centres de santé de base.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Matériels de l'étude

2.1.1. Importances économiques de la santé

2.1.1.1. La relation santé, richesse et bien être

En 150 ans, la santé humaine a connu une mutation fondamentale qui a permis aux êtres humains de vivre plus longtemps, de manière plus saine et plus productive. Cette amélioration de la santé a eu des conséquences profondes sur les effectifs et la structure démographiques et a aussi dopé la croissance économique mondiale. Du XVI^{ème} siècle au milieu du XIX^{ème} siècle, l'espérance de vie moyenne variait selon les pays, mais ne dépassait pas 40 ans, sans marquer

de hausse. La longévité a lentement, mais régulièrement progressé pendant la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, avant de faire un bond au XX^{ème} siècle, d'abord en Europe, puis dans le reste du monde. Les historiens de l'économie et les démographes débattent encore de la genèse de cette évolution, mais citent de plus en plus la hausse des revenus (et l'amélioration correspondante de l'hygiène et de l'alimentation) comme cause majeure du recul des taux de mortalité au XIX^{ème} siècle. Au XX^{ème} siècle, ils voient dans les avancées techniques les catalyseurs de cette évolution, notamment la découverte de la théorie des microbes, une meilleure maîtrise de l'hygiène et la mise au point d'antibiotiques et de vaccins (Bloom & al, 2004).

2.1.1.2. Influence de la santé sur le Produit Intérieur Brut

Les travailleurs en bonne santé sont plus productifs que les travailleurs souffrant d'une maladie quelconque. C'est ce que montrent les études qui établissent un lien entre les investissements dans la santé et la nutrition des jeunes, d'une part, et les salaires des adultes, d'autre part. L'amélioration de la santé relève aussi le revenu par habitant par d'autres voies. Elle modifie les décisions de dépenses et d'épargne sur le cycle de vie. L'idée de planifier sa retraite ne surgit que si les taux de mortalité baissent assez pour devenir une perspective réaliste. La progression de la longévité dans les pays en développement incite la génération actuelle à épargner, nouvelle incitation qui peut avoir des effets spectaculaires sur les taux d'épargne nationaux.

2.1.2. Aperçu globale sur la santé à Madagascar

Avec un PIB par habitant de 284 US\$ en 2005, Madagascar est classé parmi les pays à faible revenu avec 68,7 % de la population vivant en dessous du seuil de la pauvreté (PNUD, 2006). En 2020, le PIB par habitant se chiffre à 433,83 US\$ contre 478,92 US\$ en 2019 (Banque Mondiale, 2023). Avec un taux de pauvreté élevé et persistant de 81% en 2021 (Banque Africaine de Développement, 2022), la santé des malgaches connaît une caractéristique stagnante malgré quelques améliorations dans certaines facettes. Eu égard aux indicateurs de santé à Madagascar, comparés aux pays subsahariens et aux pays développés (par exemple les pays de l'Union européenne comme la France), la santé de la population malgache est encore au stade où des efforts continus doivent être entrepris.

2.1.2.1. Les principaux indicateurs de santé

– Espérance de vie

L'espérance de vie des malgaches était de 51 ans en 1990. Elle est de 56 ans en 2005 soit un gain de 5 ans en une quinzaine d'années. Avec ce niveau- Afrique subsaharienne : 46, la France : 79 ans, la population malgache - sans être dans une position extrême - se place au

même rang que les pays très pauvres. Il est constaté alors que l'amélioration est très lente (Banque mondiale, 2006). 63,39 ans en 2010 ; 65,88 ans en 2019 et 65,10 ans en 2020 (Banque mondiale, 2023), l'espérance de vie des malgaches connaît une amélioration comparée à la situation de 2005.

– **La mortalité infantile**

Le taux de mortalité infantile est passé de 190 pour 1000 en 1936 à 102 pour 1000 en 1966, (103 en 1990) puis de 93 pour 1000 en 1993 pour atteindre 97 pour 1000 en 1997. En 2005, ce taux est de 88 pour 1000. Entre 1997 et 2005, le taux de mortalité infantile n'a donc diminué que de 9 pour 1000 (Razafimanjato et al, 2001). En dépit de cette légère baisse de taux de mortalité infantile, la chance de survie des enfants reste très tributaire dans les milieux ruraux, il est chiffré à 47 pour 1000 en 2020 (UNICEF, 2024).

– **La mortalité maternelle**

La mortalité maternelle est élevée à Madagascar. Pour la période 1998-2003, le taux de mortalité maternelle est estimé à 469 décès pour 100.000 naissances vivantes. Avec ce niveau de mortalité, une femme sur 42 court le risque de décéder pour cause de maternité pendant les âges de procréation. Ce taux n'a pas pratiquement bougé depuis les estimations de l'EDS de 1997, même si l'amorce d'une baisse semble se produire. En effet, le taux était de 488 pour 100.000 pour la période de 1991-1997 (EDS III). De 2008 à 2018, le taux de mortalité tourne autour de 489 à 426 décès pour 100 000 naissance vivantes (UNICEF, 2024)

2.2. Approche méthodologique

2.2.1. Documentation

Premièrement, nous avons mené des recherches bibliographiques auprès de diverses bibliothèques, entre autres la bibliothèque de l'Université de Toamasina, de l'Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ensuite, afin de cerner les différents aspects de la situation sur notre sujet, nous avons eu recours à la consultation des sites web via l'internet. Cela nous a aidé à répondre à diverses questions dans le domaine de santé au niveau mondial, en Afrique et à Madagascar en particulier. Enfin, nous avons procédé à des visites et consultations de divers responsables au niveau de l'administration et des services concernés.

2.2.2. Enquête et traitement des données

Étant donné qu'il est difficile de réaliser une enquête de type exhaustif, un échantillonnage a été réalisé. Le calcul de la taille de l'échantillon a été fait de manière à définir la taille nécessaire pour assurer sa représentativité. Notre étude s'est focalisé au niveau de la population de la

région Analanjirofo plus précisément du district de Fénérive-Est. La région Alanjirofo est composé de 5 districts, à savoir le district de : Sainte Marie, Vavatenina, Soanierano Ivongo, Mananara-Nord, Fénérive-Est et Maroantsetra . Quatre communes rurales du district de Fénérive-Est (Mahambo, Ampasina Maningory, Mahambo et Ampasimbe Manantsatrana) ont été sélectionnées pour le choix de notre échantillonnage.

La taille de l'échantillon notée n a été calculée en appliquant la formule suivante :

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

Avec :

- ⇒ n : taille de l'échantillon requise
- ⇒ t : niveau de confiance = 1,95
- ⇒ p : prévalence estimative automédication
- ⇒ m : marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05)

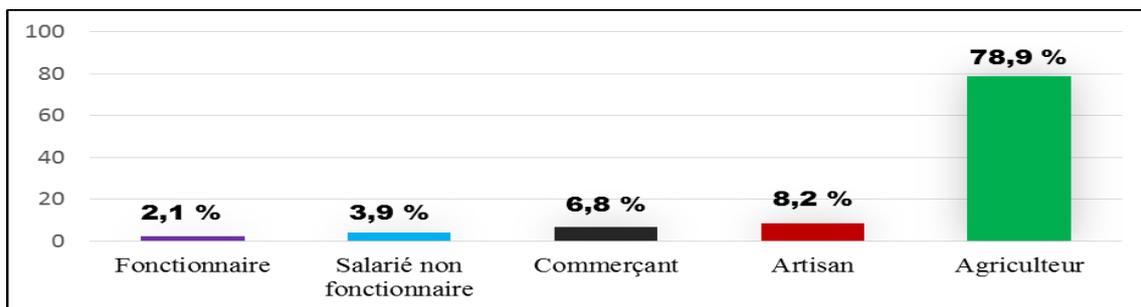
Comme nous n'avons pas le taux de prévalence réel de l'automédication, nous avons estimé cette proportion à 50%. Après application numérique de cette formule, nous avons obtenu une taille d'échantillon n égal à 380. Ainsi, la taille de l'échantillon objet d'enquête se fixe à 380 ménages.

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

3. Résultats de la recherche

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats de l'enquête mené auprès de la population cible, comme objet de discussion et reformulation des perspectives.

Figure 1. Groupe socioprofessionnel des enquêtés



Source : Auteur, 2020.

La majorité de nos enquêtés opère dans le secteur agriculture (78,9%), tandis que 2,1 % sont des fonctionnaires, 6,8% des commerçants et 8,2% des artisans.

Tableau 1. Nombre de cas de maladies survenus dans le ménage

Cas de maladie (Xi)	Effectifs (Ni)	Centre des classes (Ci)	NiCi	Pourcentage
Moins de 3	34	3	102	8,9
3 à 6	151	4,5	679,5	39,7
6 à 9	126	7,5	945	33,2
Plus de 9	69	9	621	18,2
Total	380	24	2347,5	100,0

Source : Auteur, 2020.

La moyenne \bar{X} est obtenue par l'application de la formule suivante :

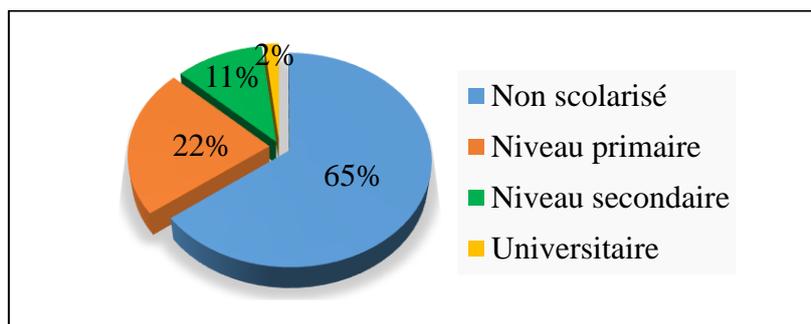
$$\bar{X} = \frac{1}{N} \sum (C_i N_i)$$

Par application numérique, nous avons :

$$\bar{X} = 6,1 \approx 6 \text{ Cas de maladie}$$

Ainsi, pour notre population, le nombre moyen de cas de maladie dans le ménage en 2019 est de six (6) fois dans l'année.

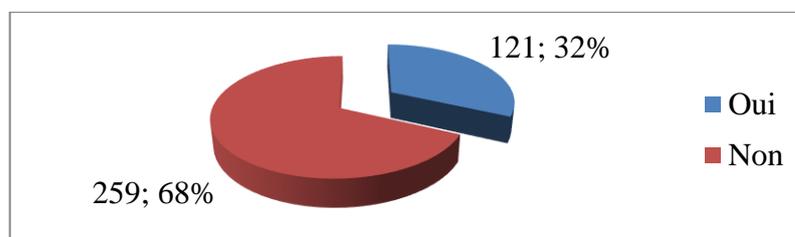
Figure 2. Niveau d'instruction



Source : Auteur, 2020.

Notre enquête a relevé que 65% des ménages sont non scolarisés, 22% sont de niveau primaire, 11% sont en niveau secondaire et 2% ont atteint un niveau universitaire.

Figure 3. Reconnaissance des avantages du traitement aux centres de santé



Source : Auteur, 2020.

Dans l'ensemble de notre population, 68% ne reconnaissent pas les avantages de se faire traiter au CSB, 32% reconnaissent qu'il est avantageux de se faire traiter au CSB en cas de maladie.

Tableau 2. Revenu moyen annuel des enquêtés

Revenu moyen par an	Effectifs (Ni)	Centre (Ci)	NiCi	Pourcentage
Moins de 500 000 Ar	190	500 000	95000000	50,0
500 000 à 700 000 Ar	98	600 000	58800000	25,8
700 000 à 1 000 000 Ar	76	850000	64600000	20,0
1 000 000 Ar et plus	16	1000000	16000000	4,2
Total	380	2950000	234400000	100,0

Source : Auteur, 2020.

Le calcul du revenu moyen annuel des ménages \bar{X} est donné par la formule suivante :

$$\bar{X} = \frac{1}{N} \sum (C_i N_i)$$

$$\bar{X} = 616\,842,1 \approx 616\,842 \text{ Ariary}$$

Ainsi, le revenu moyen annuel des ménages est de 616 842 Ariary.

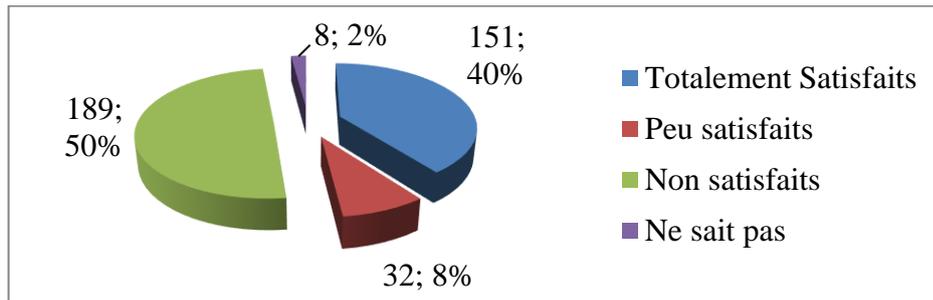
Tableau 3. Motifs de non-recours au service de santé

<i>Réponses</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Coûte trop cher	87	23%
Le centre est trop loin	30	8%
La peur de découvrir une nouvelle maladie	69	18%
Confiance à l'automédication	76	20%
Raisons culturelles	15	4%
Inhabitude	42	11%
Je ne sais pas	61	16%
Total	380	100,0

Source : Auteur, 2020.

En général, la cherté du traitement dans les centres de santé est la cause de sa non-utilisation (23%), 8% ont répondu que la cause de non utilisation c'est l'éloignement, 18% évoquent la peur de découvrir une nouvelle maladie sérieuse, 20% ont répondu que c'est la confiance à l'efficacité de l'automédication qui explique la faible utilisation du centre, 4% évoquent une raison culturelle et/ou religieuse, 11% ont répondu que c'est l'inhabitude qui détermine la non-utilisation.

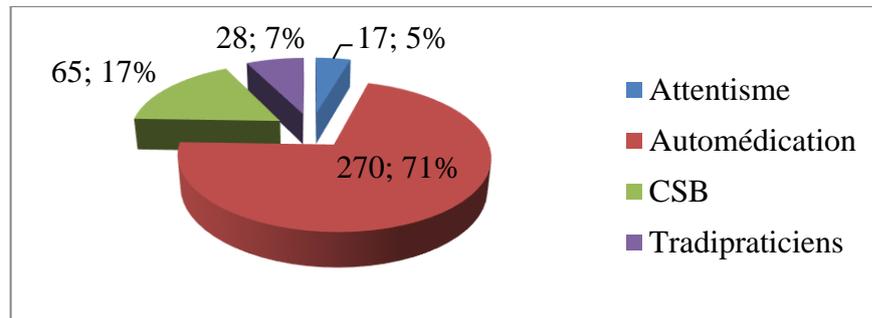
Figure 4. Perception de la satisfaction aux services de santé



Source : Auteur, 2020.

Dans l'ensemble, 40% des répondants déclarent être totalement satisfaits des services du CSB2, 8% sont peu satisfaits, 50% ne sont pas satisfaits et 2% n'ont pas eu d'avis précis.

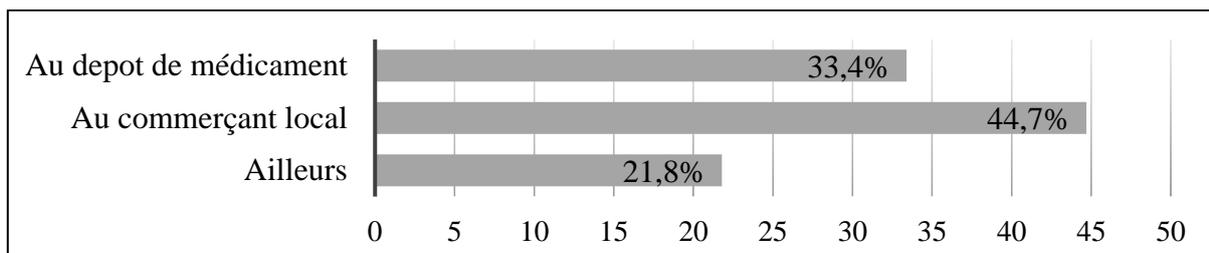
Figure 5. Lieux de recours de traitement en cas de maladie



Source : Auteur, 2020.

En cas de maladie, 5% restent dans l'attentisme ou la passivité, 71% des ménages ont recours à l'automédication pour soigner la maladie, 17% ont recours aux centres de santé comme les CSB (centre de santé de base) et 7% reste font appel aux tradipraticiens.

Figure 6. Lieux de recours pour l'achat des médicaments



Source : Auteur, 2020.

En cas de non recours aux centres de santé, la population fait appel au commerçant local ou au dépôt de médicament pour se procurer des médicaments pour assurer l'auto-soin.

4. Discussions et recommandations

4.1. Facteurs déterminants de non-recours aux centres de santé à Madagascar

4.1.1. Les caractéristiques du ménage influencent leur lieu de recours

4.1.1.1. Par rapport à la catégorie socioprofessionnelle

Dans l'ensemble, la quasi-totalité (78,9%) des ménages enquêtés exercent une fonction basée sur l'agriculture. Étant donné que notre zone d'étude se trouve dans le monde rural, ce chiffre est en accord avec la statistique nationale, 80% de la population malgache sont des agriculteurs et vivent dans le monde rural. Avec le niveau de revenu de cette catégorie, la plupart vivent dans un état de pauvreté et cela constitue son facteur de vulnérabilité. Dans la conception de la prise en charge des maladies pour un ménage donné, la catégorie socioprofessionnelle du chef de ménages influence le comportement et l'attitude vis-à-vis de la maladie.

4.1.1.2. Par rapport à la taille du ménage

La taille moyenne des ménages dans notre zone d'étude est de 6 personnes. C'est un chiffre supérieur à la moyenne nationale qui est de 4,5 personnes par ménage. Cette taille s'explique par le nombre important d'enfants dans chaque ménage et la fréquence de familles élargies au sein d'un même foyer. Cette situation influe sur le niveau de vie du ménage en réduisant le niveau des épargnes et augmentant le niveau des dépenses. La taille du ménage et/ou le nombre des enfants à charge font partie des déterminants pour la demande de soin au niveau du centre de santé, car plus la situation du ménage est médiocre, moins il vient de se soigner normalement. Parfois, le médicament prescrit pour une personne malade peut servir de manière « spontanée » à une autre personne. L'élargissement de la taille de ménage peut influencer négativement l'allocation des ressources, y compris celles allouées à la santé, ainsi que la consommation globale du ménage.

Une étude menée en République Démocratique de Congo ou RDC a montré que les ménages dont la taille est supérieure à 6 ont utilisé le service à 32.02% contre 62.10% pour ceux dont la taille est inférieure à six. Ce travail a confirmé ainsi que la taille du ménage influence l'utilisation des services de soins (Affable IZANDENGERA ABINTEGENKE, 2011).

4.1.2. La situation financière du ménage limite leur recours aux centres de santé

Quelques notions sur la pauvreté nous aideront à bien cerner cette discussion. Plusieurs approches ont été développées : l'approche utilitariste se propose de mesurer la pauvreté sous l'angle du niveau de bien-être atteint par un individu ou un ménage au moyen de sa

consommation ou indirectement de son revenu. L'individu ou le ménage est considéré comme pauvre si sa contrainte de revenu est telle que son niveau de bien-être (consommation effective) est inférieur à un niveau minimum considéré comme « acceptable » (Diagne, 2005). Cette approche a été critiquée pour le fait qu'elle ne prend pas en compte les dimensions aussi fondamentales dans le bien-être comme la santé, la longévité, la formation, etc. D'autres alternatives ont ainsi été proposées pour mieux capter ces autres aspects du bien-être. Ainsi, la pauvreté est-elle analysée comme : i) une difficulté à satisfaire des besoins de base ; ii) la privation de « biens primaires » ; ou iii) une privation de possibilité de mise en œuvre des capacités humaines « à être et à agir ».

Comme le revenu moyen annuel de notre population est évalué à 616 842 Ariary, toutes les tranches de niveau de revenus ont été répertoriées. Ainsi, quel que soit leur niveau de revenu, les ménages ont une propension pour l'automédication. Le niveau de revenu influence la consommation du ménage, cette dernière est répartie en plusieurs rubriques, y compris la dépense en santé c'est-à-dire l'argent qu'on va dépenser si jamais l'une des membres de la famille tombe malade.

Ainsi, le ménage engage 48 907 Ariary par an pour s'occuper les soins en matière de santé. Ce montant peut varier d'un ménage à l'autre, car il est conditionné soit par la fréquence des épisodes de maladies, soit par le type de lieu de recours au traitement. Nos résultats ont révélé que le problème financier constitue comme un facteur de blocage au non recours aux centres de santé. Les ménages affirmaient que les services de santé sont jugés trop chers. Il semble que les besoins familiaux y compris les soins augmentent avec la taille du ménage élevée, d'où l'élasticité de la demande des soins.

Une étude menée en RDC, par B Kibalonza a montré que le faible pouvoir d'achat des populations ne permet ni aux structures de soins de s'autofinancer ni aux pauvres d'accéder aux soins de santé. La pauvreté de la population et la précarité des revenus expliquent le fait que les ménages ne parviennent pas à couvrir les soins, 60% d'individus vivent avec moins d'un dollar par jour . En ce sens, la pauvreté conduit à une grave insuffisance d'utilisation des services de santé (OMS, 2002).

Les déclarations officielles de la Commission Européenne, stipulent que parmi les causes de nonaccès aux soins de santé, les inégalités socio-économiques sont à la base [...] dans le Monde, plus de 68% des ménages dans le groupe de revenus les plus faibles n'ont pas accès aux soins (CHRISTINA M, 2007).

4.1.3. Le manque de confiance des ménages envers le corps médical décourage l'utilisation de centres de santé

Les résultats ont montré qu'il existe bel et bien une part de responsabilité du service de santé qui amène la population à ne pas utiliser les centres de santé. Tous les constats sont unanimes, les travaux de recherche montrent que l'insatisfaction à propos des services de santé constitue une sérieuse motivation du recours à l'automédication.

D'après cette étude, une partie des enquêtés ont confirmé que le motif de l'automédication est lié au problème émanant des services de santé. Ce problème consiste en une insatisfaction de certains patients sur les services offerts par le personnel de la santé, à savoir le mauvais accueil, l'humeur désagréable des prestataires, les longues files d'attente avant d'être reçu en consultation par le médecin... Ainsi, une grande partie de la population cible n'est pas satisfaite de l'ensemble des services offerts par les centres de santé. Des enquêtes anthropologiques menées dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey) en 1999 et 2000, relèvent non seulement une lourdeur importante dans le fonctionnement des structures de santé qui conduit à une perte de temps excessive pour l'utilisateur, mais également un comportement extrêmement négatif du personnel soignant, notamment dans les maternités, qui se traduisent par des attitudes malsaines face au patient anonyme (qui n'a pas de connaissance dans la structure visitée).

L'autre point de vue est beaucoup plus technique, mettant en cause la compétence même des prestataires de soins. Selon D. Fountain et J. Coutejoie en 2009, la confiance a été citée parmi les autres éléments jouant beaucoup sur l'utilisation des structures de santé. Ils se prononcent de la manière suivante : « par ailleurs des malades restent chez eux, ne viennent ni à l'hôpital ni au dispensaire parce que l'hôpital est trop loin ou cher ou encore par ce qu'on n'a pas confiance dans le traitement » (D. Ramanana & O. Barthes, 2009). Ce qui revient à dire que, même si les structures de soins sont géographiquement et/ou économiquement à la portée de la population, il sera difficile à cette dernière de les fréquenter si elle n'espère pas y trouver la guérison ou le rétablissement de sa santé.

4.1.4. La situation socioculturelle du ménage définit son type de recours

La culture est l'ensemble des coutumes, croyances, attitudes, valeurs, traditions et codes moraux d'un peuple. Tous les problèmes de santé comportent des aspects liés à la culture. On ne peut donc agir sur les premiers que si l'on comprend les seconds. La survenue d'une maladie conduit la victime à en rechercher la cause. Dans la culture à laquelle cette personne appartient, il se peut que la question qu'elle se pose ne soit pas « qu'est-ce qui a causé ma maladie ? » mais

plutôt « qui l'a causée? ». La recherche d'une personne capable de mauvaises influences pourra donc logiquement être plus importante que la lutte contre la maladie elle-même. Ce n'est que dans le second temps qu'une aide sera recherchée contre les manifestations de la maladie, remèdes traditionnels disponibles d'abord, moyens scientifiques plus difficilement accessibles ensuite. On comprend dès lors qu'un conseil favorable à la santé, donné par un infirmier ou un médecin, puisse n'avoir que très peu d'influence s'il ne tient pas compte du contexte culturel auquel il s'adresse à travers le "cas " qui s'est présenté à lui (ROTSART, 1992).

Dans cette étude, nous avons remarqué qu'une grande partie des ménages déclaré qu'il ne va pas à l'hôpital par inhabitude. Plus précisément, ils ont l'habitude de se recourir à l'automédication. Ce comportement peut être le reflet des multiples variables. Généralement, dans le cas de notre population cible, il est le reflet d'une peur de l'hôpital transmise entre les générations à la manière d'une coutume (parmi les ancêtres il y aurait eu quelqu'un qui a défendu à ses descendants de s'approcher de l'hôpital, car « l'hôpital rend malade ». Cet héritage peut être le facteur incriminé quand 7 % de ceux qui réagissent face à une maladie ont recours aux tradipraticiens dans la localité. Ceux-là ont bien précisé n'avoir aucune confiance aux autres types de prise en charge, car leur coutume donne l'importance au traitement en dehors/autre que le service de santé.

4.1.5. La facilité d'accès aux médicaments

Comme les résultats la montre, près de la moitié des ménages qui ne font pas recours aux centres de santé achète leurs médicaments auprès des commerçants locaux (environ 44,7%). Ainsi, il est très facile d'avoir des médicaments, car presque toutes les épiceries installées dans les Fokontany (quartier) vendent les médicaments comme tous les autres produits demandés par leurs clients. Par ailleurs, l'existence des dépôts de médicament favorise la pratique de l'automédication, et ce dernier parfois est dangereux dans le cas où il n'y a pas de personnel compétant en la matière pour donner de conseils. De plus, les médicaments sont ainsi vendus sans aucune prescription à la manière des autres produits de premières nécessités. Ainsi, avec les marchands ambulants qui circulent, les médicaments sont devenus des denrées banales disponibles un peu partout et dont l'accès n'est limité que par l'argent. Cette facilité donne un essor à la pratique de l'automédication et la sous-utilisation de centres de santé.

4.2. Recommandations face au contexte à Madagascar

4.2.1. Sensibilisation à la promotion et à l'éducation en matière de santé

A Madagascar, l'amélioration de la santé de la population doit mettre l'accent sur l'intérêt de la sensibilisation auprès des ménages. Étant donné que la promotion de santé est « toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et de conditions de vie favorables à la santé des individus, de groupes ou de collectivités », l'action de sensibilisation pour que la société soit consciente soi-même sur la promotion de leur santé est très important et considéré comme action de base.

Dans cette étude, nous avons constaté qu'il existe même de certains ménages ne font rien à la survenue des maladies. Cela nous pousse à comprendre que pas mal des personnes dans le monde rural ne connaissent pas encore l'importance de la santé et c'est pourquoi la sensibilisation sur la protection de leur santé par eux-mêmes trouve sa raison. L'éducation sanitaire peut engendrer des bénéfices pour la population et même pour le service de santé en place (impératif médical), car suite de connaissance sanitaire, la population changera leur comportement (curatif et préventif) et cela va éviter des cas des maladies.

4.2.2. Organisation des campagnes pour aider à « l'automédication responsable »

Puisque la pratique de l'automédication devient une habitude et un premier recours des patients, il est nécessaire d'élaborer une campagne par les agents de santé ou les agents communautaires pour expliquer par exemple les maladies et les catégories des personnes intolérables à l'automédication (comme les femmes enceintes). Dans ce cas, on pourra imaginer une diminution des patients qui pratique l'automédication dans tous les cas de maladies et dans toutes les catégories des personnes dans la maison. Cette campagne doit être accompagnée par les matériels de communication comme des affichages qui indiquent l'importance du recours aux centres de santé pour certaines maladies.

4.2.3. Subvention à la réduction du coût des soins dans les centres de santé

Notre étude a identifié que faute de l'argent pour payer les actes médicaux et les médicaments dans les centres de santé, plusieurs ménages ont été obligés de faire la pratique de l'automédication. Par conséquent, l'État doit intervenir pour réguler ce problème en donnant des subventions dans le service sanitaire, dans le but d'alléger les frais de soins dans l'hôpital public. Cette subvention peut être par la prise en charge des personnes dans la catégorie extrême (en âge ou diminue) ou par l'abaissement des frais sur l'approvisionnement des médicaments. En plus, l'État doit encourager et faciliter la procédure d'instauration des mutuelles de santé au niveau de la communauté locale pour que la population puisse s'entraider entre eux, en vue de minimiser les charges de santé du ménage.

5. Conclusion

En guise de conclusion, cet article trouve son intérêt dans le sens où il essaie d'analyser les éléments socio-économiques démotivants l'utilisation des structures sanitaires d'une région. Parmi les pays les plus pauvres du monde, Madagascar rencontre des problèmes liés à la santé de la population. Les indicateurs de santé sont encore précaires. Ce contexte peut être expliqué par le problème d'optimisation des ratios en matière de santé. Ainsi, la pauvreté extrême du pays est renforcée par des défis de l'amélioration de bien-être de la population.

Dans ce travail, nous avons constaté que la non-utilisation des services de santé dans la région Analanjirifo est expliquée par les caractéristiques ménage, la situation financière, le manque de confiance des ménages envers le corps médical et la facilité d'accès aux médicaments. Devant cette situation, des pistes de recommandation ont été élaborées, comme la sensibilisation à la promotion et à l'éducation en matière de santé, l'organisation des campagnes pour « l'automédication responsable », et la subvention à la réduction du coût des soins.

Références bibliographiques

- [1] BANQUE AFRICAINE DE DEVELOPPEMENT (2022). Perspectives économiques à Madagascar
- [2] BANQUE MONDIALE (1993). Investir dans la santé. Rapport sur le développement dans le monde. Banque Mondiale, 1818 H street, N.W. Washington, D.C, 120 p
- [3] BANQUE MONDIALE (2023). Madagascar –Vue d'ensemble
- [4] BLOOM & al : Santé, richesse et bien être, in Finances & Développement, Mars 2004
- [5] CHRISTINA M., Hongrie 2007. Inégalités d'accès aux soins et d'état de santé dans un contexte de réforme au système de santé. Rapport de synthèse, 38 p
- [6] D. Ramanana et O Barthes, le fond d'achat des services de santé dans le Kasaï occidental, 2009, 155 p
- [7] GROSSMAN M. (1972a). On The Concept of Health Capital and The Demand for Health. Journal of Political Economy, Vol. 80, n°2, 422 p
- [8] IZANDENGERA Affable Abintegenke (2011) sur « les facteurs déterminants la faible utilisation des services des soins curatifs dans la zone de santé de Karisimbien en RDC », 114 p.
- [9] OMS, Adam Wagstaff, pauvreté et inégalité dans le secteur de la santé, Genève, 2002, 33p
- [10] PNUD : RNDH : Rapport National de Développement Humain, 2006

- [11] RAZAFIMANJATO (J) et al : La situation démographique de Madagascar, Volume 56 /2
Cairn, 2001
- [12] ROTSART H., COURTEJOIE J. (1992), L'enfant et la santé, Kangu- Mayumbe, 1992,
418p
- [13] UNICEF. (2023), Un décès d'enfant ou de jeune a été enregistré toutes les 44secondes,
Rapport des Nations Unies, 10 Janvier 2023