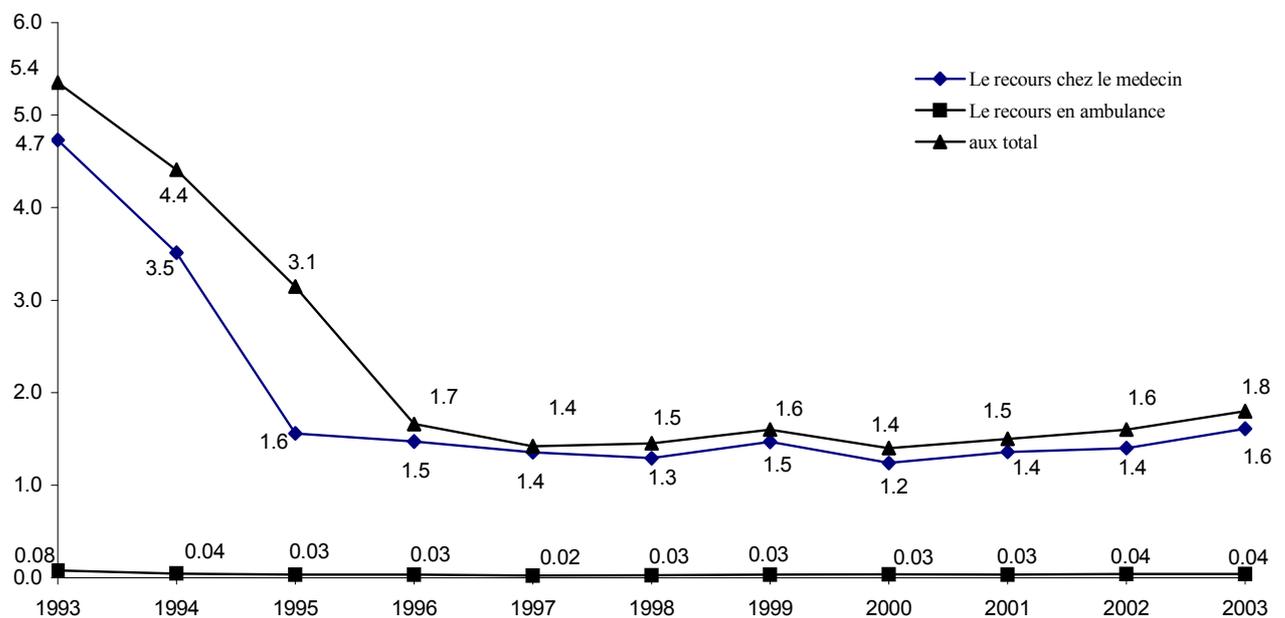


Introduction

L'objectif des recherches consiste à étudier les tendances essentielles de l'état de santé de la population géorgienne dans la période de transition dans le coup genderique.

En 1991, après la désagrégation de l'Union Soviétique, la Géorgie accède de nouveau à son indépendance. La période de transition se complique par les événements qui succèdent le collapsus du système soviétique. Le taux de chômage augmente brusquement. De 1989 à 1992 le taux de pauvreté se voit tripler. Le salaire perd sa fonction sociale et acquiert le caractère symbolique. En 1994 le taux de pauvreté était de 80 %. Tandis que les dépenses pour les besoins sociaux ont été considérablement diminuées, on voit apparaître des problèmes spécifiques du système de la Santé publique. Le déséquilibre se forme sur le plan financier et on assiste à la suppression du modèle soviétique d'accès gratuite à l'aide médicale. Les établissements médicaux deviennent payants. Un nouveau modèle de la Santé publique devient économiquement et psychologiquement inaccessible. Le recours aux institutions médicales de la part de la population se réduit sensiblement. (F.N1)



F.N.1. Le recours aux institutions médicales, Géorgie, 1993-2003.

Les données statistiques prouvent que le revenu, la situation sociale et le niveau de formation des citoyens, telles sont les conditions fondamentales pour la santé. D'après les données du Département d'Etat des statistiques de la Géorgie, la rupture entre la situation sociale et économique des femmes et celle des hommes reste considérable. On peut dire qu'en Géorgie les femmes appartiennent au groupe à risque élevé. Voilà pourquoi, au cours de nos recherches, nous avons prêté une attention particulière à l'étude de ces paramètres de l'état de santé chez les femmes qui sont directement liés au système de la Santé publique.

A présent, le salaire minimal représente 16% du minimum vital. En 2002, l'Etat a défini une allocation aide médicale égale à 18,35 lari (9 dollars) par personne. Le passage sur la route de la Santé publique reste encore bloqué.

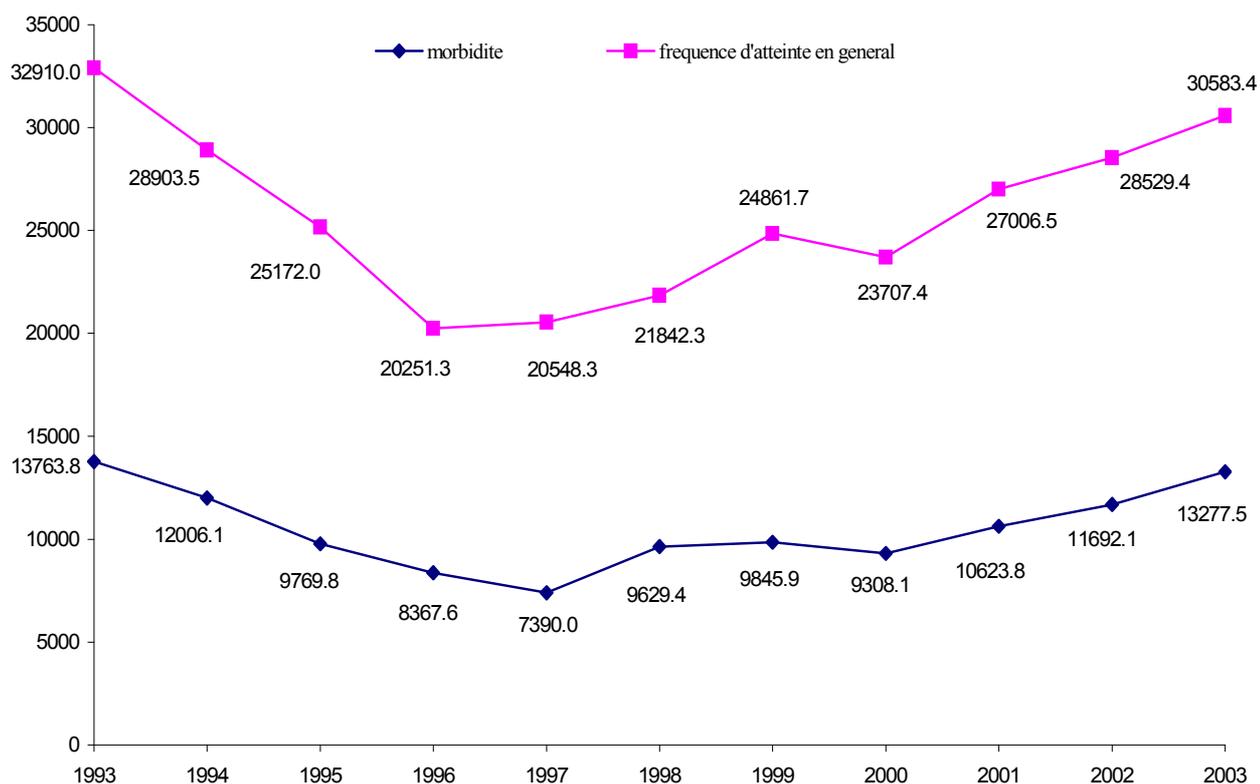
MMéthodes

- les données primaires de la statistique officielle (la première étape des recherches),
- la documentation médicale des maternités de Tbilisi (la deuxième étape des recherches),
- les données d'étude sélective – méthode de sondage (la troisième étape des recherches).

Resultats

Les femmes représentent plus de la moitié de la population de Géorgie (en moyenne 52,6%). Selon les données du Département d'Etat des statistiques, en 2002, l'espérance de vie moyenne attendue à la naissance atteignait, en Géorgie, 71,5 ans (68,0 pour les hommes, 74,8 pour les femmes), tandis que d'après les données de l'Organisation mondiale de la Santé, l'espérance de la vie saine attendue dans notre pays est de 52,2 ans.

L'étude des indices de morbidité de la population au cours de 10 ans a révélé les tendances suivantes : la tendance d'accroissement caractérise non seulement les indices de morbidité et de fréquence d'atteinte en général, mais aussi ceux de progression des maladies cardiovasculaires, des affections oncologiques, des maladies respiratoires, des troubles mentaux et ceux de comportement, des troubles endocriniens, des troubles liés à l'alimentation et au métabolisme.
(F.N2)



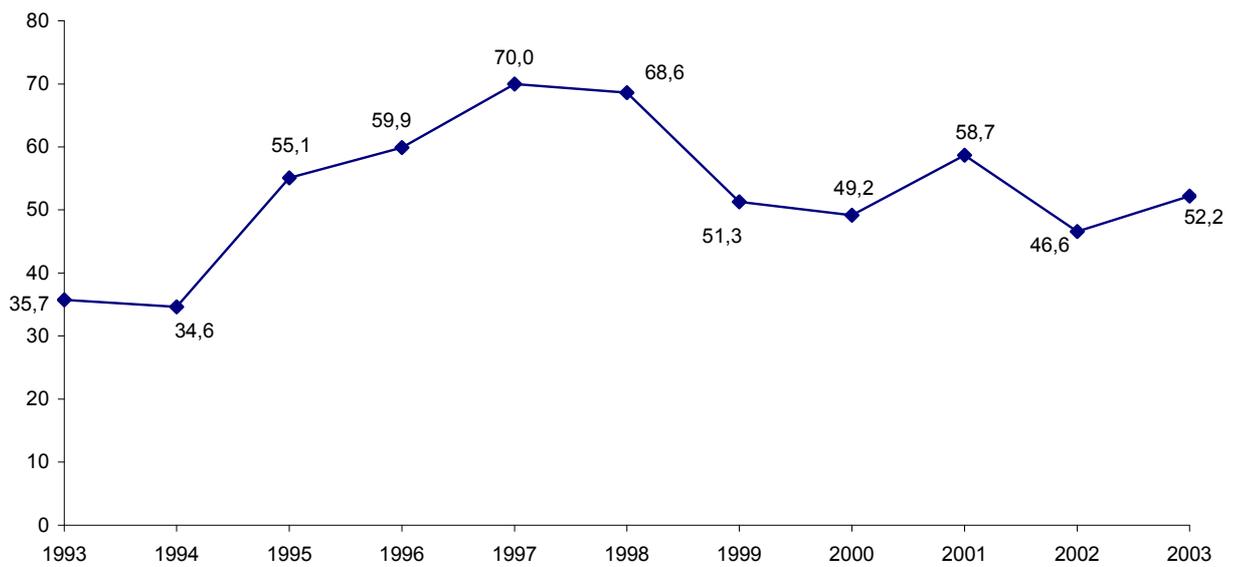
F. N.2 Les indices de morbidité et de fréquence d'atteinte en général, (100000 population)
Géorgie, 1993-2003

Pendant ces dernières années, on constate la hausse de la part des femmes dans la structure totale de la mortalité.

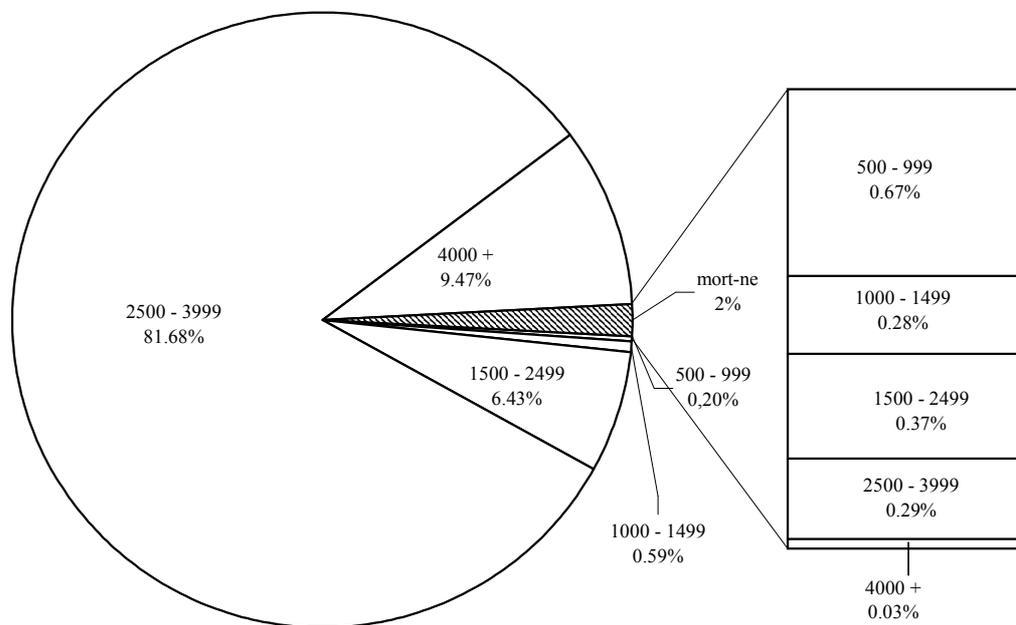
Dans la structure des raisons de la mortalité de la population dominant les maladies cardiovasculaires et les affections oncologiques.

Un des paramètres les plus importants caractérisant l'état de la santé des femmes est la mortalité maternelle. (F.N.3) Entre 1995 et 1997, on constate l'augmentation considérable de ce dernier.

Les tendances défavorables de l'état de santé des femmes sont reflétées également sur la santé du fœtus. En 1998, près de 9,4% du nombre total des enfants sont nés malades. En 2002, cet indice atteint 10,6%. L'indice de mortinatalité est aussi très élevé. En 2002, 702 enfants sont mort-nés (l'indice de mortinatalité est de 15,4%). Dans la structure de la mortalité perinatale un haut poids spécifique des nouveau-nés attire notre attention. (F.N.4)



F. N. 3 La mortalité maternelle, Géorgie, 1993-2003



FF.N.4 Le poids spécifique des nouveau-nés et mort-nés, Géorgie, 2003

L'indice de mortalité périnatale est l'indicateur sensible de la protection de la maternité. L'analyse des résultats obtenus à la deuxième étape des recherches révèle que 60,7% des cas de mortalité périnatale sont les mort-nés. Dans la structure totale de mortalité, la mortalité anténatale représente 86,7% et la mortalité intranatale 13,3%.

La révélation des hauts paramètres de la mortalité maternelle et de la morbidité des femmes, ainsi que les hauts paramètres de la mortalité périnatale nous paraissant contradictoires aux mesures prises dans le système de la santé publique afin d'améliorer l'état de santé des femmes (l'introduction des principes de l'assurance médicale, nous avons décidé d'effectuer la troisième étape des recherches. Nous avons réalisé un sondage en proposant aux femmes de définir leur état de santé, de décrire leurs conditions de vie et de citer les raisons d'accès limité aux soins médicaux.

Après l'étude du niveau de connaissances des femmes sur les principes et les garanties de l'assurance médicale, nous découvrons que 68 % des femmes ne comprennent pas la destination de l'assurance médicale et n'arrivent pas à faire la différence entre l'assurance médicale volontaire et obligatoire.

Discussion

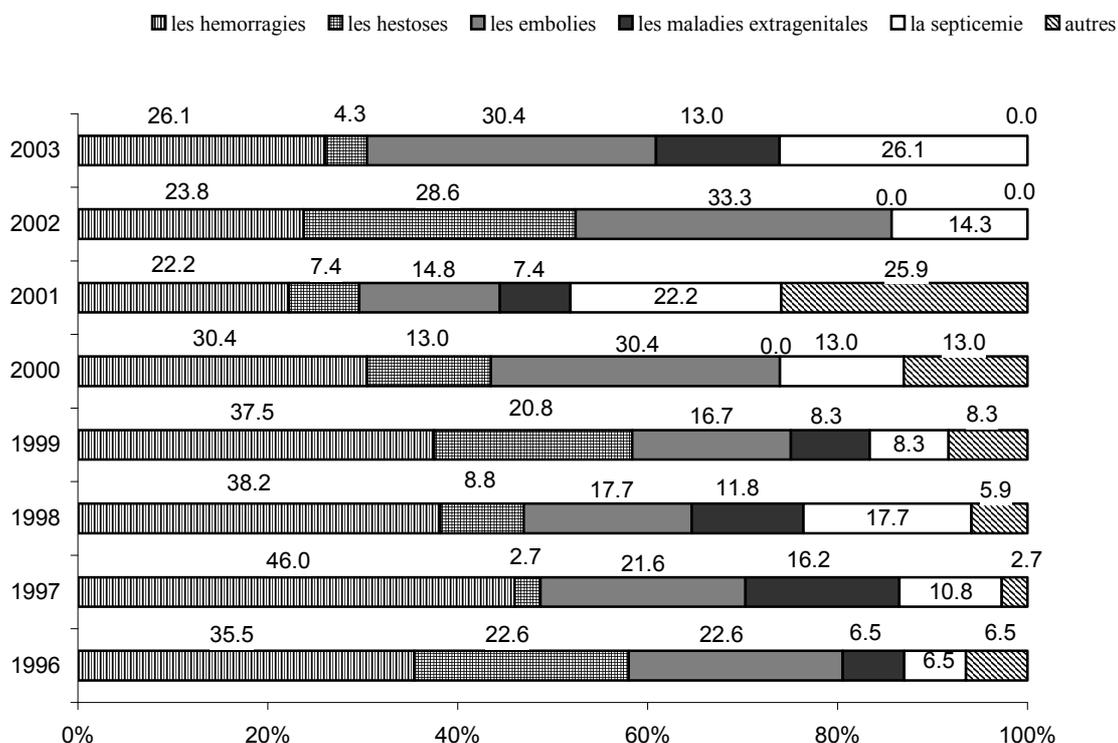
À la base de l'analyse des données des trois étapes des recherches, on peut constater qu'à côté des facteurs de risque traditionnels de la mortalité et de la morbidité de la population, sur le premier plan on observe les facteurs liés à leur situation sociale et matérielle:

LL'évaluation du charge des maladies cardiovasculaires dans la morbidité révèle que c'est la maladie d'hypertension artérielle qui remporte la première place. L'augmentation paramétrique des indices de fréquence de cette maladie doit être due à des facteurs de risque relativement récents pour la population (pauvreté, régime alimentaire déséquilibré, hausse de la consommation de tabac et d'alcool, fréquence croissante des situations de stress).

Sur le fond de la progression très forte du cancer, des cas de la détection précoce des cancers sont très rares. La moitié des cas détectés en 2003 représentait IV stade de la maladie. Les hauts indices de la mortalité et de la morbidité à cause des maladies oncologiques (particulièrement chez des femmes par le cancer du sein), indique l'absence de surveillance massive de l'état de santé, d'une part, et le niveau très faible, pour ne pas dire inexistant, des programmes de la détection précoce des cancers, de l'autre part.

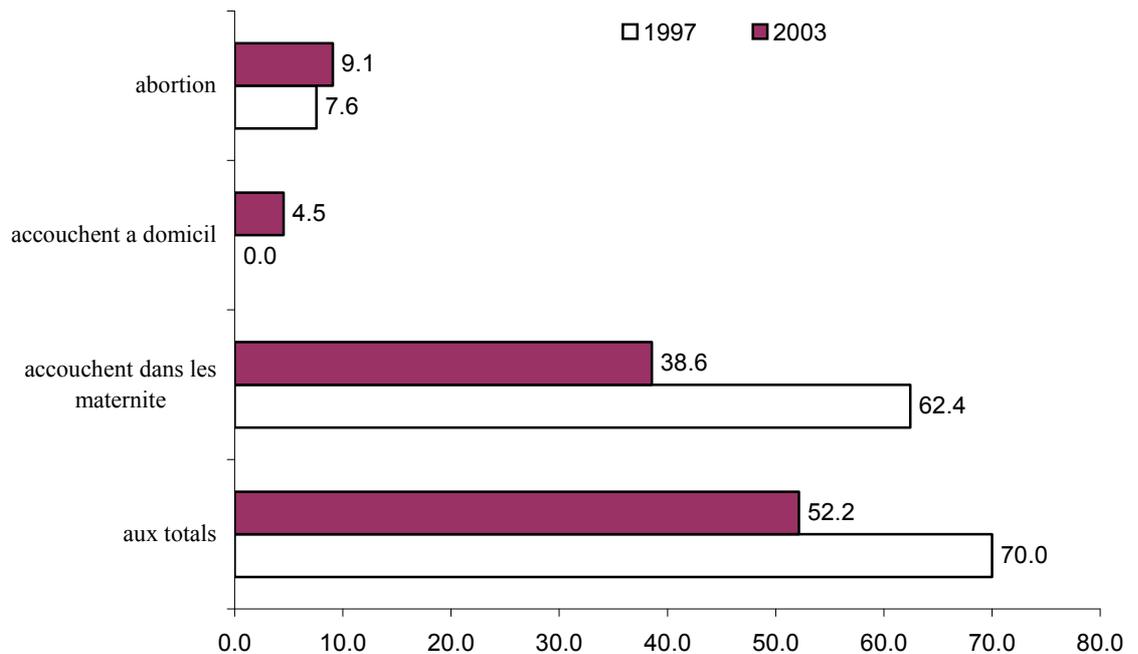
Les hauts paramètres des troubles endocriniens parmi les femmes (anémie, l'insuffisance d'iod) évoquent les problèmes liés à l'alimentation et par conséquence, à la situation matérielle des femmes. L'anémie et l'insuffisance de nourriture en période de grossesse posent de très graves problèmes non seulement à la santé des femmes, mais aussi au développement du fœtus, et tout cela joue un rôle déterminant dans plusieurs cas de mortalité maternelle. En outre, l'état de santé des femmes est étroitement lié au niveau de suivi prénatal, d'une part, et à celui d'assistance médicale pendant l'accouchement, de l'autre part.

La plupart des cas de mortalité maternelle a généralement lieu au cours d'accouchements. Dans la structure des raisons de la mortalité des femmes dominent les hémorragies pendant et après les accouchements, les embolies et les héstoses, la septicémie, les maladies extragenitales. (F.N.5)



F.N.5 La structure des raisons de la mortalité maternelle, Géorgie, 2003

Dans les dernières années le nombre des femmes qui accouchent à leur domicile a grandi. (F.N.6) L'augmentation de ce paramètre entraîne l'apparition des tas de complications pendant et après l'accouchement.



F.N.6 La structure des raisons de la mortalité maternelle d'après le nombre les femmes accouchent à leur domicile, Géorgie, 1997 et 2003

Selon les données de la documentation médicale des maternités de Tbilisi, dans 43,5% des cas le nombre de visites prénatales chez le medecin fait 2-4, dans 4,8% des cas - 5-10 et 33% des femmes n'avaient aucune consultation médicale en période de grossesse. 89% des femmes interrogées avouent de ne pas avoir recours à un suivi prénatal à un but préventif. Mais le plus grave est l'attitude des femmes en cas des complications en période de grossesse: il n'y a que 14% d'elles à avoir recours à une aide médicale. Le modèle plus acceptable pour planification de la famille c'est avoir un ou deux enfants. Tandis que en 1986-1990 la quantité d'enfants désirés c'était trois.

82 % des femmes expliquent leurs rares visites chez un spécialiste par leur situation matérielle. 80% d'elles parlent d'une situation matérielle insuffisante. 72% des femmes mettent en cause la gravité de leur situation socio-psychologique. Il est vrai qu'une telle situation est due à la situation économique extrêmement grave, cependant le niveau médico-sanitaire de la population est évidemment très faible et le comportement d'auto-protection très passif.

Conclusions

Les tendances negatives de la santé de la population géorgienne, et surtout celle des femmes, ont révélé le caractère exogene des facteurs de risque de ces tendances. C'est pourquoi nous

voyons la possibilité d'amélioration les indices essentiels de la santé. Mais pour le maintien de la santé de la population en état actuel, sans parler même de l'amélioration de ce dernier, il est indispensable de:

- réaliser les programmes de développement économiques et de lutte contre la pauvreté;
- améliorer la qualité des soins médicaux et assurer l'accès aux services médicaux pour toutes les couches sociales;
- assurer le développement prioritaire des programmes de préventions et de diagnostic précoce;
- améliorer la qualité des services médicaux dans la planification de la famille et la protection reproductive de la santé des femmes.

Enfin pour la résolution du problème de manque d'assistance médicale pour les femmes, il faut mettre en oeuvre, d'une façon plus efficace, les programmes d'assurance, et pour cela, rendre les informations sur les garanties et obligations de l'assurance médicale largement accessibles pour les femmes.