

Impacts des filets de sécurité sociale sur la qualité de vie des ménages vulnérables à Madagascar

Diana RATSIAMBAKAINA^{1*}, Blanche Nirina RICHARD²

¹Université d'Antananarivo, Madagascar, dratsiambakaina@yahoo.fr

²Université d'Antananarivo, Madagascar, blancherichard@yahoo.fr

*Auteur correspondant

Résumé : Les systèmes de protection sociale aident les individus et leurs familles à affronter les crises et les chocs, trouver un emploi, gagner en productivité, investir dans la santé et l'éducation de leurs enfants, et protéger ceux qui vieillissent. A Madagascar le taux de pauvreté atteint 81 % de la population en 2022. Les initiatives d'octroi de filets de sécurité sociale (FSS) sont mises en place pour atténuer les conséquences de cette pauvreté. L'objectif de cette étude consiste à décrire la qualité de vie des ménages bénéficiaires des filets de sécurité sociale, à travers l'accès aux soins, la capacité de manger au moins 2 fois par jour, et d'envoyer leurs enfants à l'école. L'étude a été menée dans le District d'Amboasary Sud sur quatre cent vingt ménages, bénéficiaires ou non d'un mécanisme d'assurance santé et ou d'un système de protection sociale, qui ont été considérés par une méthode aléatoire, après administration d'un questionnaire pré-testé. Trois pour cent de la population d'étude ont bénéficié de soins sur fonds d'équité au niveau des formations sanitaires et 30,5 % avaient acquis un filet de sécurité sociale. L'obtention du filet de sécurité sociale n'a pas un lien significatif avec l'accès aux soins chez le médecin, à l'hôpital et l'accès à l'éducation des enfants mais impacte significativement la capacité des ménages à manger au moins 2 fois par jour. Investir dans des initiatives qui améliorent les possibilités d'emplois et d'activités rémunérées reste important pour améliorer la qualité de vie d'une population.

Mots-clés : Filet de sécurité sociale ; Fonds d'équité ; Couverture sanitaire ; Protection sociale ; Accès aux soins ; Dépenses de santé.

Abstract : Social protection systems help individuals and their families, particularly poor and vulnerable households, to cope with crises and shocks, to find employment, to become more productive, to invest in their children's health and education, and to protect those who are ageing. Madagascar has 81 % of the population living below the poverty line in 2022. Social safety net (SSN) initiatives are put in place to alleviate the impact of this poverty. The aim of this study is to describe the quality of life of households benefiting from social safety nets, in terms of access to healthcare, the ability to eat at least twice a day and to send their children to school. The study was carried out in the District of Amboasary Sud on four hundred and twenty households, which may or may not benefit from a health insurance scheme and/or a social protection system, by using a random method after administration of a pre-tested questionnaire. Three per cent of the study population had received care through the equity fund and 30.5 % had acquired a social safety net. Obtaining a social safety net doesn't help families in financial need to benefit medical care nor full time education but is designed to secure food twice per day. Policy based on activities which generate substantial income remains important.

Keywords: Social safety net ; Equity fund ; Health coverage ; Social protection ; Access to care ; Health expenditure.

Classification JEL : E26, E29, I00.

1. Introduction

La protection sociale regroupe l'ensemble des mécanismes et dispositifs de prévoyance collective qui permet à une société de se protéger face aux conséquences de risques sociaux tels que la maladie, la vieillesse, le handicap, le chômage, la maternité et l'exclusion sociale (Chambaretaud et al., 2009).

Dans les pays à revenu élevé, les systèmes nationaux de protection sociale sont issus d'une histoire politique longue dont on situe l'origine aux premières lois sur les pauvres dans l'Angleterre du début du XVII^{ème} siècle. Les innovations produites au cours du temps pour adapter les principes de l'assurance, de l'assistance et de la solidarité aux contraintes économiques et politiques contemporaines ont façonné différents systèmes de protection suivant des rythmes et des modalités propres à chaque configuration nationale (Griffin et al., 2020).

Dix à trente pour cent de la population des Etats-Unis n'auraient pas accès aux soins pour des raisons budgétaires. En outre, un grand nombre de personnes s'endettent pour payer leurs ordonnances ou sont obligées de vendre leurs animaux ou leurs récoltes. C'est ce que l'on appelle des « dépenses catastrophiques » qui appauvrissent encore les pauvres lorsqu'ils tombent malades (Bell et al., 2017).

La plupart des pays africains ont récemment mis en place des programmes de filets de sécurité sociale dans le cadre d'une stratégie plus large visant à aider les pauvres et à protéger les personnes vulnérables (Pascal et al., 2017).

Dans ce cadre, Madagascar, en 2015, a adopté sa Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) et sa Stratégie Nationale de Couverture Santé Universelle (SN-CSU) pour rendre accessibles les services sociaux, notamment l'accès aux services de santé des personnes en extrême pauvreté et l'amélioration de la protection financière en santé de la population. Le pays dispose actuellement de deux documents qui permettent d'améliorer sensiblement la protection de la population contre le risque lié à la mauvaise santé et d'assurer une vie meilleure à tous par l'allocation de filets de sécurité sociale aux personnes vulnérables.

La Banque Mondiale mobilise tout son arsenal d'instruments pour accompagner le gouvernement dans la réalisation de ces objectifs. Plus de 800 000 ménages vulnérables dans le sud de Madagascar bénéficient du projet « Fiavota », un programme de transferts monétaires couplés avec des interventions en nutrition et santé pour stabiliser les revenus des ménages affectés par la sécheresse, renforcer leur résilience et améliorer leur bien-être depuis 2016 (Ravelomanana J., 2016).

En 2020, l'impact économique, social et budgétaire de la crise du coronavirus était brutal avec une chute attendue du PIB à 1,2 %, très en deçà des prévisions d'avant la crise, qui tablaient sur un rythme de 5,2 % (Dahimena F., 2020).

Pour le bien-être de la population malagasy et l'engagement du pays pour son développement, la santé tient une place prépondérante. La santé constitue le moteur, la mesure et les résultats d'un développement durable. En outre, selon l'OMS, le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable (Cheon et al., 2020).

L'offre de service de santé à Madagascar ne donne pas toujours satisfaction aux populations, notamment les plus défavorisées. Le paiement direct constitue un frein à l'accès aux soins et la population est exposée à des risques ayant une incidence forte sur sa santé. « Les systèmes de protection sociale jouent un rôle crucial dans le développement du capital humain et l'émancipation individuelle. Ils aident les individus et leurs familles, et plus particulièrement les ménages pauvres et vulnérables, à affronter les crises et les chocs, trouver un emploi, gagner en productivité, investir dans la santé et l'éducation de leurs enfants, et protéger ceux qui vieillissent. Un système de protection sociale bien conçu aura un fort impact sur le long terme, en réduisant les inégalités, en renforçant la

résilience et en contribuant à lutter contre la transmission de la pauvreté d'une génération à l'autre. Ces systèmes ont un pouvoir d'amortisseur contre les chocs économiques et budgétaires. Ils donnent aux populations une chance de s'extraire de la pauvreté et de devenir des membres productifs de la société. Lorsqu'ils sont bien conçus, les programmes de protection sociale sont rentables, avec un coût correspondant en moyenne à 1,5 % du PIB. » (Banque Mondiale, protection sociale, <https://www.banquemondiale.org/fr/topic/socialprotection/overview>). Le système de protection sociale est encore récent à Madagascar et ne couvre que 6 % des personnes extrêmement pauvres. Les dépenses liées aux filets de sécurité sociale sont très faibles : 0,3 % du PIB, contre une moyenne de 1,2 % du PIB en Afrique sub-saharienne. Les filets de sécurité sociale (FSS) de Madagascar ne couvrent pas encore le volet santé de la population vulnérable (Olds P., 2018). D'où l'intérêt de cette étude pour vérifier l'hypothèse que bénéficier d'un filet de sécurité sociale améliore la qualité de vie des bénéficiaires. Ce travail sur « Impacts des filets de sécurité sociale sur la qualité de vie des ménages vulnérables » a pour objectif principal de décrire la qualité de vie et l'accès aux soins et services de santé des couches sociales vulnérables bénéficiaires des filets de sécurité sociaux en vue d'éclairer l'orientation stratégique dans la mise en œuvre de la couverture santé universelle. La couverture santé universelle qui constitue l'accès de la population aux services de santé de qualité dont elle a besoin sans barrières financières.

2. Matériels et Méthodes

Cette étude a été menée dans le District d'Amboasary Sud. La population cible est constituée des ménages de la localité. Etaient inclus dans l'étude tous les chefs de ménage, tous âges confondus, bénéficiaires ou non d'un mécanisme d'assurance santé et ou d'un mécanisme de protection sociale par un filet de sécurité sociale les 6 derniers mois de l'enquête. L'étude a duré 3 ans allant de février 2019 à janvier 2021.

L'échantillonnage de l'étude s'est effectué en une seule fois au début de l'étude. Deux groupes de population d'étude ont été formés pour constituer la population d'étude. Un groupe constitué d'une population bénéficiant d'un filet de sécurité sociale ou d'un mécanisme d'assurance santé et un autre groupe constitué d'une population ne bénéficiant pas de sécurité sociale par le filet de sécurité sociale. La taille de la population d'étude calculée était de 420 ménages, tenant compte de la prévalence de 50 % de population ayant bénéficié l'octroi d'un filet de sécurité sociale.

Un questionnaire a été élaboré à partir des données de la littérature pour la collecte des données. Il a été ajusté après avoir été pré testé. Excel, Word, SPSS version 20 étaient utilisés pour la saisie et l'analyse descriptive et analytique des données et le test de Khi2 pour analyser les relations entre les variables dépendantes et indépendantes. Le seuil de signification de 5 % a été considéré.

3. Résultats

La tranche d'âges de 25 à 34 ans était la plus concernée soit 30,7 %.

L'âge moyen était de 38,01 ans avec des extrêmes allant de 18 ans à 92 ans.

Les individus mariés représentaient 291 cas (69,3 %) suivis des célibataires, 82 cas (19,5 %).

Concernant le niveau d'instruction, 35 % de la population d'étude avaient effectué l'étude primaire, suivies par celles de niveau secondaire 27,6 % et seulement 8,4 % d'entre eux sont passés par des études supérieures. Le taux d'illettré était de 29 % des cas.

La majorité de la population, soit 74,5 % étaient des chômeurs, 17,4 % des manœuvres, 5,5 % des travailleurs journaliers et 2,6 % des agents de l'Etat.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménage	Catégories	Nombre (n=420)	Pourcentage (%)
Age	15 à 24 ans	59	14
	25 à 34 ans	129	30,7
	35 à 44 ans	123	29,3
	45 ans et plus	109	26
Statut marital	Marié	291	69,3
	Célibataire	82	19,5
	Divorcé	21	5
	Veuf (ve)	26	6,2
Niveau d'instruction	Illettré	122	29
	Primaire	147	35
	Secondaire	116	27,6
	Universitaire	35	8,4
Profession	Manœuvre	73	17,4
	Travailleur journalier	23	5,5
	Agent de l'Etat	11	2,6
	Chômeur	313	74,5

Tableau 2 : Répartition de la population selon la taille du ménage

Caractéristiques du ménage	Taille du ménage	Nombre (n=420)	Pourcentage (%)
Nombre de personnes vivant sous le même toit	1 à 2 personnes	50	11,9
	3 à 4 personnes	118	28,1
	5 personnes et plus	250	60
Nombre d'enfants vivants	Aucun	88	21
	1 à 2 enfants	54	12,8
	3 à 4 enfants	40	9,5
	5 enfants et plus	238	56,7
Nombre d'enfants scolarisés	Aucun	105	25
	1 à 2 enfants	35	8,3
	3 à 4 enfants	264	62,9
	5 enfants et plus	16	3,8

Le nombre d'individus de 5 par ménage et plus a été le plus représenté dans 60 % des cas.

La taille moyenne de ménage était de 5,78 personnes.

Le nombre moyen d'enfants scolarisés était de 3,39 et le nombre moyen d'enfants était de 5,70.

Le nombre d'enfants scolarisés était de 3 à 4 (3,39) enfants dans 62,9 % des cas (cependant, la moyenne était de 4 enfants)

Tableau 3 : Répartition de la population selon l'acquisition de filet de sécurité sociale

Acquisition de filet de sécurité sociale	Nombre	Pourcentage
Oui	128	30,5%
Non	292	69,5%
Total	420	100%

Dans notre échantillon, presque un tiers des ménages, soit 30,5 %, avaient bénéficié du filet de sécurité sociale.

La répartition de la population selon l'organisme donateur de filet de sécurité sociale montre que 64,1 % des dons venaient de FIAVOTRA, 24,2 % des dons venaient de PAM, 9,4 % des dons venaient de FAGNAVOTSE et 2,3 % des dons venaient du Fonds d'équité.

Tableau 4 : Répartition de la population selon l'organisme donateur de filet de sécurité sociale

Organisme donateur de filet de sécurité sociale	Nombre	Pourcentage
FIAVOTA	82	64,1 %
PAM	31	24,2 %
FONDS D'EQUITE	3	2,3 %
FAGNAVOTSE	12	9,4 %
Total	128	100 %

Dans notre série, 71 interviewés (56,5 %) ont une somme d'argent inférieur à 50 000 Ariary, 52 (40,6 %) avaient une somme entre 50 000 et 80 000 Ariary et 2 (3,9 %) ont une somme entre 90 000 et 100 000 Ariary, avec une somme moyenne de 65 000 Ariary soit 14,31 Euro.

Tableau 5 : Répartition de la population selon la somme d'argent reçu

Somme d'argent reçu	Nombre	Pourcentage
Moins de 50 000 Ariary	71	56,5 %
50 000 à 80 000 Ariary	52	40,6 %
90 000 à 100 000 ariary	5	3,9 %
Total	128	100 %

*Somme d'argent moyen reçu était de 56 000 Ariary soit 12,33 Euro
(1 Euro = 4541, 19 Ar Banque centrale de Madagascar Février 2021)*

La dépense moyenne de soins était de 76 500 Ariary soit 16,84 Euro avec des extrêmes allant de 11 500 à 460 000 Ariary (2, 53 Euro et 101,29 Euro).

Tableau 6 : Répartition de la population selon la dépense de soins après l'acquisition de filet de sécurité sociale

Dépenses de soins	Nombre	Pourcentage
Moins de 100 000 Ariary	111	86,7 %
100 000 à 200 000 Ariary	15	11,7 %
201 000 Ariary et plus	2	1,6 %
Total	128	100 %

Bénéficier d'un filet de sécurité sociale n'a pas significativement influencé l'accès aux soins au niveau des formations sanitaires couramment appelé hôpitaux par les ménages enquêtés. La population pratique l'automédication par achat des médicaments à la pharmacie dans 20 % des cas.

Tableau 7 : Répartition de la population d'étude selon l'acquisition de filet de sécurité sociale et le lieu de traitement pour améliorer la prise en charge des maladies

Lieu de traitement	Acquisition de filet de sécurité sociale		
	Oui	Non	Total
Hôpital	96 (38,8 %)	165 (63,2 %)	261 (100 %)
Chez le médecin	11 (23,4 %)	36 (76,6 %)	47 (100 %)
Achat de médicament à la pharmacie	7 (36,8%)	12 (63,2 %)	19 (100 %)
Achat de médicament à l'épicerie	4 (20 %)	16 (80 %)	20 (100 %)
Autres	10 (13,7 %)	63 (86,3 %)	73 (100 %)
Total	128 (30,5 %)	292 (69,5 %)	420 (100 %)

$p = 0,141 > 0,05$ non significatif.

Tableau 8 : Répartition de la population d'étude selon l'acquisition de filet de sécurité sociale et le type de changement de leur qualité de vie

Type de changement de leur qualité de vie	Acquisition de filet de sécurité sociale		
	Oui	Non	Total
Capable de manger du manioc ou du riz avec de la sauce au moins 2 fois par jour	71 (83,5 %) *	14 (16,5 %)	85 (100 %)
Capable d'envoyer les enfants à l'école ou à l'université	11 (78,6 %)	3 (21,4 %)	14 (100 %)
Autres	46 (14,3 %)	275 (85,7 %)	321 (100 %)
Total	128 (30,5 %)	292 (69,5 %)	420 (100 %)

* $p = 0,024 < 0,05$ significatif.

La répartition de la population selon le type de changement sur leur qualité de vie après l'acquisition de filet de sécurité sociale montre que 83,5 % de ménages ayant acquis le filet de sécurité sociale déclaraient être capables de manger du manioc ou du riz avec de la sauce au moins 2 fois par jour et qu'ils étaient 86,6 % à être capables d'envoyer leurs enfants à l'école ou à l'université. A l'opposé, seuls 16,5 % de ceux qui n'avaient pas acquis de filet de sécurité sociale pouvaient manger du manioc ou du riz avec de la sauce au moins 2 fois par jour et 21,4% pouvaient envoyer leurs enfants à l'école ou à l'université. La différence entre les deux groupes est significative concernant le type de changement sur leur niveau de vie ($p < 0,05$).

Tableau 9 : Répartition de la population d'étude selon l'acquisition de filet de sécurité sociale et le mode de paiement proposé pour améliorer la prise en charge des maladies

Mode de paiement pour la prise en charge des maladies	Acquisition de filet de sécurité sociale		
	Oui	Non	Total
Prise en charge des soins par l'Etat	69 (31,1 %)	153 (68,9 %)	222 (100 %)
Pré- paiement en soins	34 (65,4 %) ***	18 (34,6 %)	52 (100 %)
Membre d'une association	9 (13,8 %)	56 (86,2 %)	65 (100 %)
Epargne	2 (4,8 %)	40 (95,2 %)	42 (100 %)
Autres	14 (35,9 %)	25 (64,1 %)	39 (100 %)
Total	128 (30,5 %)	292 (69,5 %)	420 (100 %)

*** $p = 0,000 < 0,001$ fortement significatif.

Dans notre série, 65,4 % de la population ayant reçu un filet de sécurité est prête à cotiser à l'assurance maladie. La différence entre les deux groupes est significative ($p < 0,001$).

4. Discussion

Notre population d'étude diffère de celle de l'étude menée par RAI A. et al, où la population était plus âgée que l'âge de 38,01 ans d l'étude. La moyenne d'âge était de 45 ans pour l'enquête auprès des ménages (Jones et al., 2019).

Contrairement, dans l'étude menée par KHAN GN et al, au Pakistan, la moyenne d'âge était de 28,9 ans, inférieure au nôtre (Khan et al., 2020). Nos résultats s'expliquent par le contexte de pauvreté de ce pays et l'influence des pesanteurs socioculturelles (Tableau I). La pauvreté extrême demeure exceptionnellement élevée à Madagascar et à moins que la protection sociale soit une priorité dans la lutte contre la pauvreté, le développement social et économique du pays sera sévèrement limité. Près des deux tiers de la population sont considérés comme extrêmement pauvres, et plus de 80 % de la population sont considérés comme vulnérables (Ralaivelo M., 2020).

Le résultat de l'étude se rapprochait de celui de BOURSIN BF et al au Burkina Faso, les individus mariés représentaient 59,8 % des cas et 20,8 % étaient célibataires (Boursin et al., 2017).

L'éducation est l'investissement le plus sûr, rien n'est perdu quand on est bien éduqué. Ainsi l'accomplissement du niveau primaire réduit la chance d'être pauvre à 5 %, celui du niveau lycéen et universitaire à 17% à Madagascar. Un meilleur taux de scolarisation contribue à rompre le cercle vicieux de la pauvreté en assurant un meilleur équilibre dans la participation à la croissance économique et à sa distribution (Dahimena F., 2018). Les mêmes résultats concernant le niveau d'instruction ont été obtenus dans une étude réalisée par GRIFFIN S et al, où 82 patients (41,8 %) n'avaient reçu aucune éducation formelle, 38 (19,6 %) avaient leur certificat d'études primaires, 38 (19,6 %) avaient leur certificat d'études secondaires et 4 (1,7 %) avaient des diplômes supérieurs (Griffin et al., 2020)

À Madagascar, ce n'est pas le chômage qui est le problème, son taux est très faible, mais c'est l'emploi. Ce dernier n'est pas décent ou n'est pas productif, c'est un emploi qui fait gagner juste ce dont on a besoin. La question qui se pose est la création des emplois productifs (Ralaivelo M., 2020). Promouvoir l'emploi décent, l'un des plus grands problèmes à Madagascar est la précarité du travail. Pour y arriver, il faut faire des investissements en capital humain par le biais de l'éducation et la formation surtout professionnelle et technique. Une fois que les ménages auront du travail, ils seront pris en charge automatiquement ; la plupart des emplois décents sont affiliés à des organismes de protection sociale (Dahimena F., 2018).

Les résultats d'études faites par GRIFFINS, ont mentionné que les populations exerçant une profession représentaient environ 3,64 % des enquêtés et les sans emploi 70,85 % des cas (Griffin et al., 2020). Une politique de main-d'œuvre (82,9 % de nos cas) est aussi nécessaire en faisant l'inventaire des forces dont dispose l'économie, comme nous avons beaucoup de main-d'œuvre. La force dont nous disposons devrait être améliorée par la formation professionnelle ; repérer les travailleurs productifs, discerner ceux qui doivent être formés (Dahimena F., 2018).

Les résultats que nous avons trouvés cadrent bien avec ceux de BELL J, les ménages qui avaient un nombre d'individus entre 6 à 10 étaient les plus représentées soit 54,4 % des cas (Bell et al., 2017).

Le nombre de 5 enfants et plus a été le plus représenté, avec 60 % des cas. Le nombre moyen d'enfants vivants était de 5,70. Les mêmes résultats ont été obtenus dans une étude réalisée par PASCAL J et al, les ménages qui avaient un nombre d'enfants vivants plus de 5 étaient les plus représentés avec 44,4 % des cas (Pascal et al., 2017). Cependant, selon BRIAUX J et al, sur les 155 ménages qu'ils ont interrogés, 72,4 % avaient 2 à 4 enfants et les autres (27,6 %) avaient 4 à 6 enfants (Briaux et al., 2020).

Le nombre d'enfants scolarisés de l'étude rejoint celui de l'étude faite par ANDREWS C et al, les participants avaient entre 2 et 14 enfants. La moitié des ménages avaient moins de 3 enfants scolarisés (50 %) et l'autre moitié plus de 4 enfants scolarisés (50 %) (Andrews et al., 2018).

L'acquisition de filet de sécurité sociale de notre étude, de 30,5 %, est inférieur aux résultats obtenus dans une étude réalisée par CHAN B, où environ 46 % des répondants avaient bénéficié de filet de sécurité sociale (Chan B., 2019) (Griffin et al., 2020). Il en est de même dans l'étude réalisée aux Etats-Unis par CHEON O et al, 89,8 % des interviewés avaient obtenu un filet de sécurité sanitaire (Cheon et al., 2020).

La répartition de la population d'étude bénéficiaire de filets de sécurité sociale était comparable à celle observée par RALAIVELO M, 69,2 % des dons de la protection sociale venaient du FID pour l'argent-contre-travail ; 21,2 % des dons venaient du PAM pour le vivre-contre-travail ; 5,1 % des dons venaient de USAID pour le vivre-contre-travail ; 0,7 % des dons venaient d'ONN pour le vivre-contre-travail (Ralaivelo M., 2020). Il en est de même dans l'étude réalisée en France, les donateurs étaient les suivants, l'administration (45 %), la famille (35 %), l'entourage (9 %) et l'association (9 %) (Williams A., 2018).

D'après l'étude réalisée par RAVELOMANANA JR, les transferts monétaires réguliers au bénéfice des ménages dans les sites de nutrition sont fréquents. Pour la première année, les transferts sont du type « Transferts Monétaires Non Conditionnels » à raison de 30 000 Ar/ménage/mois, effectués dans le programme de filet de sécurité sociaux du Fond d'intervention par le Développement (Ravelomanana J., 2016). RALAIVELO M. a observé que la mise en œuvre de ces activités suit des procédures similaires, mais la coordination entre les programmes est limitée. Le système de rémunération appliqué par tous ces programmes était celui de l'« argent et/ou vivres et/ou semences contre travail ». La rémunération moyenne était d'environ 1\$US pour 5 heures de travail par jour et la durée moyenne de l'emploi par bénéficiaire de 25 jours. Ces programmes ont touché près de 170 000 bénéficiaires directs en 2019 et 322 000 en 2020. Selon les estimations de la Banque Mondiale, en supposant 150 000 bénéficiaires par an, une taille moyenne des ménages de 7 personnes parmi les bénéficiaires, ces programmes atteignent près de 1 million d'individus, soit près de 6,4 % des individus pauvres ou 8,7 % des individus extrêmement pauvres (Ralaivelo M., 2020).

Le changement de niveau de vie après l'acquisition d'un filet de sécurité sociale avait concerné 30,5 % des cas. Pourtant, dans l'étude réalisée par DAHIMENA F., les problèmes résident dans l'efficacité des travaux HIMO sur la réduction de la pauvreté. Parfois les bénéficiaires ne sont pas les plus pauvres et les groupes les plus démunis (Dahimena F., 2018).

Le coût des médicaments favorise l'inaccessibilité aux soins de santé. De ce fait, seule une frange privilégiée de la population a l'accès aux soins. Mais les grands nombres d'individus qui sont dans l'incapacité de subvenir à leurs propres besoins sont les plus touchés. En effet, avec la hausse sans cesse du coût de la vie, il devient de plus en plus difficile pour ces derniers d'accéder aux soins (Ravelomanana J., 2016). Selon l'étude réalisée par PANANDINIAINA H., les consultations sont très chères, comme le prix des consultations avec les médicaments de base, tels que les antibiotiques, qui varie de 15 000 à 20 000 Ariary. Et face à cela, les autres médicaments qui ne sont pas disponibles dans les centres de santé sont à acheter dans les pharmacies à des prix très chers. Comme pour traiter l'infection respiratoire qui touche très souvent les enfants, il faut acheter un médicament antibiotique qui coûte 30 000 Ariary dans les pharmacies. De ce fait, face au revenu de la population, ce coût est trop élevé. Alors pour certaines personnes, elles n'ont pas le choix car c'est le centre de santé le plus proche de leur foyer (Panandiniaina H., 2018).

La mise en œuvre du fonds d'équité pour la prise en charge des habitants les plus démunis dans un Centre de Santé de Base (CSB) est idéalement primordiale. Elle améliorera l'accès de cette catégorie de gens à la santé publique. Dans notre étude, parmi nos 128 interviewés ayant acquis le filet de sécurité sociale, 96 (38,8 %) avaient bénéficié des soins du centre de santé doté d'un filet de sécurité (à l'hôpital public ou au CSB) versus 165 (63,2 %) chez les non acquisitions de filet de sécurité sociale. La différence entre les deux groupes n'est pas significative concernant le lieu de traitement ($p > 0,05$).

Presque la totalité des interviewés qui n'ont pas acquis de filet de sécurité sociale (80 %) ont acheté des médicaments à l'épicerie versus 20 % chez ceux qui ont acquis le filet de sécurité sociale. La différence entre les deux groupes n'est pas significative ($p > 0,05$). Comme ses médicaments se trouvent dans des épiceries, un malade n'a pas besoin de prescription pour en acheter. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par RAVELOMANANA J., les ruptures de stocks des médicaments essentiels sont de grande ampleur. Le taux de disponibilité des médicaments essentiels génériques de qualité au niveau des CSB a baissé jusqu'à 86,27 %. Les défis liés au transport des médicaments dans les zones enclavées ont été cités comme l'une des causes principales du retard observé vers l'atteinte des objectifs fixés. Trois quarts des personnes malades ont pris des médicaments sur leur propre initiative sans consultation ou avant une consultation médicale. Bien que les chiffres varient par région, le taux d'automédication demeure entre 66 % et 92 % des personnes (Ravelomanana J., 2016).

Il en est de même dans l'étude réalisée par PANANDINIAINA HC, le secteur du médicament demeure encore un problème. Certes, des progrès très importants ont été réalisés. Le développement des pharmacies privées, notamment dans les grandes villes, a amélioré l'accès des populations aux médicaments. Néanmoins, du fait de la pauvreté de la majorité de la population, le médicament, quand il est disponible, reste cher. Il n'est pas rare de constater que les malades n'achètent pas l'ensemble des médicaments qui leur ont été prescrits. La population malagasy est souvent encore attachée à la pharmacopée et la médecine traditionnelles, or celles-ci sont très mal réglées, contrôlées et encadrées (Panandiniaina H., 2018).

Le changement de niveau de vie de la population dépend de l'acquisition de filet de sécurité sociale. Cette constatation est faite également par NAPOLES TM et al, qui a montré que l'intégration de Programme Alimentaire Mondial (PAM) à la protection sociale provoque les changements positifs dans l'activation des patients, qui se sont avérés associés à une amélioration des comportements d'autogestion, de l'observance des médicaments et des résultats, y compris la qualité de vie. Au suivi de six mois, l'activation des patients était cliniquement et significativement plus élevée dans le groupe programme par rapport au groupe de soins habituels ($p = 0,01$) (Napoles et al., 2017).

De même, ARNOLD C et al ont évoqué que les aides au logement, accordées sous condition de ressources afin de réduire les dépenses de logement des familles sont elles aussi destinées en priorité aux ménages les moins aisés. Elles représentent en moyenne 13 % du revenu disponible des 10 % de ménages les plus modestes contre 1,4 % pour l'ensemble des ménages. Par ailleurs, les prestations sociales réduisent considérablement l'intensité de la pauvreté, qui mesure l'écart entre le niveau de vie médian des personnes pauvres et le seuil de pauvreté. Alors que le niveau de vie des personnes pauvres après impôt est inférieur de 46 % au seuil de pauvreté, cet écart se réduit à 17 % après prise en compte de l'ensemble des prestations sociales (Arnold et al., 2019).

Si 3 % de la population d'étude ont bénéficié du fonds d'équité, une amélioration de l'utilisation du fonds d'équité constitue une solution pour faciliter l'accès aux soins des personnes démunies (Olds P., 2018). Les modes de paiement proposés pour améliorer la prise en charge des maladies corroborent avec celui de CRIEL B et al, l'assurance maladie était acceptée, et 72,87 % des malades contre 63,16 % des témoins étaient prêts à cotiser (Criel et al., 2019).

5. Conclusion

Ce travail a décrit l'impact des filets de sécurité sociale sur la qualité de vie des ménages vulnérables, à savoir l'accès à la santé, le fait de pouvoir manger au moins de deux fois par jour, la capacité d'envoyer ses enfants à l'école. Sur les 3 qualités citées, seul le filet de sécurité sociale a significativement permis aux ménages bénéficiaires de manger au moins deux fois par jour. La population d'étude a montré que 91,9 % sont des chômeurs et manœuvres, c'est-à-dire sans revenu fixe. La dépendance à l'octroi du filet de sécurité sociale constitue un risque pour les ménages vulnérables. Les filets de sécurité sociale (FSS) de Madagascar ne couvrent pas encore le volet santé de la population vulnérable. Pour renforcer le capital humain pour accélérer le développement

économique de Madagascar, la réorientation du choix des cibles et mode d'octroi du filet de sécurité sociale s'avère pertinent et nécessaire.

Bibliographie

- 1- Griffin, S., Tan, J., Perrin, P.-B., Williams, A.-B., Smith, E.-R. and Rybarczyk, R. (2020). Psychosocial Underpinnings of Pain and Sleep Disturbance in Safety-Net Primary Care Patients. *Pain Res Manag*, 2(4), 593-8.
- 2- Chambaretaud, S., Hartmann, L. (2009). Participation financière des patients et mécanismes de protection en Europe. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40(1):31-38.
- 3- Bell, J., Turbow, S., George, M. and Ali, M.-K. (2017). Factors associated with high-utilization in a safety net setting. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 273.
- 4- Pascal, J., Lombrail, P., Agard, C., Quéliier, C., Nguyen, J.-M. (2017). Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public. *Bull Acad Natle Méd*, 181(1), 23-42.
- 5- Dahimena, F.-D. (2020). La portée de la protection sociale à Madagascar (Thèse en Sciences Economiques). Université Antananarivo.
- 6- Ravelomanana, J.-R. (2016). « Cadre de Gestion Environnementale et Sociale ». *Clin J Pain*, 4(2), 23.
- 7- Panandiniaina, H.-C. (2018). Enjeux de la mise en place de la couverture sanitaire (Cas de la Commune Rurale Sabotsy Namehana). (Thèse en Sociologie). Université Antananarivo.
- 8- Briaux, J., Martin-Prével, Y., Carles, S., Fortin, S., Kaméli, Y., Adubra, L. and al. (2020). Évaluation d'un programme de transferts monétaires inconditionnels ciblant la croissance linéaire des 1 000 premiers jours des enfants dans les zones rurales du Togo : un essai contrôlé randomisé en grappes. *Clinical Trial*, 17(11), 88.
- 9- Cheon, O., Baek, J., Kash, B.-A. and Jones, S.-L. (2020). An exploration of community partnerships, safety-net hospitals, and readmission rates. *Health Serv Res*, 55(4), 531-40.
- 10- Arnold, C., Boisguerin, B., Duval, J., Calvo, M., Isel, A., Legal, A. et al. (2019). La redistribution au bénéfice des ménages modestes. *Soc Sci Med*, 2(3), 24-32.
- 11- Olds, P. (2018). Accès aux médicaments à Madagascar : l'Etat, la pharmacie, et l'utilisateur. *Independent Study Project (ISP) Collection*, 2(1), 11-25.
- 12- Andrews, C., Galliano, E., Turk, C. et Zampaglione, G. (2018). Filets sociaux de sécurité dans les États fragiles : Le programme d'alimentation scolaire à base communautaire au Togo. *Am Rev Public Adm*, 49(7), 840-54.
- 13- Criel, B., Bâ, A.-S., Kane, F., Noirhomme, M. et Waelkens, M.-P. (2019). Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis : Le fonds d'indigence de Dar-Naïm en Mauritanie. *Studies in Health Services Organisation Policy*, 26(21), 32-46.
- 14- Banque Mondiale, Protection Sociale.
<https://www.banquemondiale.org/fr/topic/socialprotection/overview>