

SOMMAIRE

Remerciements

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Listes des figures

Introduction générale

Première partie: Cadrage théorique et conceptuel

Chap. I : Cadre théorique de la recherche

Chap. II. Etude descriptive de la commune

Deuxième partie: Cadre pratique de la recherche

Chap. III: Généralités sur le travail social

Chap. IV : Exemple de maladies existant dans la commune

Troisième partie: Les problèmes et les solutions appropriées

Chapitre V : Problèmes de développement

Chapitre VI : Forces, faiblesses, opportunités et menaces dans le domaine de la santé
dans la commune

Chapitre VII : Les problèmes et les solutions appropriés

Conclusion générale

Bibliographie

Table de matières

ANNEXE

Résumé

Liste des tableaux

Tableau n°1 : Répartition de la population de la commune

Tableau n°2 : Démographie de la commune

Tableau n°3 : Répartition de la population par tranche d'âge et sexe

Tableau n°4 : Infrastructure sanitaire du CSBII de Soavina

Tableau n°5 : Les maladies courantes de la commune

Tableau n°6 : Les taux de couverture vaccinale

Tableau n° 7 : Distribution par âge et par sexe de la population d'enquête

Tableau n° 8 : Distribution par sexe de la population d'enquête

Tableau n° 9 : Le niveau d'étude de la population d'enquête

Tableau n°10 : Tableau de répartition des activités du Travailleur social et de l'Agent de santé au niveau de la population cible

Tableau n°11: Tableau de comparaison entre le Travailleur social et l'Agent de santé

Tableau n°12 : Récapitulatifs des projets à réaliser dans le domaine de la santé

Tableau n°13 : tableau de comparaison entre la santé communautaire et la santé publique

Listes des figures

Figure n°1 : Schéma de la carte de la commune et localisation

Figure n°2 : Répartition de la population

Figure n°3 : Répartition par classe d'âge et par sexe

Figure n°4 : Organigramme du CSBII Soavina

Figure n°5 : Structure du système de santé à Madagascar

Figure n°6 : L'approche de santé publique à la planification et à la programmation sanitaires

Figures n°7 : L'approche préconisée par les sciences sociales à la planification et à la programmation sanitaire

Introduction générale

La santé représente l'une des choses primordiales pour chaque individu ; être en bonne santé nécessite beaucoup d'effort, mais aussi l'aide d'autrui .Lorsqu'on est malade ,on ne peut rien faire et ne peut guérir soi- même, c'est pour cela que les agents de santé, ainsi que les travailleurs sociaux essaient de leur force de donner leur aide auprès des personnes qui en ont besoin que ce soit au niveau physique ; psychique ou morale .Et comme nous constatons tous que la santé constitue une base de développement socio-économique d'un pays, alors les soins de santé primaire constituent un moyen pour atteindre les objectifs, en vue de développement qui est la santé pour tous .Les soins de santé primaire visent à résoudre les problèmes de la santé de la communauté en assurant non seulement des soins curatifs et préventifs mais aussi des services de promotion, de réadaptation. Le centre de soins, comme le CSBII d'Isoavina essaie de fournir à la population des services de soins de santé suffisants et adéquats pour atteindre cet objectif.

Motif du choix du thème

Nous avons choisi ce thème, car les agents de santé ainsi que les travailleurs sociaux occupent une place importante au niveau de la société; leurs actions nécessitent beaucoup de volonté surtout envers la population rurale; ces deux acteurs sont souvent complémentaires car leurs actions ne sont pas justes dans la prévention, mais également dans l'aide et l'accompagnement. La population a besoin d'eux pour pouvoir éliminer leur problèmes en matière de santé car la santé c'est la vie et la santé est aussi l'élément primordial pour chaque individu .D'où le rôle important de ces deux acteurs au sein de la communauté.

Motif du choix du terrain

La commune rurale de Soavina a été choisi, car en matière de santé, elle a encore besoin de l'intervention de ces deux acteurs et comme étant une commune rurale, la plupart de la population de la commune optent pour la médecine traditionnelle, alors c'est ce qui nous a poussé à choisir ce terrain pour pouvoir proposer les services qui me seront conférés, de par notre statut de futur travailleur social et d'essayer ainsi de résoudre les problèmes de la population en matière de santé.

Problématique

Est-ce que les actions sanitaires menées par l'agent de santé et le travailleur social sont-elles complémentaires?

Hypothèses

L'approche du travailleur social et de l'agent de santé devant une malnutrition remédiée, par exemple, se recoupent-elles?

L'agent de santé se base souvent sur des indicateurs quantitatifs alors que le travailleur social sur le qualitatif

L'agent de santé a une logique académique, le travailleur social pragmatique académique

Objectifs

Notre étude a pour objectif d'évaluer la réalisation des activités prévues, d'analyser les activités du CSBII afin d'en faire ressortir les points faibles et d'en proposer des suggestions pour y remédier

Mais aussi l'objectif de cette étude est surtout d'étudier sur le plan social, la santé et d'analyser les relations professionnelles entre le travail social et l'agent de santé.

D'aider la population à surmonter les épreuves face à la maladie et de donner des conseils pour ceux qui ont en besoin

Sensibiliser la population pour prévenir les différentes maladies

D'étudier les besoins médicaux et sanitaires de la population en milieu rural

Méthodologie

Notre étude se base sur la sociologie de la santé. Nous prenons la définition simple de la sociologie de la santé selon l'OMS : *« c'est une représentation socialement construite d'une impression de bien être et d'équilibre .Si la santé est présentée comme un ordre, à l'inverse la maladie est perçue comme un désordre social, une désorganisation de l'ordre établi »*. C'est le gain de sable dans le rouage de la société moderne, la « menace » du développement. Ce que Parsons nomme une déviance est une force de désintégration sociale puissante, entraînant une capacité à assumer ses responsabilités familiales, professionnelles et relationnelles .A ce titre, selon le modèle de Parsons, si l'on arrive à surmonter ces difficultés, on n'est pas malade.

La médecine implique un contrôle social, exercé par le personnage du médecin, en lutte contre la maladie. Cette « institution » s'intègre dans une procédure de régulation, à l'instar de la police contre la délinquance.

On parle de construction pour mettre en évidence les variabilités qui apparaissent dans les représentations des individus sur la santé. Être en bonne santé ici, n'est pas la même chose dans un autre univers social. La santé ne peut être approchée uniquement avec des points de repères universalisables. Ils n'en sont qu'une composante. Ainsi le discours médical participe pleinement à la notion de « bonne santé », mais cohabite avec d'autres éléments (Religion tradition, croyances...).

Les enquêtes sociologiques permettent de noter que les représentations sociales de la santé dépendent fortement du niveau des individus. Les exigences, les attentes.

Pour mettre en œuvre notre projet, nous allons réaliser des enquêtes sur terrain et pratiquer la méthode d'observation participante. Ceci pour pouvoir étudier les relations entre les différents acteurs. Tout ou étant assurée que la participation est maximale, les relations moins artificielles.

La méthodologie de cette recherche est basée sur une observation participante pour tirer de l'interaction de la vie quotidienne et des entretiens non structurés, les options et le vécu des différentes situations et événements de la vie.

La réalisation de notre étude se déroule comme suit:

Documentation

Centre d'étude et de recherches en sociologie

Technique vivante

Observation directe et participative est la plus appropriée pour savoir les gestes, les faits, les comportements et les habitudes des individus

Dans le cas de l'étude des besoins de santé, l'enquête est avantageuse parce qu'elle permet de rejoindre ceux qui n'utilisent pas les services de santé.

De plus, elle est la meilleure source d'information quant à la morbidité ressentie. Les gens sont questionnés sur la perception qu'ils ont de leur état de santé et de leurs besoins. Cet aspect peut évidemment être considéré comme une lacune si l'on vise à avoir un portrait « objectif de la morbidité ». Cette déficience peut être comblée en complétant les données perceptuelles à l'aide de différents types d'examen et d'analyses faits directement sur la personne. Il en est ainsi de l'enquête de santé à Madagascar. Les premiers questionnaires administrés par entrevue,

Recueillant de l'information sur les caractéristiques socio- démographiques, sur l'état de santé et sur l'utilisation du système de soins. L'autre questionnaire auto- administré, recueillait l'information sur l'histoire médicale et sur les habitudes de vie; ces réponses étaient complétées par la mesure directe de certaines caractéristiques physiques, de l'état immunitaire ainsi que l'élément biochimique.

Sur l'entretien

Entretien libre et semi directif à l'aide des questionnaires

Technique d'échantillonnage

L'enquête de santé, qu'elle soit menée au niveau de tout un pays ou d'une communauté porte habituellement sur un échantillon représentatif de la population (méthode d'échantillonnages).

On a fait l'enquête sur 40 échantillons d'individus.

Concept et instruments d'analyse

La méthodologie globalisante et individualiste a été adoptée, dans le but à la fois de cerner les réalités qui entourent le système de santé en général et l'accès des individus aux soins en particulier.

Plan de rédaction

Dans la première partie nous allons voir le référence générale de l'étude, dans la deuxième partie, il sera question de la cadre pratique de la recherche, enfin, dans la troisième et dernière partie nous présentions les problèmes et les suggestions appropriés.

PREMIERE PARTIE
La référence générale de l'étude

CHAPITRE I: Cadres théoriques de la recherche:

Dans ce chapitre, nous allons voir successivement les généralités sur la santé. Les différentes composantes de la santé seront également traitées dans ce chapitre.

I. Généralités sur la santé

Pour appréhender la notion de santé dans sa totalité, et afin d'avoir des perceptions identiques, il serait utile d'éclaircir certains concepts qui peuvent prêter à confusion pour la compréhension de la thématique choisie.

1 Définition

Il existe plusieurs définition de la santé mais on prend celle de l'OMS «La santé c'est un état complet de bien être physique; mental et social d'un individu, mais n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ».

2. La santé communautaire

2. a Approche

C'est une approche locale des problèmes de santé d'une communauté impliquant sa participation active à toutes les étapes.

2. b Mise en œuvre

Elle est mise en œuvre par un groupe associant les professionnels de santé et la population

3. La santé publique

La santé publique est considérée comme une discipline qui s'occupe de la santé globale des populations sur tous ses aspects curatifs, préventifs, éducatifs, et sociaux. Son objectif est la mise en place de systèmes et d'action de promotion de la santé, de prévention et de traitement des maladies, de réadaptation des handicapés

4. La prévention

La prévention selon l'OMS est: « l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective pour:

1. Assurer l'intégrité physique et mentale
2. Développer les capacités vitales de chaque personne
3. Pour réduire les menaces que font peser sur la personne son environnement physique; psychologique et sociale

4. a Classification selon l'OMS

4. a.a La prévention primordiale

Eviter l'apparition et le maintien du mode de vie socio- économique et culturelle qui contribue à augmenter les facteurs de risques d'une maladie (décision politique).

4.a.b La prévention primaire

Elle comprend tous produits destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas

Elle fait appel à des mesures de prévention

-Prévention individuelle **hygiène** corporelle, hygiène alimentaire, vaccination, activité physique et collective sportive

-Prévention collective: distribution d'eau potable; élimination des déchets, salubrité de l'alimentation, vaccination, hygiène de l'habitation et du milieu de travail

D'où amélioration de la qualité de vie et réforme des institutions sociales

4.a.c La prévention secondaire elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie d'une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie ;elle prend en compte dépistage précoce et traitement de la première atteinte

4.a.d La prévention tertiaire

Elle comprend toutes les activités destinées à diminuer la prévalence des inadaptés chroniques ou des récives, dans une population, donc à réduire le plus possible les invalidités fonctionnelles consécutives à une maladie

Cette forme de prévention s'oriente vers la réadaptation donc elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale

5-Les déterminants de la santé

La santé publique est une série d'actions visant chacune les déterminants de la santé qui sont

- Les facteurs biologiques notamment génétiques
- Les comportements et style de vie
- L'environnement dont les multiples dimensions que ce soit physiques; biologiques ; culturels ; politiques et socio-économique
- Le système de santé

6-Les soins de santé primaire

Les soins de santé primaire sont des soins de santé essentiels fondés sur les méthodes et techniques pratiques; scientifiquement valables et socialement acceptables; ces soins sont accessibles à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation dont le coût est fixé par la communauté, l'Etat, c'est aussi le premier niveau de contact de l'individu avec le système de santé là ou il vit et /travaille.

Principes

Il existe une relation entre les besoins ;les prestations et les différentes fonctions médicales
L'étude des besoins médico-sanitaires et des collectivités met en œuvre

- La nature de ces besoins doit enfin de déterminer la réponse de la communauté en matière de prestation de santé
- Les compétences et les fonctions médico-sanitaire dont celles des professionnels de santé et même les prestataires des SSP issus de la collectivité elle-même voire le sujet lui-même
- Les soins de santé primaire constituent un moyen qui permet d'atteindre l'objectif qui est de mener une vie socialement et économiquement productive et aussi selon la déclaration d'Alma Ata qui a pour objectif la promotion de la santé et la protection de la santé.

La conférence internationale sur les SSP réunie à Alma Ata avait souligné la nécessité d'une action urgente de tous les personnels de santé et du développement, ainsi que de la communauté mondiale pour promouvoir la santé de tous les peuples du monde

Cette déclaration est stipulée comme suit:

- La conférence réaffirme l'importance de la santé et suppose la participation de nombreux secteur socio-économique autre que ceux de la santé
- Les inégalités dans la situation sanitaire des peuples aussi bien entre pays sous développés et développés
- Le développement économique et social revêt une importance fondamentale pour combler la différence qui sépare les différents pays sur le plan sanitaire
- La promotion et la protection de la santé des peuples sont les conditions sine qua non d'un progrès économique et social

- Les hommes ont le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire
- Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité en assurant des prestations sociales adéquates

Mais aussi cette politique de la SSP souligne

- La promotion de bonne condition nutritionnelle
- Un approvisionnement suffisamment en eau saine et des mesures d'assainissement de base
- Des soins de santé aux mères et aux enfants y compris la planification familiale
- La vaccination contre les maladies infectieuses
- La lutte contre les endémies locales et le traitement des malades et des lésions courantes
- La fourniture des médicaments essentiels

A Madagascar, la politique sanitaire de la santé nationale ne manque pas à cette fin

Afin d'assurer les soins voulus, il faut donc tenir compte du rôle d'une formation sanitaire la plus proche de la communauté, c'est ainsi que le dispensaire, le centre médical, le CSB constituent des entités certes modestes mais dont les activités peuvent avoir un impact direct et réel sur la population car elles permettent à celle-ci de bénéficier de l'assistance à laquelle elle peut prétendre comme les consultations médicales diverses, soins, comme les injections médicamenteuses ; les pansements et les vaccinations

Et comme on parle de la SSP, les CSB ou centre de santé de base essaient d'exécuter cette politique de soins de santé que ce soit en milieu rural ou urbain

8-Le Centre de Santé de Base

8. 1- définition: Le CSB ou dispensaire est un établissement public ou privé de soins médicaux, de dépistage et de petite chirurgie dont les services sont gratuits ou peu coûteux. Le dispensaire et /centre médical et le CSB constituent des entités, modestes dont les activités peuvent avoir un impact direct sur la population, savoir les consultations médicales diverse, soins comme les injection médicamenteuses, les pansements ; les vaccinations ;la PF ;etc.

Le CSB exécute des actions de promotion de santé, prévention, de diagnostic et de traitement standardisé des troubles mineurs parallèles selon la définition de l'OMS

Ces CSB sont caractérisés par la faiblesse du taux de fréquentation, l'état de délabrement avancé des bâtiments. La vétusté des équipements et l'insuffisance des équipements; l'insuffisance du budget de financement des médicaments essentiels.

8.2 Les différents types de CSB

A Madagascar on distingue

Le CSBI ce sont des fonctions sanitaires tenues par un personnel paramédical

Le CSBII: ce sont les fonctions sanitaires qui sont tenues par des médecins diplômés d'Etat aidés par des paramédicaux et auxiliaires de santé.

CHAPITRE II: Etude descriptive de la commune

Etude descriptive de la commune en essayant de dégager ses potentialités que ce soit sur le plan physique ou sur le plan social

Dans un premier temps; nous allons voir les caractéristiques de la région pour mieux comprendre le niveau de développement de la commune.

A. Caractéristique de la région

1-Cadre physique

a- historique de la commune

«Le village de Soavina est marqué par l’histoire d’un homme appelé RAMAKA. Au 17^e siècle, Ramaka était le ministre de l’assainissement, de qui venait l’adage «Raha mandalo Ramaka dia may ny tanana» car tous les milieux doivent être propres. Autrefois quant le roi de l’Imerina n’avait plus de riz, il chargea ses soldats d’aller en prendre dans cette partie du royaume. Arrivé au village, les gens ont dit aux soldats qu’ils n’en ont pas suffisamment. Mais ils ont suggéré d’aller en chercher à Andraisisa. Là bas, les militaires ont pu trouver trois sacs et furent contents .Un jour, quand le roi a demandé aux soldats où ils ont montré du doigt à l’actuel village de Soavina. Le roi fut étonné et a dit que c’est un village béni par Dieu, d’où le nom en Malgache: « Soavin’Andriana» qui fut abrégé en « Soavina ».

b- localisation

La commune rurale de SOAVINA se situe dans la partie sud ouest de la ville d’Antananarivo ; et compte parmi les communes du district d’Antananarivo Atsimondrano.

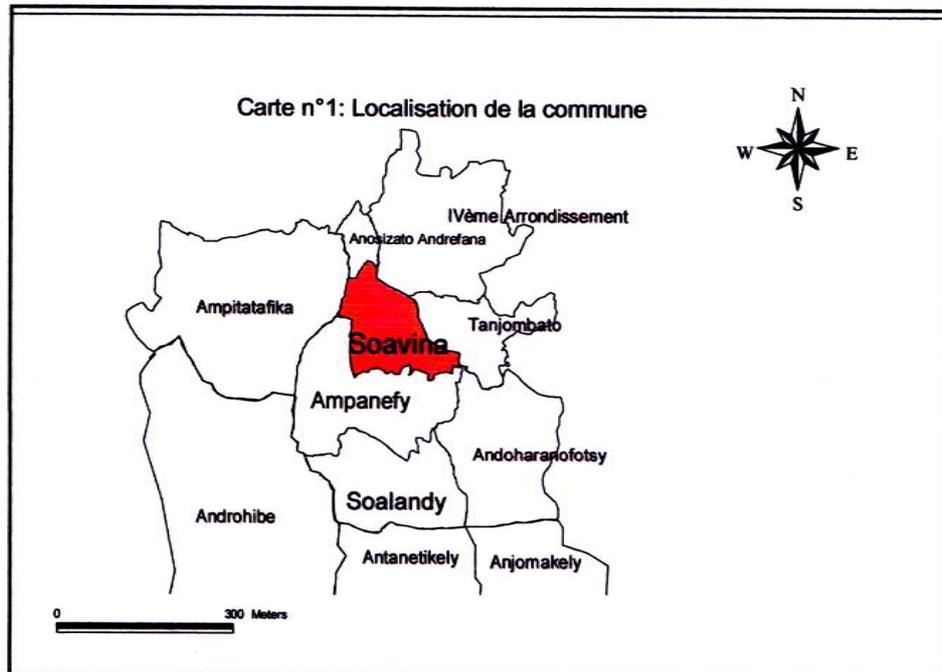
B-GEOGRAPHIE-HYDROGRAPHIE-CLIMAT ET VEGETATION

1) - GEOGRAPHIE:

La Commune rurale de SOAVINA se situe dans la partie sud ouest de la ville d’Antananarivo; et compte parmi les communes du district d’Antananarivo Atsimondrano. Elle est limitée:



- Au Nord: la 4ème Arrondissement Commune Urbaine Antananarivo
- À l'Est: la Commune Rurale de Tanjombato et Andoharanofotsy
- À l'Ouest : la Commune Rurale Androhibe
- Au Sud : la Commune Rurale d'Ampanefy
- Au Nord-Ouest: la Commune Rurale Ampitatafika



Source : Monographie de la commune année 2010

La commune rurale de Soavina recouvre une superficie de 9km² dont le fleuve d'Ikopa limite la partie nord et celle de Sisaony à la partie sud. Elle se trouve à 15km du chef lieu du district et à 5km de l'axe routier RN7 en allant vers l'est.

Compte tenu de sa situation géographique, la commune rurale de Soavina fait partie des communes périphériques appartenant à l'agglomération d'Antananarivo.

b- Le relief et topographie

La commune rurale de Soavina appartient en totalité à la haute terre centrale Malgache. S'étendant sur une superficie de 9km² ; elle se trouve sur la rive gauche de l'Ikopa au sud ouest de la ville d'Antananarivo. La topographie générale de la commune est marquée par deux aspects bien visibles dans l'espace:

Au sud et sud-est, dominé par la colline de Soavina, une butte moins allongée se trouvant isolée dans sa partie orientale et occidentale.

A l'ouest, au nord et dans sa partie orientale, la colline de Soavina se trouve encerclé par une plaine appartenant à la zone de Betsimitatatra. La plaine proprement dite entre 1245-1250m est légèrement surélevée en amont dans la vallée de la rivière Sisaony. Elle est drainée par l'Ikopa et ses affluents (rivière de l'Ankady) sur sa rive gauche et Sisaony sur sa rive droite.

La faiblesse de la pente explique le mauvais drainage, les divagations de rivières et les risques d'inondation en saison des pluies

Les sols et l'utilisation du sous-sol

Les sols ferrallitiques rouges sont prédominants dans la zone

On y trouve trois types de sols:

Les sols squelettiques, sur les roches très résistant, localisés sur les reliefs les plus élevés. On les rencontre dans la partie est et sud-est de la commune .ce sont des sols peu profonds et fragiles, d'assez bonne qualité.

Les sols ferrallitiques rouges, sur les zones à faible altitude de la commune, jouxtant la limite de la plaine. Ce sont des sols plus ou moins acides à vocations agronomiques limitée sur les bas des pentes, le colluvionnement contribue à améliorer leurs aptitudes culturales.

Les sols hydromorphes couvrent la majorité de la plaine de Sisaony. Ils sont caractérisés par leur carence phosphore. Cependant leur amendement est possible .Ils présentent une valeur culturale moyenne à bonne.

Dans la commune, le prélèvement de sable de rivière sur les berges de la rivière Sisaony occupe une frange importante de la population riveraine, mais risque de fragiliser les digues et de compromettre l'avenir de la riziculture de cette zone, voire même de celle en amont.

L'exploitation de tourbe et d'argile pour la confection artisanale de briques et tuiles est pratiquée en maints endroits de la plaine, surtout sur la partie occidentale de la commune et notamment depuis quelques années où la pluviométrie est déficitaire et l'entretien du réseau principal d'irrigation délaissé.

c- Hydrologie

La commune rurale Soavina est drainée à l'ouest par la rivière Sisaony, à l'Est par la rivière Ikopa et ses affluents comme la rivière de l'Ankady.

La Sisaony conditionne la mise en valeur de la vaste plaine occidentale de la commune. Depuis quelques années, les variations entre hautes et basses eaux deviennent de plus en plus capricieuses, suite aux changements du régime climatique. Ces variations se manifestent par un risque accru de rupture des digues pendant la saison de pluie et l'assèchement prématuré de la plaine peu de temps après la saison pluvieuse.

Dans la partie orientale de la plaine, les vestiges de la briquelette laisse place à divers plans d'eau, marais et étangs, des véritables gîtes de moustiques et foyers de bilharzioses en saison chaude.

d- Climat et végétation

d.1.Le climat

Le climat est du type tropical d'altitude caractérisé par l'alternance d'une saison chaude et pluvieuse de la mi-avril, d'une saison quasi-sèche et fraîche de la mi-avril à septembre et d'une intersaison chaude et sèche d'octobre à la mi-novembre

Cette saison division générale de l'année doit être nuancée par l'effet de l'altitude qui influe sur les températures et la dissymétrie du relief qui entraîne des différences entre les versants au vent et sous le vent.

d. 1.a-température

La température minimum absolue se situe au mois de juin avec $06^{\circ}6C$ tandis que la température maximum absolue se présente en octobre avec $31^{\circ}1 C$. Mais la température moyenne absolue se trouve en janvier avec $23^{\circ}5C$.

En raisonnant sur les températures moyennes, le minima moyen est de $10^{\circ}9C$ au mois de juin et le maximum moyen se situe entre le mois de janvier et avril avec $21^{\circ}9C$. L'amplitude annuelle n'est donc pas très forte avec une forte fourchette entre $4^{\circ}6C$ à $6^{\circ}6C$.

Paradoxalement, les écarts journaliers sont beaucoup plus élevés. En juin, juillet, on peut grelotter le matin avec moins de 7°, se retrouver à midi avec une température tournant autour de 200 et ressentir la fraîcheur dès que le soleil décline vers 16 heures.

d. 1 .b- Les précipitations

80 à 97% des pluies annuelles tombent durant la saison chaude et pluvieuse d'octobre à avril tandis que le reste en quantité infime de mai à septembre. Cette tendance générale doit être nuancée car les écarts peuvent être importants d'une année à l'autre et même sur une décennie.

Les observations sur la décennie 1990-2000 révèlent une tendance à la diminution de la hauteur annuelle des précipitations.

Durant la période considérée, le total des pluies a été de 1 359mm en 1 54j ours. En saison chaude la présence de zones de convergence intertropicale dans l'hémisphère sud, chaque mois d'été reçoit plus de 100 mm d'eau, le maximum se plaçant en décembre, ou janvier février, parfois mars. Les pluies tombent sous forme d'averses orageuses, en fin d'après midi: La montée de la température durant la journée entraîne la formation de masses nuageuses, des accumulations de cumulo-nimbus porteuses de pluie.

En saison fraîche, les pluies tombent sous forme de bruine, de brouillard ou de crachin plus ou moins persistant provoquées par la baisse de la température et la remontée des alizés du sud-est.

Le brouillard matinal s'estompe progressivement, le ciel est dégagé et un beau soleil vient réchauffer le froid de l'hiver qui reprend ses droits en fin de soirée.

d.2 -végétation

En général, la végétation naturelle est très pauvre. La végétation herbeuse à aristida (horoda) domine l'ensemble des «tanety»? Cette formation ouverte n'a qu'une faible valeur fourragère.

Le peu d'arbres fruitiers: manguier (mangifera), goyavier (psidium), pêchers, bibassiers et avocats se retrouvent aux alentours des cultures de case.

En général, le milieu naturel de la commune rurale de Soavina offre des possibilités moyennes en termes d'aménagement: l'immensité de la plaine avec ces vastes rizières présentent une forte potentialité économique non négligeable. Cependant, son exploitation est conditionnée par la maîtrise de l'eau ainsi que la fertilisation des sols et est, en outre, menacée par l'engouement vers la briqueterie d'un côté, et le prélèvement excessif de sable, de l'autre enregistrés ces toutes dernières années. Le grignotage progressif de l'espace rizicole par l'expansion urbaine, les remblais, l'enlèvement de terre quitte à raser des collines accentue les risques d'inondation.

2-Cadre humain

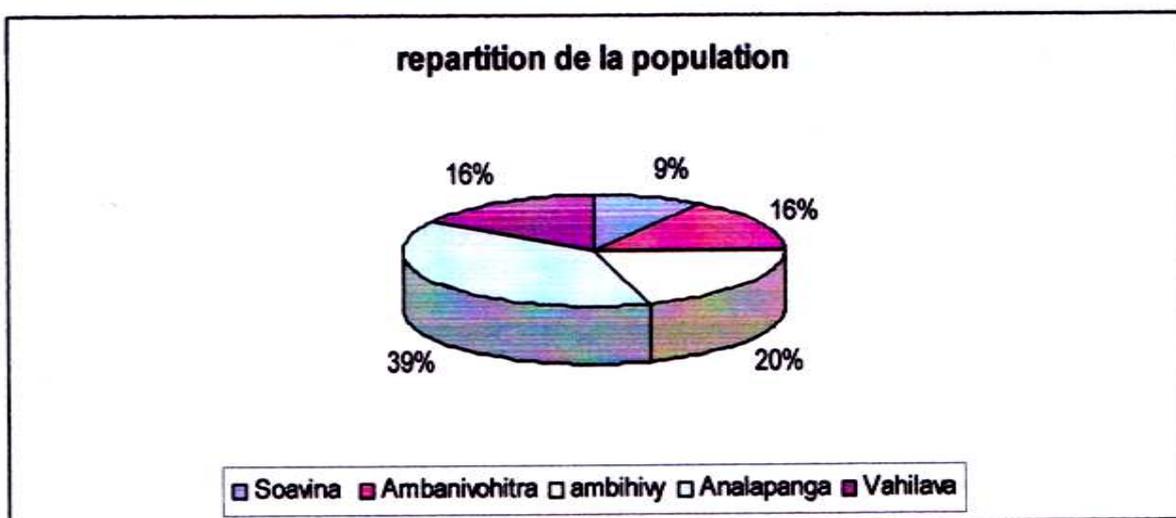
2.a La population

Avec une densité de 134 habitants au kilomètre carré, la population de la commune rurale de Soavina comprend une population totale estimée à 12476 en 2009; elle est répartie dans l'espace d'une manière plus ou moins équilibrée.

La commune rurale de Soavina se répartit en 5 fokontany qui sont:

- Soavina
- Ambanivohitra
- Ambihivy
- Analapanga
- Vahilava

Figure n°1 répartition de la population



Source : Monographie de la commune, année 2010

2-b Etat civil

Pendant les 4 dernières années, le tableau ci après résume la répartition de la population de la population selon le nombre de naissance et de décès

Tableau n°2: Répartition socio économique de la Commune

rubrique	2005	2006	2007	2008
population	9430	9952	12066	12476
naissance	319	345	356	314
décès	25	36	22	15

Source : monographie de la commune, année 2010

Taux de natalité : 23 pour mille

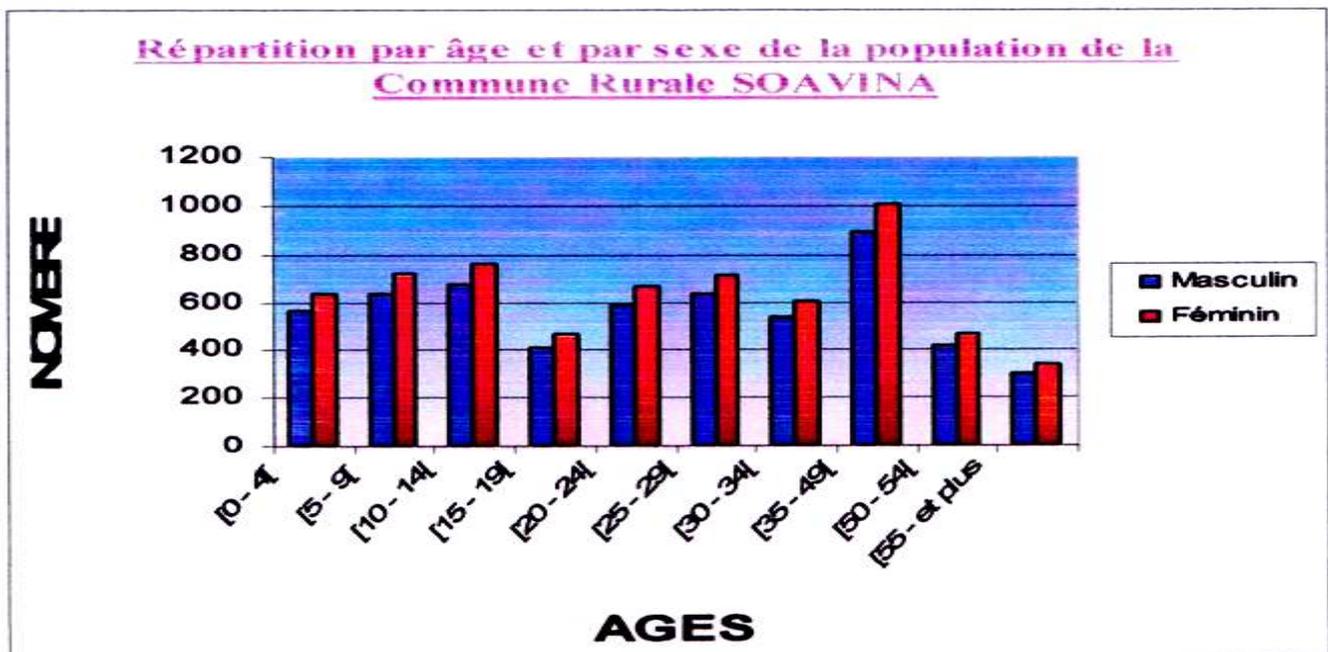
Taux de mortalité: 13 pour mille

3-Répartition par classe d'âge et par sexe

Le graphe ci-dessous montre la répartition par classe d'âge et par sexe de la population de la commune.

La distribution par genre montre que le sexe féminin occupe 53% de la population locale

Graphe n°1/ Répartition par classe d'âge et par sexe de la population



Source : Monographie de la commune, année 2010

L'allure du graphe fait ressortir les principales caractéristiques suivantes:

Un rétrécissement au fur et mesure que l'on avance les âges élevés.

Les jeunes de moins de 15ans constituent 33% et les personnes âgées de 55ans et plus représentent 12% de la population totale. Presque la moitié de la population a un age inférieur à 25ans .Le pourcentage des personnes d'âge économiquement actif, c'est-à-dire 15 à 59 ans représentent 61% de la population.

Par ailleurs, le nombre d'inactifs (0 à 14ans et 65ans et plus)est plus important 39%.En d'autre terme, l'effectif de la population non active à la charge des personnes actives est assez élevé. En effet, on constate que 100 personnes d'âge actif (15à59) prennent en charge au moins 139 personnes dépendantes (moins de 15ans et plus de 60 ans)

Taille des ménages

Le ménage est en moyenne composé de 6,4 personnes

C -DEMOGRAPHIE

Tableau n°3 Répartition de la population

FOKONTANY	SUPERFICIE	POPULATION	ELECTEURS
SOAVINA		1187	535
AMBANIVOHIRA		2097	926
AMBIHIVY		2698	1 473
ANALAPANGA		3710	1547
VAHILAVA		2033	995
TOTAL		11 725	5 476

Source : monographie de la commune, année 2010

Pour un total de 11725 âmes, la population de la Commune dans sa majorité est jeune. En effet, à voir le nombre des électeurs, l'âge requis pour effectuer le vote étant en général de 18 ans, à l'exemple de la population du fokontany de Vahilava, pour une population totale de 2033 individus : hommes et femmes, ne comprend que 995 seulement d'électeurs, c'est-à-dire seulement 48,95% des habitants ont 18 ans et plus.

Tableau n°4 : Répartition de la population par tranche d'âge et sexe

TRANCHE D'AGE	0 à 5ans		6 à 17 ans		18 à 60 ans		61 et plus		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	
FOKONTANY									
VAHILAVA	170	252	281	341	400	554	20	15	2033
ANALAPANGA	248	315	511	534	956	1031	58	57	3710
SOAVINA	91	86	178	167	312	318	15	20	1187
AMBANIVOHIRA	164	172	328	309	515	512	39	58	2097
AMBIHIVY	235	211	195	199	756	892	98	112	2698
TOTAL	908	1036	1493	1550	2939	3307	230	262	11725

Source : monographie de la commune, année 2010

Cette monographie montre cette inégalité de répartition de la population en âge. En effet, si nous avons à dresser la pyramide des âges de la population : l'aspect sera celui d'une figure à base élargie. Ce schéma dénote une démographie mal maîtrisée. Une des caractéristiques également de la fragilité de l'économie car la population active étant moins nombreuse, cette situation impactera bien sur sur l'économie domestique. Les bouches à nourrir étant de loin très nombreuses, les femmes devraient s'adonner à des activités génératrices de revenus. Ce qui va l'obliger à sortir loin du foyer, et laisser livrés à eux-mêmes leurs enfants. La conséquence est bien sûr la précarité sanitaire de ces jeunes qui seront à la merci d'une moindre maladie.

DEUXIEME PARTIE
Cadre pratique de la recherche

CHAP III : Généralités sur le Travail social

I. Le travailleur social

1 .définition

Le travailleur social est un terme générique pour désigner un ensemble de métiers œuvrant dans le domaine de l'action sociale au sens large. Il se retrouve sur la première place pour gérer, comprendre, et aider à résoudre les besoins de ses publics.

En effet, il doit généralement répondre à un ensemble de missions définies par l'institution qui l'emploie, souvent dans le but de faciliter l'insertion d'individus.

Le travailleur social intervient auprès des personnes, des familles, des groupes et des collectivités. Par ses conseils ou par les projets qu'il met en place, il cherche à prévenir les inégalités d'accès aux biens et aux services, à faciliter l'adaptation des individus à leur environnement et à résoudre ou réduire certaines difficultés d'ordre social. Il aide à clarifier les besoins des personnes, à cerner la source de leurs problèmes, à retrouver et à mettre en œuvre les solutions qui leurs conviennent, à faire valoir leurs droits, à effectuer des changements sociaux et à influencer les politiques sociales.

L'expertise d'un travailleur social et d'un thérapeute conjugal et familial se distingue, notamment, par leur mode d'intervention basé sur l'approche systématique. Alors que la plupart des intervenants ont une approche centrée « sur un individu, un problème », ces professionnels tiennent compte du contexte social de la personne, que ce soit dans son milieu de travail, familial ou son entourage de façon plus générale.

En travaillant en étroite collaboration, ils sont ainsi en mesure d'intervenir à la fois sur le problème, sur ses effets et sur ses origines. Cette approche procure des résultats à ce point intéressants, qu'elle est de plus utilisée par d'autres professionnels. La psychothérapie, le counseling, le coaching, et l'intervention familiale, la relation d'aide et la réadaptation psychosociale, font partie des types d'interventions pour lesquels les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux exerçant en pratique autonome accredités comme médiateur familial.

Sa pratique se base sur des principes d'autodétermination, de réduction des inégalités sociales, d'amélioration de la qualité de vie et de défense des droits. Ceci pour tendre à une Société où chacun aurait pleinement sa place en rendant les individus acteurs de leurs propres actions.

La santé est aussi une des préoccupations des travailleurs sociaux

Le Travail social est une activité qui vise à aider l'adaptation des individus et de leur milieu social en utilisant des techniques pour permettre aux individus, aux groupes de faire face aux besoins et de résoudre leurs problèmes dans une société en constante évolution.

2. Les rôles des travailleurs sociaux face aux différentes maladies

- Le service social est l'ensemble des efforts visant:
- A soulager les souffrances (assistance palliative)
- A remplacer les individus dans des conditions (sociales)
- Normales d'existence (assistance curative ; réhabilitation)
- A prévenir les fléaux sociaux (prévention ; l'hygiène sociale)
- A améliorer les conditions sociales (prévoyance sociale)
- La politique sociale

3. Le but du service social

Aide les individus à:

- Aider l'homme, la femme et l'enfant à surmonter leurs difficultés ou leurs peines
- Aider les communautés
- A surmonter leurs besoins économiques ; sociaux et culturel
- Prendre en main eux même la solution de leur problème

4. Les méthodes et techniques

1. Etude de cas
2. La détermination des besoins
3. La planification (soins immédiat palliatif ou curatif)
4. La mise en œuvre du plan d'action (travail solitaire ou travail d'équipe)
5. L'évolution des résultats (résultat obtenu)

5. Limites de l'action

Le sentiment d'impuissance ne manque pas d'occasions pour naître et se développer quand le travailleur social est confronté à des personnes toujours plus nombreuses et/ou aux difficultés toujours plus grandes.

La collaboration de diverses compétences, autant que la mise en réseau des intervenants et des institutions. Dans un contexte critique, face à des situations de détresse profonde, le travailleur social peut avoir le sentiment de bricoler et même d'être instrumentalisé:

«Nous posons seulement des cataplasmes pour que les gens n'explorent pas»

Cependant les priorités politiques variables, la concurrence et le fractionnement institutionnel, la charge sur les finances publiques, etc, peuvent quotidiennement remettre en question cet idéal et les possibilités de le voir se concrétiser valablement.

6-L'analyse des problèmes et des besoins

Ce type d'analyse est indiqué dans deux circonstances:

1-dans le cadre d'une démarche visant à déterminer des priorités l'analyse des problèmes et des besoins sert à compléter la problématique sanitaire c'est-à-dire le recueil d'information qui sera soumis aux premières décisions.

L'analyse sert ici à documenter les items qui seront classées par ordre d'importance

2-Dans le cadre d'une démarche de programmation pour un problème donné, une analyse poussée de ce dernier sert à définir les principaux éléments du programme de santé

La démarche proposée par la santé communautaire correspond aux fonctions suivantes

- identifier les problèmes de santé de la population et en établir un ordre de priorité
- concevoir et mettre en œuvre des programmes pour répondre à ces problèmes
- évaluer l'impact des programmes sur la santé de la population.

7-Classification de ces facteurs à risque

A l'aide des quatre catégories de déterminants de la santé

En santé communautaire, les programmes de santé sont ordinairement définis selon trois dimensions

1-Les programmes de promotion de la santé et de prévention en regard d'un aspect de la santé

Exemple: santé mentale, santé dentaire, maladies infectieuses, maladies cardiovasculaires, accidents, suicide

2-les programmes concernant un milieu du travail, centres d'accueil, prisons, environnement, domicile, etc...

3-Les programmes s'adressant à des populations cibles

Exemple : mères, enfants, adolescents, adultes, personnes âgées, personnes ayant tenté de se suicider, handicapés physiques et mentaux.

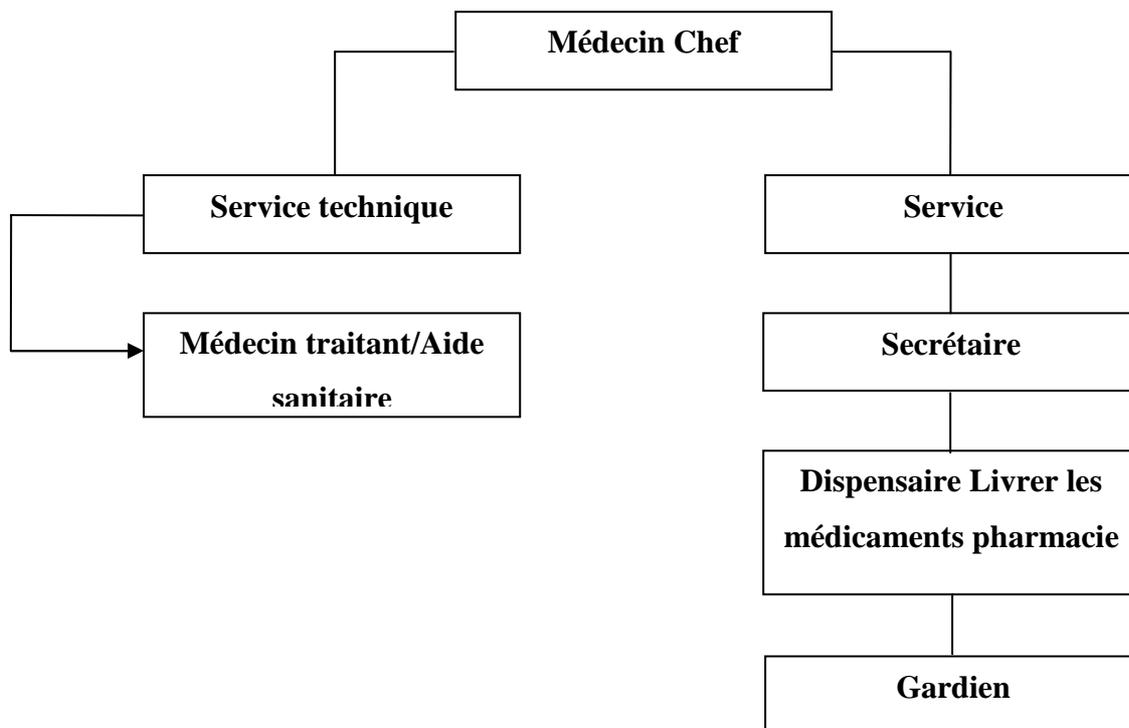
Dans le domaine de la santé; La commune rurale de Soavina a déjà eu un centre de santé de base niveau II provisoire qui se trouve au bâtiment de la commune dans le fokontany de Soavina. Le CSBII comporte 5chambres dont une pour le Médecin chef; une pour la pharmacie; une pour le médecin traitant; une pour le Dispensa taire; et une pour la secrétaire.

La ressource financière du CSB provient du Ministère de la santé. Pour le moment le CSB n'a pas encore de maternité ni de sage femme.

Les ressources médicamenteuses proviennent du Ministère et les ressources matérielles proviennent de la commune et de don des organisations.

II- Organigramme du CSB

ORGANIGRAMME DU CSB II



III. Ressources humaines du CSBII de SOAVINA et les attributions Médecin chef

- Ses principales activités consistent à faire des consultations médicales externes.
- Prend des mesures appropriées pour la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies.
- Elabore le plan d'action pour le programme sanitaire local.
- Emet son avis sur toutes les demandes de congé annuel, les demandes d'autorisation d'absence et d'affectation formulées par le personnel placé sous ses ordres.
- Formule toutes les propositions utiles et adresse des comptes rendus des activités du centre à qui de droit.

Médecin Traitant

Le médecin traitant s'occupe des soins et prend aussi des mesures appropriées pour la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies.

Dispensa taire

S'occupe de livraison des médicaments c'est-à-dire c'est la pharmacie

Secrétaire

S'occupe des rendez-vous ainsi que les différents papiers d'autorisations provenant du médecin chef.

Gardien

Surveille le centre ainsi que la commune

Ressources humaines

Médecins : 2

Aide sanitaire: 1

Secrétaire: 1

Dispensa taire: 1

Gardien: 1

III. a Les activités de prévention et les promotionnelles Vaccination

Les femmes enceintes constituent un groupe à risque. Elles doivent être protégées à priori contre le paludisme car le paludisme est grave chez la femme enceinte surtout chez les

primigestes. Cette affection peut être associée à des infections placentaires graves et à une sous alimentations du fœtus prédisposant à l'augmentation de la mortalité infantile.

L'importance des matrones ou Renin-jaza dans la vie de nos ancêtres montre bien que ces dernières se soient beaucoup préoccupées de la santé de la mère et de l'enfant.

III. b La structure de système de santé à Madagascar

Le calendrier de vaccination BCG et ROU VAX pour les femmes en âge de procréer

Le centre de santé comme les autres centres est un élément sanitaire périphérique dans le système de santé. Il s'efforce d'atteindre l'objectif «santé pour tous» en pratiquant les activités visées curatives et préventives.

Les vaccinations et les soins de santé maternelle et infantile sont les principaux motifs de fréquentation de l'an 2000 ainsi on note qu'au cours de cette années les principales causes de la morbidité sont: les affections respiratoires, le paludisme, les maladies diarrhéiques, les helminthiases intestinales et les affections bucco-dentaires.

III. c TABLEAU N°5 : Infrastructure sanitaire

Formation sanitaire publique	Personnel médical		Consultation mensuelle
	Médecin	dispensateur	
CSBII (provisoire)	01	01	227

Source: monographie de la commune année 2010

- nombre d'évacuation sanitaire: 11

- taux de mortalité infantile : 07 (moins d'1ans)

- consultation totale (de janvier au décembre) :2850(237/mois)

III. d TABLEAU N°6/Les maladies courantes de la commune

Types de maladie	Malades	Pourcentage
Infection respiratoire aigue	909	36.33%
Infection cutanée	94	3.75%
Paludisme	75	2.99%
Diarrhée+ dysenterie	171	6.83%
Autres (trouble digestif, neuroendocrinienne gynécologique)	786	31.41%

SOURCE : monographie de la commune, année 2010

III .e TABLEAU N°7 : les taux de couverture vaccinale

VACCIN	BCG	DTC	VAR	VAT
TAUX	89.93	94.91	88.13	53.38

Source : monographie de la commune, année 2010

- la taux d'utilisation en consultation prénatale: 31
- le nombre total de matrone au niveau communal : 4
- le nombre de guérisseurs : 9

Tableau n°8 : Distribution par âge de la population d'enquête

fokontany / Tranche d'âge	17 à 20ans	20 à 40ans	40 à 60ans	60ans et+	TOTAL
Vahilava	02	03	01		06
Analapanga	02	04	02		08
Soavina	03	05	02		10
Ambanivohitra	02	03	02	01	08
Ambihivy	02	04	01	01	08
TOTAL	11	19	08	02	40

Source: enquête personnelle, année 2011

Le tableau ci-dessus montre la distribution par âge de la population d'enquête ; ce qui vérifie que la majorité des enquêtés sont des jeunes mais aussi quelques adultes car ce sont les seuls qui sont motivés par l'enquête

Tableau n°9: Distribution par sexe de la population d'enquête

Fokontany / sexe	Masculin	Féminin	Total
Vahilava	01	05	06
analapanga	04	04	08
Soavina	04	06	10
ambanivohitra	05	03	08
Ambihivy	06	02	08
Total	20	20	40

Source: enquête personnelle, année 2011

Ce tableau montre la distribution par sexe de la population d'enquête; ce tableau vérifie que le nombre des enquêtés de deux sexes sont proportionnelles.

Tableau n°10 Niveau d'étude de la population d'enquête

Fokontany classe	PRIMAIRE	SECONDAIRE	LYCEE	UNI VERSITE
Vahilava	03	01	02	
Analapanga	06	01	01	
Soavina	04	02	02	02
Ambanivohitra	06	02		
Ambihivy	04	03	01	

Source: enquête personnelle, année 2011

Le niveau d'étude des enquêtés se tournent vers la classe de primaire surtout en classe de dixième ce qui explique l'augmentation des analphabètes et l'augmentation des jeunes sans activités et ils ont un peu du mal à répondre aux questions.

CHAP IV : Exemple de maladie existant dans la commune: comme type de maladie: la malnutrition

L'une de priorité pour chaque individu est la santé ; à toutes les époques ; bien manger est l'assurance de se maintenir en bonne santé. Bien manger signifie manger des aliments adaptés à sa constitution et à son style de vie c'est-à-dire manger de la nourriture équilibrée. Dans toutes les diététiques de déséquilibre alimentaire favorise l'apparition de troubles alimentaires, voire des maladies (cancer, maladies cardio-vasculaires,...)

La santé représente une des sources de développement pour tout pays; alors la consommation de la nourriture équilibrée permet de prévenir le risque de la malnutrition.

La malnutrition a toujours été l'un des problèmes majeur à Madagascar surtout dans les campagnes. Fin 2008, la banque mondiale relevait que 35% des décès des enfants de moins de 5ans étaient liés à celle-ci. Depuis 2004, l'Etat Malgache avec l'appui notamment de cette même institution a mis en place 5550 centres communautaires de nutrition dans tout le pays, malgré notamment de diffuser les bonnes habitudes nutritionnelles.

Pour toucher un maximum de personnes,les agents du PNNC font du porte à porte avant chaque séance de démonstration culinaire où règne une grande animation.

En effet, la grande majorité des paysannes ont remplacé le riz par du manioc dont la teneur en protéines est plus faible or, les protéines appelées parfois « briques de la vie» sont indispensables, notamment pour les enfants en période de croissance.

Face à ce fléau qui ne cesse d'apparaître, l'Agent de santé ainsi que le travailleur social ont des obligations envers la population cible. Leurs actions au niveau des cibles peuvent éliminer la famine à Madagascar. Leurs activités sont surtout de réduire la mortalité infantile car le plus touchés est les enfants de 0 à 5 ans.

Les actions de ces deux acteurs sont complémentaires face à la malnutrition:

Parmi ces activités : sensibilisation, mobilisation sociale

Sensibiliser les gens à manger de la nourriture saine

Information, éducation, communication(IEC)

Faire de la démonstration culinaire

Distribuer de la vitamine A et des médicaments anti-parasitaires au niveau du FKT

Faire du VAD pour savoir les cas des enfants malnutris

Peser les enfants de 0 à 59 mois

Donner de conseils pour les femmes allaitantes; femmes enceintes et les jeunes filles de 13 à 20 ans

Faire des enquêtes

Faire du dépistage

1. Le dépistage systématique

L'identification des cas de malnutrition aigue doit s'effectuer à 3niveaux

Dans la communauté : agent communautaire du PNNC

Dans les structures sanitaires du MINSAN, PF, PS, CSB, et hôpitaux (CHD, CHRR, CHU)

En situation d'urgence à travers des équipements mobiles capables de mener des activités de dépistage de massif avec la collaboration des agents de santé villageoise (ASV)

2. Le dépistage dans les sites du PNNC de chaque FKT

Le PNNC est un élément clé pour l'identification précoce des enfants à risque de MA. Les activités de suivi de la croissance dans les FKT représentent donc la première étape du dépistage de la MAS

L'indice utilisé par ce programme (indice poids/âge dit PA) même si il est recommandé pour suivre la connaissance des enfants; il ne mesure pas directement l'apparition d'un épisode de MA c'est pourquoi, la mesure du périmètre brachial(PB) devrait être effectué sur tout enfant entre 6 et59mois se représentant dans un site PNNC par la pesée dans les deux cas décrits ci-dessous

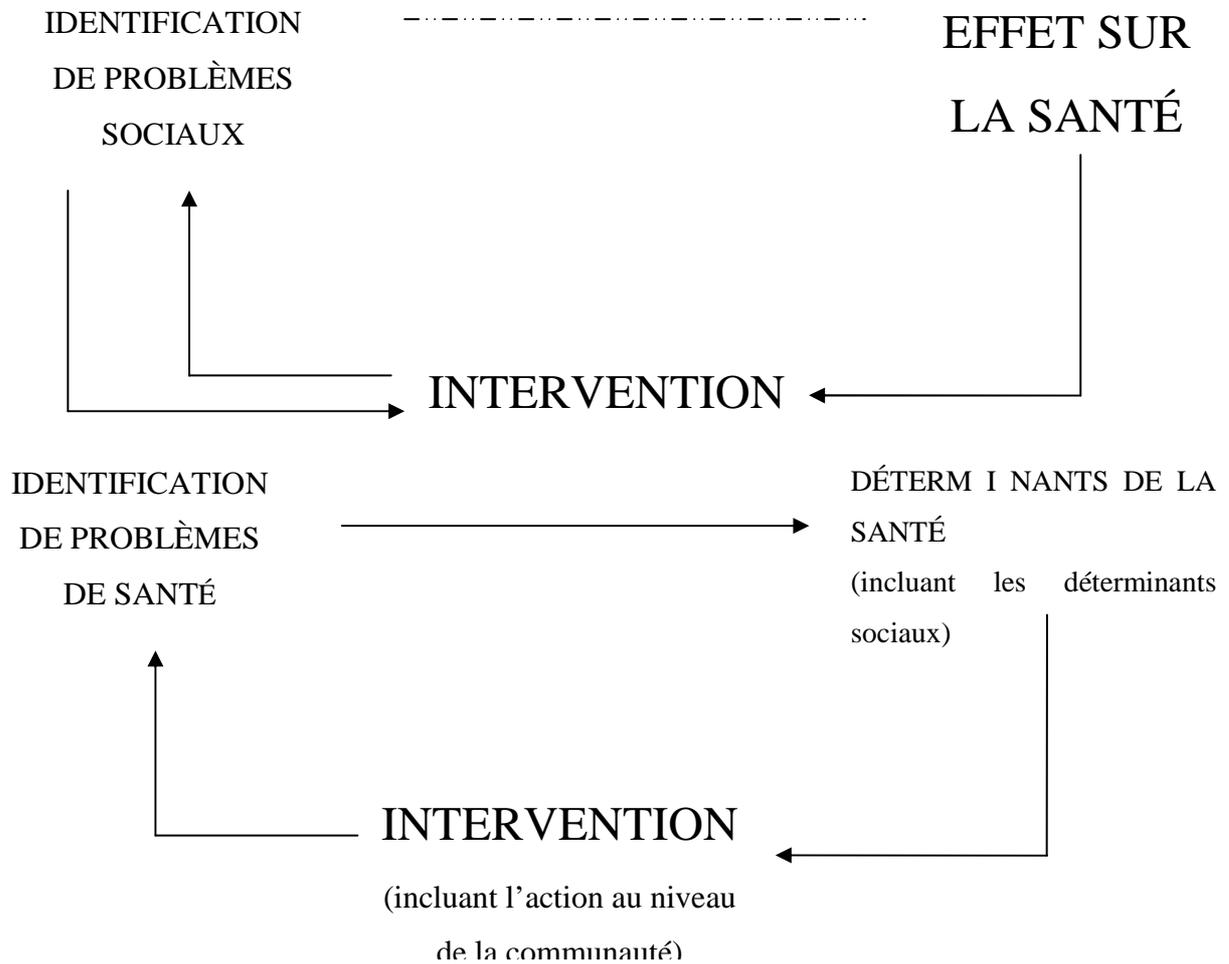
Si l'enfant ne prend pas de poids de façon régulière

S'il souffre d'un amaigrissement récent

Cette mesure est en relation directe avec l'amaigrissement et détecte aussi les enfants à haut risque de mortalité de même les œdèmes doivent être recherchés à chaque consultation PNNC

SI l'enfant présente un PB inférieur à 110 mm il sera directement référé au CSB le plus proche pour être pris en charge selon le protocole CRENAS

3. L'approche préconisée par les services sociaux à la planification et à la programmation sanitaires



Ce sont là, évidemment, deux modèles types, qui peuvent ne pas se présenter tel quel dans la réalité; néanmoins, ils représentent deux tendances réelles et le planificateur de la santé doit se positionner par rapport à ces deux pôles. Un premier point est clair: l'objet de la planification sanitaire est la santé. Par ailleurs, les interventions proposées doivent prendre en considération tous les déterminants de la santé, même ceux qui se trouvent à l'extérieur du système de soins. Enfin, le planificateur de la santé doit se préoccuper de l'effet attendu ou démontré des mesures qu'il propose sur la santé. Dans ce sens, les deux modèles représentent, pour le planificateur, des approches complémentaires. La première lui permet de garder le cap sur la santé, alors que la deuxième enrichit son répertoire d'actions possibles.

4. L'épidémiologie

L'épidémiologie étudie la contribution des problèmes physiques et mentaux de la population et analyse les facteurs étiologiques reliés à ces problèmes conduit inévitablement à prendre en considération les caractéristiques sociales et démographiques des environnements dans lesquels ces problèmes sont observés tout autant que les antécédents personnels des individus affectés.

Des variables comme la classe sociale, le sexe, la race, l'occupation, l'éducation, le revenu et le statut marital sont souvent considérées comme des facteurs associés à l'émergence des perturbations physiques et mentales.

Le second modèle est inspiré des sciences sociales. Il aborde d'emblée la question des déterminants de la santé puisque c'est davantage l'objet d'étude de ces disciplines. Implicitement bien sur, l'on postule que des liens existent entre la santé et ses déterminants, et que toute action entreprise au niveau des déterminants aura un effet sur la santé. Par ailleurs la démarche ne prend pas en considération le lien de «causalité» démontré entre la santé et les facteurs déterminants ni l'effet démontré des interventions sur la santé le modèle s'attache surtout à la description de l'habitat humain et des environnements, ainsi qu'à l'analyse des interrelations entre les éléments caractéristiques de ces environnements ou «territoires naturels» se fait à l'aide de différentes variables telles les traits topographiques (rivières, usage des terres), les attributs sociodémographiques des résidents (âge, race, sexe, ethnie, revenu, éducation, occupation, modèles de famille), les facteurs populationnels (distribution, densité, morbidité, migration, l'emplacement et la distribution des institutions ainsi que les indicateurs de santé et de bien être social tels que la mortalité, les enregistrements de crimes, arrestations et suicides, et la prévalence des abus d'alcool et de drogue.

5. Tableau n°10 /Tableau de répartition des activités du travailleur social et de l'agent de santé au niveau de la population cible

CIBLES	ACTIVITES
Enfants Femmes en âge de procréer	Nutrition: éducation, surveillance , récupération Programme élargi de vaccination Education sanitaire Prise en charge des enfants sévèrement malnutris
Femmes en âge de procréer	IEC et prestation de services en planning familial IEC prévention des IST-SIDA
Communautés rurales	Education environnementale (hygiène, assainissement) Programme de nutrition communautaire Appui technique pour la réhabilitation des centres Opération latrine à gestion communautaire Campagne en santé: vitamine A, vaccination

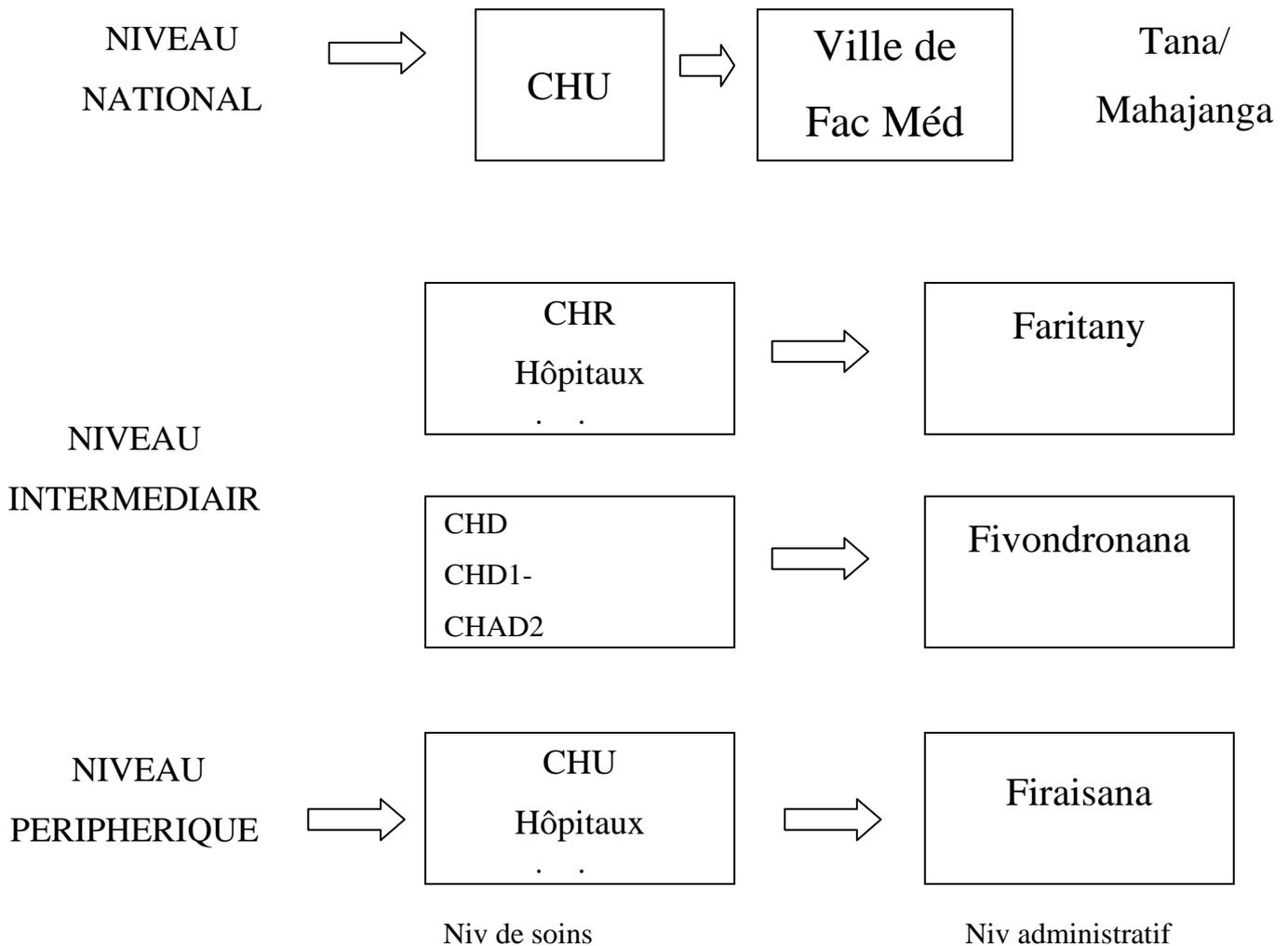
Source: enquête personnelle, Année 2010

La pratique de médecine traditionnelle reste encore vivace et qui a un impact sérieux sur l'état de santé de la population surtout les mères et les enfants .Cette situation se justifie par la pratique prépondérante des matrones en cas d'accouchement, de circoncision ou de petite chirurgie.

Pourtant depuis longtemps les tradi-praticiens participent fortement au développement de santé de la population surtout dans les campagnes; on peut constater ça dans la commune rurale de Soavina. A partir de l'arrivée des cultures urbaines diffusées dans notre pays avec une idéologie évolutionniste, ils sont de plus en plus marginalisés. Les moyens, les remèdes et les méthodes qu'ils utilisent suivent souvent les traditions c'est pour cela que leur actions sont à la fois un moyen de prendre en charge la santé et aussi une reproduction culturelle. Ils sont souvent mal jugés par les gens surtout les médecins. Or, les soins qu'ils offrent sont souvent efficaces par rapport à ceux des services publics.

La fidélité des gens qui visite les Guérisseurs traditionnels (Masy) ainsi que les Matrones (Renin- jaza) ; prouve l'efficacité de leur intervention.

Structure du système de santé



Source: Guide de la santé, année 2000

La structure du système de santé à Madagascar se caractérise comme suit:

Au niveau national:

Le CHU ou Centre Hospitalier Universitaire qui se localise dans la ville d'Antananarivo ou de Mahajanga; Il est conçu par la Faculté de médecine.

Au niveau intermédiaire

Le CHR ou centre hospitalier régional qui se trouve dans les provinces

Le CHD ou centre hospitalier de district qui se trouve à Itaosy

Il se caractérise en deux:

Le CHD I ou centre de district niveau I et le CHD II ou centre de district niveau II

Conçu par les fivondronana

Niveau périphérique: le centre de santé de base

Il existe deux types de Centre de Santé de Base ou CSB : le centre de santé de base niveau I et le centre de santé niveau II qui se trouve au niveau de la commune.

6. Tableau n°11/Tableau de comparaison entre le travailleur social et l'Agent de santé

	Agent de santé	Travailleur social
Critère	quantité	qualité
Rôles	PF - distribution du vit A et du mebendazole - sensibilisation - soins au niveau des patients - activités de prévention, diagnostic et de traitement pour la promotion de la santé de la communauté au premier degré de la médecine courante; considération générale de la santé publique et la politique de soins de santé primaire - examiner les malades - assurer les consultations externes et traitements - assurer les visites systématiques des nourrissons - IEC des mères - consultation - vacciner, mesurer, peser - conseiller les différentes méthodes de	-sensibilisation -enquêteur -identification du malade (diagnostic) -traitement (morale, psychologique) -apporter des soutiens aux malades ainsi qu'au niveau de la population -soulager les souffrances (assistance palliative) -remplacer les individus dans des conditions (sociales) normales d'existence (assistance curative) Réhabilitation) -à prévenir les fléaux sociaux (prévention ; hygiène sociale) -améliorer les conditions sociales (prévoyance sociale) -la politique sociale
Méthode	-Répartition par âge et par sexe des différentes maladies qui frappent la population	-Suivi ; aide morale -étude de cas -détermination des besoins -planification (besoins palliatif) -la mise en œuvre du plan d'action -l'évolution des résultats obtenus immédiat
Buts	Exécuter les actions de la promotion de la santé, prévention, de diagnostic et de traitement des troubles mineurs parallèles selon la définition de l'OMS	-aider l'homme, la femme et l'enfant à surmonter leurs difficultés ou leurs peines -aider les communautés -à reconnaître les besoins économique sociaux et culturel des individus, à prendre en main la solution de leur problème
Profil	Médecins diplômés d'Etat aidé par les paramédicaux et auxiliaire de santé	Etudiant ou travailleur social ayant effectué des études professionnelles en travail social

Source: enquête personnelle et documentation; année 2010

Ce tableau représente les critères, le profil de l'agent de santé et du travailleur social mais aussi les rôles, les méthodes, buts de ces deux acteurs des actions qu'ils font au niveau de la population.

Comme nous constatons dans ce tableau que l'Agent de santé se base souvent sur des indicateurs quantitatifs, mais le travailleur social sur le qualitatif et aussi l'Agent de santé a une logique académique c'est-à-dire explique leur actions au niveau des malades et le travailleur social pragmatique académique cela se voit par les pratiques qu'ils font sur terrains et aussi sur les individus. Le Travailleur social est plus proche des individus car il écoute les problèmes ainsi que les besoins de la population et essaie de trouver des solutions face à ces problèmes et l'agent de santé ne se préoccupe que des malades et des maladies.

7. Généralités sur la santé publique

La santé publique recouvre l'hygiène du milieu et la lutte contre la maladie transmissible. Actuellement la santé publique est utilisée pour évoquer les problèmes concernant la santé de la population et l'état sanitaire de collectivité et le service sanitaire.

Elle s'occupe donc sous tous ces aspects:

- Aspect curatif
- Aspect préventif
- Aspect éducatif

L'objectif de la santé publique est la mise en place du système de santé et d'action de promotion de santé, de prévention de traitement de maladie et de réadaptation des handicapés. N.B: dans la pratique, la santé publique peut être définie comme interface entre le secteur politique et professionnel de santé.

On peut décomposer la santé publique en une série d'action visant chacun des déterminants de santé.

8. Hygiène de l'environnement

Assainissement, approvisionnement en eau potable, lutte contre la pollution Organisation des soins

Ceci concerne toute la planification de structure de santé et des personnels Surveillance de l'état de santé de la population

Qui a une importance politique extrême, car reflète l'organisation de la société. L'égalité des individus devant la maladie et accès aux soins.

9. Organisation de la politique sociale

Qui a comme principe d'assurer une égalité d'accès au soin de tous membres de la société, quelque soit le niveau de son revenu.

10. Les grandes orientations stratégiques

A. Responsabiliser la population sur les actions socio -sanitaires du devant de la localité

Sensibiliser la population sur leur rôle dans les actions socio- sanitaires visant le développement

Donc conscientisation de la population sur les conditions de vie, les causes et les conséquences

- Communication sociale
- Partage d'infection; d'expérience et de vécu entre professionnel de santé et population donc amélioration des liens sociaux
- Education pour la santé
- IEC (Information, Education, Communication)
- Changement socio- culturel facilitant le changement, comportement individuel favorable à la santé donc protection sociale
- La mise en place d'un système d'organisation de la communauté
- L'organisation communautaire s'appui sur un trépied de collaboration (sanitaire) entre formation sanitaire, communauté, autorité locale et leader d'opinion famille pour parvenir à une population en bonne santé et responsable
- Renforcement des compétences des différents responsables à tous les niveaux,
- IEC, CCC
- Responsabilisation de la communauté au stratégie et politique nationale de santé
- Mobilisation et ressources humaines financièrement et matériel
- (au niveau local, régional et national)

11. Utilisation des prestataires prioritaires en santé publique

Promotion de la santé

C'est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

De cette définition découle des stratégies qui dépassent des actions d'éducation pour la santé entre autre « l'élaboration de politique publique saine» et «la création de milieu favorable»

Protection de la santé

Ensemble de dispositif public et privé permettant aux ménages et aux communautés de réduire leur vulnérabilité et de mieux gérer les risques et les chocs.

Elle a pour objectif d'améliorer la généralité de vie des couches vulnérables et aident à sortir du cercle vicieux de la pauvreté à travers la mobilisation des entités et non étatique.

Promotion de la santé

C'est un processus qui confère à la population les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

De cette définition découle les stratégies qui dépassent les actions d'éducation pour la santé.

Entre autre l'élaboration de la politique publique saine et la création de milieu favorable.

12. Protection sociale

Ensemble de dispositif public et! ou privé permettant au ménage et à la communauté de réduire leur vulnérabilité et de milieux gérer les risques et les chocs.

Elle a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des couches vulnérables et les aides assortir du cercle vicieux de la pauvreté à travers la mobilisation des entités statiques et non étatique.

1-Domaine d'intervention de la santé publique

Utilisation de prestation prioritaire de la santé publique

Prévention

Mesure destinée à éviter des troubles psychologiques et physiques

Promotion de la santé

Volet curatif (prise en charge)

Réadaptation (prévention tertiaire)

Urgence (gestion des risques et choc pour réduire la vulnérabilité des communautés)

2-Développement des activités de santé publique

Promotion de la santé et de la protection sociale

Mobilisation sociale

3-Agent communautaire

- Amélioration des pratiques familiales en matière de santé et de protection sociale, de nutrition, (ACN), d'Hygiène à travers les VAD, communication de masse et communication inter- personnel (COSAN ou Comité de santé)
- Distribution des produits de base de santé et de nutrition aux familles dans les zones non —accessibles au service de santé
- Assurance, du traitement de première intention dans les zones enclavées
- Contribution aux activités de sur épidémiologique des maladies

4-AQS (Amélioration de la Quantité de Service)

Du point de vue sensibilisation donc exigence de la qualité des prestations

5-Evaluation des actions communautaires

Harmonisation des interventions socio- sanitaire

Coordination des actions impliquant la mise en place d'un comité de pilotage au niveau des FKT (COSAN)

La standardisation sur le recrutement, la formation continue, les documents utilisés, les activités offertes.

Statues et systèmes de motivation

Collecte, analyse, diffusion et utilisation des données (Ressources matérielle et financière)

Suivi, Evaluation des activités communautaires

Le suivi, évaluation doit être en bonne et du forme

Développement d'approche répliquable

Modèle d'approche communautaire pour une participation effective de toutes les parties prégnantes en respectant la spécificité des différentes régions.

Chapitre V : L'Intervention sociale

1-Définition

C'est une appellation intervenant sociale outre que cette notion relativisé le caractère professionnel Elle met l'accent sur le caractère situé et limité dans le temps de la pratique relationnelle contrairement au travailleur, l'intervenant agit ponctuellement à un mouvement donné. Il s'agit de considérer autrui dans une nouvelle perspective selon laquelle l'identité personnelle se l'usager ne peut être référer ni un statut reconnu ni de type idéal (citoyen consommateur) mais proprement partie prenante de la situation; cette notion est à constater dans le moment même de l'interaction: il s'agit de se mettre en relation.

2-Principes de l'interaction sociale

1e principe: l'intervenant social doit d'abord faire de l'imprévisible beaucoup qu'il doit instituer ou confronter des rôles sociaux clairement identifié.

Il ne dispose d'aucun outil spécifique et se voit même priver des entaillages habituels

2ème principe: l'intervention sociale est un affaire d'individualité; le client ne se définit pas autrement que lui-même, c'est une personne singulière souvent en doute d'identité sociale.

3è principe: l'intervenant doit puiser son propre ressource pour tenir et entretenir cette relation

3-Les professions de l'Assistance

C'est la plus ancienne; au XIXe siècle c'était allé au peuple civilisé la classe populaire et conjurer ainsi le péril social. Cette profession s'est développée par la philanthropie et hygiénisme.

Les professions de l'Assistance réinvente sur intendance d'usine et réinvente la solidarité familiale ne pouvant compter que sur l'entraide.

4- Le profession éducative

Apparaît avec la notion enfance inadapté, victime de toxicomanie ; enfance difficile

- Classification médicale: c'est la prise en charge d'enfants anormaux retard scolaire . . . et problème judiciaire (sauvegarde l'enfance)

-orientation para : ce sont les internats, les structures foyers tels les instituts médicaux professionnels, pédagogiques, centre médicaux éducatifs et les dispositifs institutionnels (établissement spécialisé), légitimés dans leur milieu (médecin psychiatrique, pédiatrique, judiciaire) et l'alliance politique.

5-Les professions de l'animation

C'est dernier né parmi les métiers historiques pour offrir des équipements aux quartiers encadrés par les grandes fédérations d'éducation populaire (loisir et service culturel)

inscrit dans les traditions de la démocratisation de l'accès à la culture. Elles doivent leur existence à la découverte du vide sociale (désertification des zones rurales)

Ethimologiquement, animation veut dire donner vie et le qualificatif socio- culturel donne une double préoccupation inhérente à cette entreprise de développement.

EXEMPLE: animation très moderne; récréologie: science de récréation, les centres culturels.

La visée de l'animation sociale c'est la prévention de la délinquance.

6-But de l'interaction sociale

Intervention sociale est un dispositif social destiné à:

Entretien, rétablir ou créer du lien social de l'aide sociale.

Il s'agit d'une action volontariste, politique c'est le cas du travail social.

7-Les fondements de l'intervention sociale

Née de l'action sociale, elle sera structurée par les normes, les valeurs, les symboles et rite d'une société.

a- Les normes

Le comportement agisse en fonction des règles qui sont prescrite ;sans cela la société n'existerait pas, ce sont des obligations sociales de manière générale les normes sont collectives, la particularité et l'intériorisation qu'on a fait l'individu.

Les normes ont aussi pour rôle de participer au système de contrôle social et permettent la vie en groupe.

EXEMPLE : système de sanction

Les normes sont destinés à renforcer un certain nombre de conduite (sanction positive), elle peut aussi rappeler à l'ordre (sanction négative; blâme) La sanction peut être surnaturelle; les normes sont à la base des institutions qui sont un lieu où d'élaborent, s'apprennent les règles valables pour l'ensemble de la société, c'est le lieu de la norme où l'on entretient la conformité

Exemple: avec la famille on apprend à être membre de la famille et par la suite elle devient membre de la société.

Une action sociale fondée devient une norme et née d'une valeur

b- Les valeurs

Une valeur est idéale dans la manière de vivre, de pensée, de sentir, peut être un idéal de qualité, de supériorité ou de transcendance qui s'incarne et se réalise dans le jugement moral (distinction du bien et du mal)

Nos sociétés actuelles sont devenues multi- culturelle, poli- normé; aucune micro société n'est au dessus de l'autre.

La déviance dans l'absolue n'existe pas car il y a des entrepreneurs de la norme de notre société.

TROISIEME PARTIE:

Les problèmes rencontrés ainsi que les solutions

Chapitre VI : Les problèmes de développement

Dans ce chapitre, seront déclinés les différents volets qui composent ce que l'on entend par développement. Les opportunités et les menaces, les points forts et les points faibles seront également revisités pour pouvoir impulser un vrai développement.

1. Population pauvre marquée par des revenus faibles

La commune rurale de Soavina possède d'énormes potentielles socio- économiques, facteurs favorables au développement qui restent sous exploités.

2. Mauvais accès aux services sociaux de base

D'une part, l'insuffisance des équipements au niveau des infrastructures sanitaires, l'insuffisance de l'infrastructure en eau potable dans la commune affecte les conditions de vie de la population, notamment l'état de santé.

D'autre part, la faiblesse du système éducatif et socioculturel a des impacts négatifs sur les jeunes. L'insuffisance d'infrastructures scolaires, le manque de personnel enseignant réduit le taux de scolarisation augmentent aussi le taux de délinquance.

3. L'eau potable

L'eau potable reste un problème de taille pour la population de la commune; les sources ou puits communautaires n'arrivent pas à satisfaire la population. Des efforts d'adduction d'eau potable ont été fait par la JIRAMA et AQUASUR dans le fokontany de Vahilava et de Soavina mais cela constitue encore un défi majeur pour la commune.

4. Hygiène

Le nombre de WC ne correspond pas au nombre de la population. Le nombre des bacs à ordures et des poubelles est insuffisant ou même inexistant. D'après quelques enquêtes qu'on a effectué au niveau de chaque FKT; la crise a fait beaucoup d'effet sur la vie des gens surtout dans le domaine de la santé.

La pauvreté est encore un fléau qui empêche les gens de réaliser leur projet d'avenir; beaucoup des jeunes n'ont pas d'activités ou encore n'ont pas d'occupations et cela entraîne beaucoup de dégât dans leur vie surtout les jeunes filles accouchent à l'âge de 15 ans ; cela est

dû par les manques d'éducation sexuelle et certaines optent pour l'avortement par crainte des regards des autres mais aussi des réactions de leur parents; ce qu'elles ne savent pas ce que l'avortement entraîne des troubles physiques mais aussi psychiques et cela peut être fatale pour eux.

La malnutrition est encore un problème qui mérite d'être résolu; car dans les pays sous-développés comme Madagascar elle est encore un fléau qui tue beaucoup des jeunes enfants surtout dans le milieu rural qu'urbain.

Le manque d'argent, le chômage, du à la crise entraîne la famine. En ce qui concerne l'assainissement, les gens essaient de faire de leur mieux pour avoir une vie saine ;30% environ n'ont pas de latrine et comptent bien en construire et en approvisionnement en eau potable, la commune rurale de Soavina a encore beaucoup d'effort à fournir.

Chapitre VII : Identification des forces, faiblesses, opportunités et menaces dans le domaine de la santé dans la commune

Faire un état des lieux des forces et faibles de la thématique choisie permet d'avoir une analyse objective des actions à entreprendre et à faire. Cela permet également de donner des pistes de réflexions aux dirigeants et aux décideurs politiques.

1. Forces

- Existence des matrones à la place des sages femmes
- Pharmacies à gestion communautaire
- Octroi d'un médecin travaillant dans le CSBII provisoire
- Existence du comité d'appui au secteur santé

2. Faiblesses

- Recours aux Tradi- praticiens
- Peur des médecins
- Manque d'eau potables
- Inexistence de la maternité
- Problèmes d'hygiène et d'assainissement (latrines, poubelle)
- Problèmes d'approvisionnement en médicaments

3. Opportunités

- Existence d'un terrain pour la construction d'un CSBII
- Présence de la croix rouge
- Présence de la SEECALINE
- Présence des activités sportives et de loisirs

4. Menaces

- Absence de sources naturelles en eau exploitables
- Manque de sensibilisation et de prise de responsabilités
- Environnement sale (règles d'hygiène non respectés)

5. Les solutions : Les projets à réaliser dans le domaine de la santé

Tableau n°12/récapitulatifs des projets à réaliser

Projet	Justifications	Objectifs	Indicateurs	Résultats attendus	Activités
Adduction d'eau potable dans les 4 fokontany	-Eau potable insalubre pendant la saison de pluie -population approvisionnée par l'eau de puits non potable -source d'eau insuffisant -puits taris en saison sèche -présence des maladies	Approvisionnement En eau potable	-présence des bornes fontaines -absence des maladies diarrhéiques -amélioration de cadre de vie de la population	-présence des bornes fontaines par fokontany -donner l'eau potable à la population -Amélioration de la santé infantile	-Création d'association des usagers d'eau --Etude de la piste -Appel d'offre -Exécution des travaux -Suivi et entretien des travaux
Construction de CSBII	L'actuel CSBII est provisoire -présence d'un médecin et d'une assistante médicale	- Amélioration de la santé publique -Faciliter l'accès de la population au centre	-CSBII construit -diminution des maladies courantes -taux élevé de nombre des personnes soignées	-Augmenter le nombre de personnes soignées CSBII auprès de la population -Amélioration de la santé maternelle et infantile -Suivi sanitaire de la population	-Création de la commission sanitaire au niveau de la commune -Recherche de bailleurs et partenaires -Appel d'offre -Exécution des travaux -Suivi et entretien des travaux

Source monographie de la commune, année 2010

Ce tableau montre les projets à réaliser dans le domaine de la santé ou encore les solutions proposées pour résoudre ces problèmes qui persistent au niveau de la vie des gens. La réalisation de ces projets devrait réduire le nombre de malades au niveau de la commune.

Chapitre VIII : SUGGESTIONS

Les suggestions nous permettent d'évoluer et de prendre des précautions et de responsabilité face aux différents problèmes.

Beaucoup de jeunes ne vont pas à l'école et n'ont pas d'occupation, et de loisirs; nombreuses sont les filles qui ne vont pas à l'école, il en a même qui n'ont jamais connu l'école et c'est la même chose aussi pour les garçons et cela entraîne beaucoup de risques surtout les filles car elles accouchent à l'âge de 1 Sans cela est du par le manque d'éducation sexuelle pour les jeunes et surtout il n'y a pas de discussion entre parents et enfants, leurs parents sont souvent préoccupés par leur travail et les enfants ne vont pas à l'école alors ils sont libre de faire ce qu'ils veulent.

1. Pour les jeunes

Il faut créer un centre de loisir pour ces jeunes. Sensibiliser les jeunes et leur faire connaître les risques de grossesse précoce. Sensibiliser les parents de consacrer un peu de temps pour leurs enfants.

La pauvreté est surtout la cause de la malnutrition, beaucoup de gens ne mangent pas à leur faim et ne mangent pas des alimentations équilibrée; il y a ceux qui mangent la même nourriture en une semaine donc les aliments ne sont pas variés en n'ont pas de rapport calorique.

Les plus touchés par la malnutrition sont les enfants de 0 à 5 ans et cela entraîne un de retard sur leur croissance.

2. Pour les parents

Sensibiliser les parents de donner aux enfants de la nourriture équilibrée. Les ACN ou Agent Communautaire de la Nutrition devrait faire du VAD ou Visite à Domicile afin de savoir si les parents appliquent vraiment leur counseling.

L'eau potable reste un problème de taille pour la population de la commune; les sources ou puits communautaires n'arrivent pas à satisfaire la population. Des efforts

D'adduction d'eau potable ont été fait par la JIRAMA et AQUASUR dans le fokontany de Vahilava et de Soavina mais cela constitue encore un défi majeur pour la commune.

3. A l'endroit de la population

Il faut donner à la population un approvisionnement en eau potable Construire des bornes fontaines

Le nombre de WC ne correspond pas au nombre de la population

Le nombre des bacs à ordures et des poubelles est insuffisant ou même inexistant

Sensibiliser la population à prendre leur responsabilité concernant l'assainissement Vérifier si tout le monde a de w .c et de bacs à ordures

L'actuel CSB II est encore provisoire, il se trouve en haut du bâtiment de la commune, les malades sont nombreuses alors que le nombre de personnels sont insuffisant.

4. Pour le personnel de santé

Augmenter le nombre de personnels au niveau du CSBII. Augmenter le nombre de médecin au niveau du CSBII. Augmentation du nombre de commission sanitaire au niveau de la commune.

La mortalité et la morbidité sont des mesures négatives de la santé, même dans les pays les plus industrialisés et les plus avancés sur le plan socio- sanitaire où l'on rencontre encore des décès qui pourraient être évités; c'est pour cela que l'Agent de santé et le Travailleur social essaient de fournir des efforts pour éviter ces genres de situations.

Les soins de santé primaire constituent un moyen pour atteindre les objectifs en vue de développement. Et comme l'un des objectifs en vue de développement à Madagascar est d'assurer une bonne santé à tous; le but serait atteint en fournissant à la population les services de soins de santé suffisants et adéquats.

Tous les pays devraient promouvoir l'accès aux soins de santé de base et la promotion pour réduire la mortalité et la morbidité. On devrait intensifier les activités d'information, d'éducation concernant la santé et la nutrition; système d'adduction en eau potable surtout au niveau de la commune rurale qui est la plus touché par ce genre de situation et la lutte contre la malnutrition surtout chez les enfants.

CONCLUSION GENERALE

Pour conclure, notre étude est basée sur les actions de l'Agent de santé ainsi que le Travailleur social. Les deux acteurs tiennent une place importante au niveau de la population que ce soit dans le milieu rural ou urbain;

Ils sont complémentaires l'un à l'autre car leurs actions sont d'évaluer les besoins et les problèmes de la population en matière de la santé.

L'Etat nutritionnel déficitaire de la population est fortement lié au déséquilibre entre le taux de croissance de la population et celui de la production au faible revenu des ménages, ainsi qu'aux habitudes alimentaires. L'alimentation détermine l'état sanitaire de la population et productivité de la main d'œuvre.

La sensibilisation; la communication sociale; l'éducation pour la santé sont les bases pour éviter l'apparition des maladies et cela l'intervention de ces deux acteurs.

Les actions des travailleurs sociaux ainsi que les agents de santé peuvent résoudre les problèmes des ruraux en matière de la santé car dans le métier social il est bien nécessaire de savoir les problèmes et les besoins de la population. Le travail social comme profession s'emploie à promouvoir le changement social; la promotion et le changement sont les solutions des problèmes dans les relations humains de même qu'il aide les personnes à se donner du pouvoir et à se libérer en vue d'un plus grand bien être.

L'application de la SSP ou soins de santé primaire effectuée au sein des centres de santé de base vérifie les actions de l'agent de santé car elle permet à la population et c'est aussi le soin de santé essentiel fondé sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valable et socialement acceptable; ces soins sont accessibles à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation dont le coût est fixé par la communauté et l'Etat.

C'est aussi le premier niveau de contact de l'individu avec le système de santé là où il vit et où il travaille. Mais dans toute interaction sociale, les conflits sont toujours présents. Alors, la question se pose entre les éventuels conflits qui peuvent survenir entre l'agent de santé et le travailleur social aux dépens des soignés. Quelle posture adopter pour atténuer cette discordance entre ces deux personnes ?

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
Première partie : La référence générale de l'étude	
Chap I : Cadre théorique de la recherche.....	5
Généralité sur la santé	5
1- Définition	5
2- La santé communautaire	5
2. a. Approche	5
2. b.Mise en œuvre	5
3- La santé publique	5
4- La prévention.....	5
4. a. Classification selon l'OMS.....	6
4. a. a La prévention primordiale	6
4.a.b. La prévention primaire	6
- prévention individuelle	6
- prévention collective	6
4.a.c. La prévention secondaire	6
4 .a .d. La prévention tertiaire	6
5. Les déterminants de la santé.....	6
6. Les soins de santé primaire	7
7. Le centre de santé de base	9
7.1. Définition	9
7.2. Les différents types de CSB	9
Chap. II. Etude descriptive de la commune.....	10
A. Caractéristique de la région.....	10
1. Cadre physique	10
a. Historique de la commune.....	10
b. Localisation	10
B. Géographie, hydrographie, climat et végétation	10
a- Géographie	11
b- Le relief et topographie	12
c- Hydrologie.....	13

d- Climat et végétation.....	13
d.1 Le climat.....	13
d.1 Température	13
d.1 Précipitation	14
d.2.Végétation	14
2. Cadre humain	15
2. a. La population.....	15
2.b. Etat civil.....	15
3. Répartition par classe d'âge et par sexe	16
.....	16
c- Démographie.....	18
Deuxième partie : cadre pratique de la recherche	19
Chap. III : généralité sur le travail social	19
I- Le travailleur social	19
1. Définition	19
2. Les rôles des Travailleurs sociaux face aux différentes maladies.....	20
3. Le but du service social	20
4. Méthodes et techniques	20
5. Limites de l'action.....	21
6. L'analyse des problèmes à risques	21
7. Classification des facteurs à risque	21
II- Organigramme du CSB	22
III- Les ressources humaines du CSBII de Soavina et les attributions.....	23
III- Les activités de prévention et promotionnelles	23
III- La structure de système de santé à Madagascar	24
Chap. IV : Exemple de maladies existant dans la commune	28
1. Dépistage systématique	29
2. Le dépistage dans les sites du PNNC de chaque FKT	29
3. L'approche préconisée par les services sociaux à la planification et à la programmation sanitaire.....	30
4. Structure de système de santé.....	33
5. Généralité sur la santé publique	36

6. Les grandes orientations stratégiques.....37

CHAPITRE V : L'intervention sociale	40
a) Définition	40
b) Principes	40
c) Les professions de l'Assistance sociale	40
d) La profession éducative.....	40
e) La profession de l'animation.....	41
7. Le fondement de l'interaction sociale	41
a) Les normes	41
b) Les valeurs.....	42

Troisième partie: Les problèmes et les solutions appropriées

CHAPITRE VI : Problèmes de développement.....	43
CHAPITRE VII : identification des forces, faiblesses, opportunités et menaces dans le domaine de la santé au sein de la commune.....	46
CHAPITRE VIII : les solutions	47
Conclusion.....	50

ANNEXE

Annexe 1: Les facteurs qui influencent la santé de l'Homme

Annexe 2 : Tableau de comparaison entre la santé communautaire et la santé publique

Les champs d'action du travailleur social

Annexe 3 : Tableau de comparaison entre la santé communautaire et la santé publique

Bibliographies

Liste des abréviations

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages Généraux

1. DUBAR (C.), « La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles », éd. Armand Collin, 2^e éd. Revue, 3^e tirage, 1998.
2. DURKHEIM (E.) : « Règle de la méthode sociologique », 1894, PUF, dernière édition 2004
3. GRAFMEYER (Y.), « Sociologie urbaine », édition Odile Jacob, 1994
4. HICKS (J.-R.), « Valeur et capital », Enquête sur divers principes fondamentaux de la théorie économique, trad. par C. Mac Millan. Paris, Dunod, 1956
5. RACINE (L.), « Politique et théorie », Parti pris, revue politique et culturelle, janvier-février 1967
6. TREMBLAY (M.-A.), « Anthropologie », in L'encyclopédie du Canada, 1987

II. Ouvrages Spécifiques

7. ADAM (P), HERZLICH (C.), « Sociologie de la maladie et de la médecine », Nathan Université, 1995, Avec la collaboration de Christophe Marion. Dijon, Educagri, 2004
8. BARGES (A), « Anthropologie et sociologie associées au domaine de la médecine » dans Introduction aux services humaines en médecine (collectif) Paris, Ellipses, 2001, pp 131-205
9. BOUCHARD, (M.), PINSONNEAULT, (L.) et TREMBLAY, (D), « L'identification des problèmes d'une communauté de banlieue .Une application de méthode Delphi ». Département de santé communautaire de l'hôpital du Lakeshore Pointe -Claire, Québec, sept. 1982
10. CYPRIEN (A.), « Sociologie des quartiers sensibles» Paris, Armand Colin, 2007
11. DAB. (W). et ABANAHAIM, (L.L.), « Connaissance scientifique et action en santé publique : l'utilité de la recherche dans l'élaboration d'un programme de santé », Canadian Journal of public Health. Vol ; 75, Sept. /Oct. 1984
12. DANIELE (C.) et MARIE (M.) , « Sociologie de la santé ». Ed. Ellipse, 1997
13. DEMERS (L.), « La profession médicale» ouvrage sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, 2001

14. DUMOLIN, (J.), « Les techniques de planification de la santé : comment progresser? », sciences sociales et santé. N°3-4, 1983
15. FERLAND(M.) et PAQUET (G.) « L'influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien être » in ouvrage sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clément Bégin et
16. GERARD (Belager), le système de santé au Québec, 2000
17. GOLDBERG, (M). Et al. « Indicateurs de santé et sanométrie : les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé d'une population» Rev. Epidem. et santé publ. Vol.27, n°1, le partie, 1979
18. HOGART, (J). « Vocabulaire de la santé publique ». Organisation mondiale de la santé, Bureau Régional de l'Europe, Copenhague, 1977.
19. JENICEK, (M) ; ET CLEROUX, (R)., « Epidémiologie. Principes, techniques, applications », Edisem, 1999
20. JULIA (C.), éd ., « Histoire de l'alimentation ;quels enjeux pour la formation? » Yacinthe, Québec, 1982
21. LAMOUREUX (H),MAYER (R) et PANET-RAYMOND, (J.), « L'intervention communautaire » . Ed. St-Mrtin, Montréal, 1984
- 22.LANCE, (J.M)., « L'évaluation des programmes de santé et sécurité du travail », Université de Montréal, mai 1981
23. LANCE, (J.M.), « L'évaluation des programmes à la prévention concepts et principes d'application » .Commission de santé et sécurité du travail, Québec, 1982
24. LECOMTE,(R)., « Les apports de l'évaluation qualitative et critique en recherche évaluatrice, dans introduction aux méthodes de recherche évaluative, Leconte et Rutman, L. .(eds), les Presses de l'Université Laval, Québec, 1982
25. MASSE (R), culture et santé publique, Gaétan Morin, 1995, Professions et maladies Paris, Armand Colin, 2004, 235p ;,bibl, index Paru dans l'Homme, 179, Juillet, Septembre 2006
26. MIZRAHI, (A.M.) et MIZRAHI, (A.R). »Indicateurs de morbidité et facteurs sociodémographiques » .Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, Paris, 1985.
27. MUZARD ('J). « Proposition pour une politique régionale de prévention des déficiences motrices et sensorielles, de dépistage, de réadaptation, d'intégration globale des personnes handicapées physiques », Ed. Odile Jacob, 2001
28. O.M.S. « Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 ». Organisation mondiale de la santé, Genève ,1981

29. O.M.S., « L'évaluation des programmes de santé : principes directeurs », .Organisation mondiale de la santé Genève, 1981
30. O'NEILL, (M.), « Santé communautaire et communauté : de l'influence de deux conceptions de la communauté sur les interventions québécoises en éducation sanitaires » .Les cahiers de la santé communautaire, 1979
31. PINEAULT, (R). LESSARD, (R.), «Le système de santé du Québec ; objectifs de soins ou objectifs de santé ? », L'Union médicale du Canada vol.113, 1984
32. PINEAULT, (R)., «La planification des services de santé : une perspective épidémiologique », Administration hospitalière et sociale. Mars-avril 1979
33. PINEAULT,(R.), «Rationalisation de l'évaluation et du contrôle dans les organismes de santé », Adm. Hosp. Et soc. Vol.23, n°2,1977
34. PINEAULT, (R). « Les établissements de santé dans le contexte de la santé communautaire », Adm. Hosp. Et soc. Vol.25, n°2,1979
35. PINEAULT, (R.), «Eléments et étapes d'élaboration d'un programme de santé communautaire », L'union médicale du Canada. Vol. 105,1976
36. QUESNEL, (G.T) et LEDUC (F.), « Programme de promotion de dispositifs de retenue pour enfants âgées de 0-60ans ». Partie 1. Département de santé communautaire. Centre hospitalier de Valleyfield. Québec, novembre 1983
37. RAYNALT (P.) et DAVELUY(C.), « La planification de la santé, concepts et méthodes stratégiques ». Agence d'ARC INC (Les éditions), 1999
38. ROCHON, (J). « La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux ».Annuaire du Québec, 1975-76, Gouvernement du Québec, 1976
39. SCHAEFER, (M.), « L'administration des programmes de salubrité de l'environnement. Approche systématique ». Cahiers de santé publique, n°59, Organisations mondiale de la santé, Genève, 1975
40. SPITZER, (W.O) « L'examen médical périodique », Rapport d'un groupe d'étude à la conférence des sous- ministres de la santé. Approvisionnement et services Canada, Hull, 1980
41. TETREAULT, (J). Et col!., « Programme de sécurité pour les enfants dans les véhicules automobiles ». Département de santé communautaire, Hôpital Maisonneuve- Rosemont, Montréal, septembre 1984

III.WEBOGRAPHIE

42.<http://www.google.fr>, l'agent de santé, consulté le 03/04/10

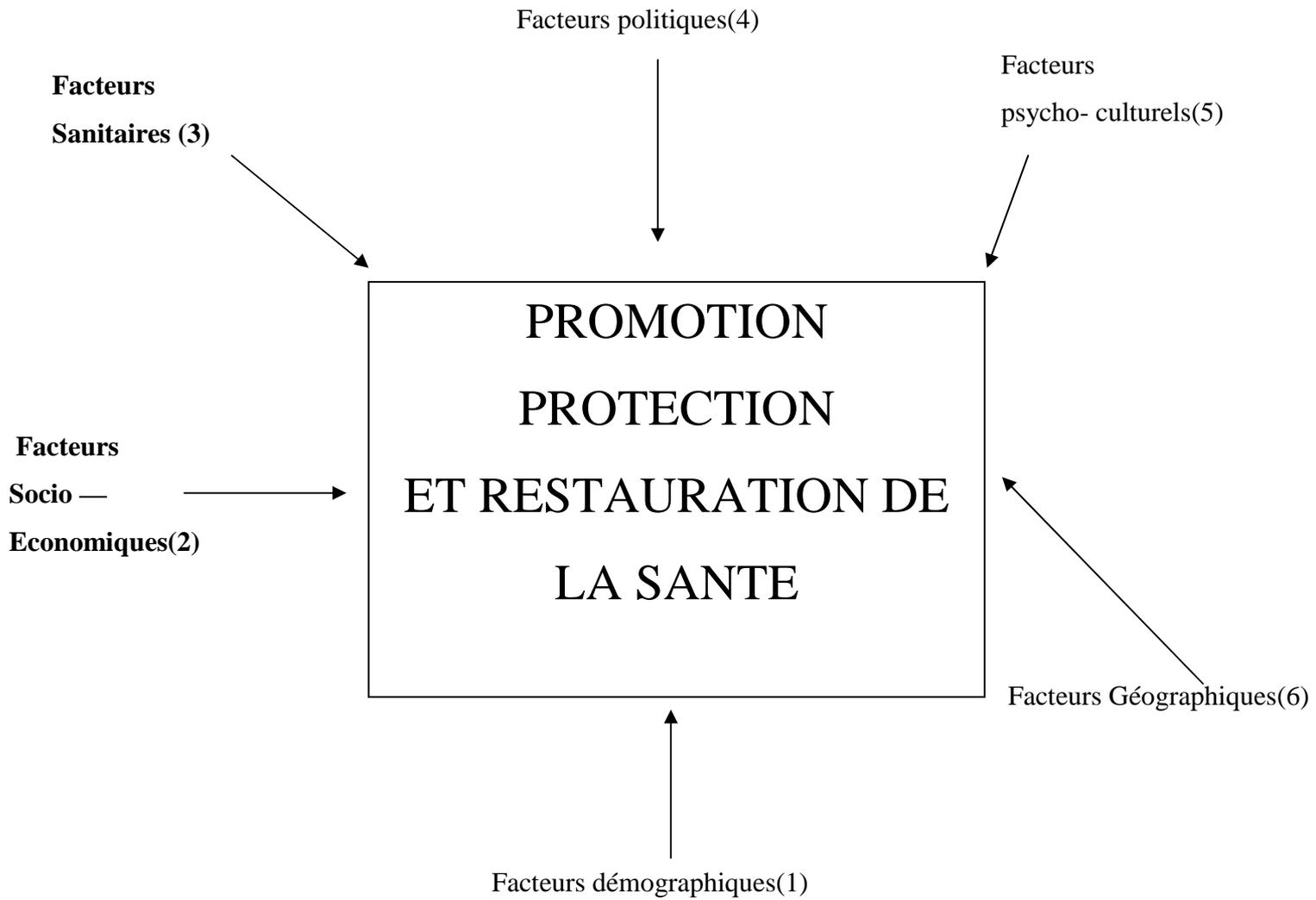
43.[http://www.atm2.fr/shs/2006-2007/1 er-qua...](http://www.atm2.fr/shs/2006-2007/1_er-qua...), le qualités d'un travailleur social, 12/04/10

44.<http://www.erudit.org/revue/as/2005/v29/...>le quotidien du professionnel de santé,
13/04/10

ANNEXES

ANNEXE I:

Les facteurs qui influencent la santé de l'Homme



1. Facteurs sanitaires:

- Etat des connaissances médicales et nutritionnelles
- Possibilité d'application selon les personnels et équipement

2. Facteurs géographiques

- Richesse naturelle
- Condition climatique
- Communication

3. Facteurs politiques

- Planification économique et sociale
- Programme sanitaire
- Aide internationale

4. Facteurs démographiques

- Répartition des populations par âge
- Politique gouvernemental devant la planification familiale
- Concentration urbaine et dissémination rurale
- Migration

5. Facteurs psycho- culturels

- Scolarisation
- Mentalité des populations devant les problèmes sanitaires

6. Facteurs socio- économique

- Habitation urbanisation et aménagement rural
- Mode de vie
- Situation de l'emploi

ANNEXE II

La différence entre santé communautaire et santé publique

Santé communautaire	Santé publique
<p>Décision : membre de la communauté et les professionnels de la santé repose sur deux éléments essentiels</p> <ul style="list-style-type: none">• Partenariats• Participations des habitants <p>Une des stratégies de mise en œuvre de la promotion de la santé</p>	<p>Décision : uniquement par les professionnelles de la santé ou les responsables politiques ayant comme objectif l'administration impose le gouvernement</p> <ul style="list-style-type: none">• Approche top- down• Protection de la santé

Tableau de comparaison entre la santé communautaire et la santé publique Source: leçon de santé publique et maladies émergentes de Dr Tiana année 2010

ANNEXE III:

Les champs d'action du travailleur social

Le travailleur social en faveur de l'enfance et de l'adolescence

Le service social en faveur de la famille

Le service social en faveur de la vieillesse

Le service social en faveur des enfermés et des invalides

Le service social en faveur de l'indigène (démuni)

Le service social en faveur des malades

Le service social en faveur des maladies sociales (l'alcoolisme, l'avortement, les maladies mentales ...)

-Enfant malade

Le service social prend un caractère curatif et rééducatif

Il intervient dans le dépistage

Le dépistage de la maladie

Dans la recherche de solution financière pour donner le meilleur, traitement

Dans l'encouragement des parents à poursuivre des traitements

-Le service social au niveau de la famille

La misère, les triacides, les maladies sociales, la mésentente, l'alcoolisme, l'instabilité surtout la structure économique qui élève le niveau de vie mais créent aussi l'insécurité et le chômage

Le service social intervient

Pour des aides matérielles ou des conseils temporaires aux familles en difficulté ou vulnérable

Le travailleur social s'efforce alors d'adopter les familles à l'exigence de la vie sociale Soit pour compléter si nécessaire l'action sociale auprès des familles (aide sociale, assurance sociale, allocation)

Le service social fait le lien donc entre institution et famille

Soit directement dans les problèmes conjugaux, les problèmes de PF, de conseil et de soutiens pour l'éducation des enfants pour les problèmes sanitaires, pour le problème de logement et pour les problèmes financières.

La bonne action se situe donc dans le domaine de l'aide complète des conseils et de l'aide psychosociale

-Le service social en faveur de la vieillesse

Le vieux du fait de leurs âges, état de santé, et de leur force en déclin ne peuvent en effet espérer obtenir un travail rémunérateur

-Le rôle des travailleurs sociaux

Etudier les possibilités légales qui s'offrent aux personnes âgées, démunies de ressources pour arriver à vivre.

De compléter la gérontologie par une action de routine, loisir, de vie de société donc organisation de la vie du vieux sur le plan financier et des activités

-Le service social en faveur des infirmes et des invalides On classe habituellement les infirmes en deux groupes Les handicapés physiques

Infirmes moteurs et déficience sensorielle (aveugle, sourd ...) Les infirmes mentaux

L'action du service social est le dépistage de l'infirmité l'incitation au soin, la recherche de solutions financières et la réhabilitation par le travail.

-Le service social en faveur de l'indigence

Les causes de l'indigence Elles sont nombreuses

Maladie prolongée, l'état maladie, isolement des vieux, famille nombreuse, infirmité, ou prématuré du soutien de famille, divorce, femme seule avec l'enfant, l'alcoolisme, le chômage, l'inadaptation sociale.

-Les actions sociales

-Aide matérielle

Elle doit être suffisante si on veut faire une œuvre curative mais elle doit correspondre au moyen financier du service.

L'Assistance visant à la réhabilitation des clients doit utiliser tous les moyens que les secours

-Aide sociale

Elle correspond à la recherche d'emploi, l'orientation et la formation professionnelle, la recherche de logement, l'aide à la mère et l'amélioration de la santé.

-Aide morale

Elle correspond à l'encouragement (encourage du bureau à l'abstinence .Mais dans certains cas , il faut provoquer d'une décision d'autorité judiciaire ou administratif lorsque les autres moyens avèrent inefficace.

-Le service social en faveur des maladies

La maladie pose divers problèmes sociaux, mentaux et psychologique dont s'occupe le service social

L'aide médicale

Elle a pour objet de permettre aux malades manquant de ressources, de recevoir les soins que nécessitent leur état de santé chaque fois que cela est possible.

Le travailleur social « assistant social »

Est l'Agent de liaison entre malade/médecin, malade/famille, malade/employeur donc trait d'union entre multiples œuvre d'assistance publique ou privée et ceux qui sont susceptible d'en bénéficier.

Le rôle de l'assistant social est :

D'individualiser le malade, de le remplacer dans le cadre familial eu même professionnel

Ce rôle auprès du malade, peut se résumer par les mots :

ECOUTER, RASSURER, ENCOURAGER, CONSEILLER

Le but du service social est de découvrir les causes sociales, morales et de économique qui provoque ou qui aggrave la maladie.

-Au point de vue médicale

L'enquête de l'assistance sociale doit renseigner le médecin sur les antécédents des malades et sur le milieu dans lequel il vit.

-Au point de vue sociale :

L'assistante sociale renseigne le malade sur l'aide qu'on peut lui accordé (aider les familles à maintenir son niveau économique)

Le service social en faveur de la maladie sociale

Définition de la maladie sociale

Maladie épidémique, contagieuse et endémique qui atteint selon les circonstances un pourcentage plus ou moins élevé de la population d'une région. A part cela il y a aussi d'autres fléaux comme l'alcoolisme, l'avortement, les suicidaires qui sévissent l'humanité

Action sociale

Prophylaxie : la lutte contre les causes de la maladie

Lutte contre la maladie

Cas de tuberculose : dépistage systématique ou dirigé. Action au niveau du traitement par explication et encouragement de la maladie ; action au niveau de la réadaptation par la recherche du travail pour remettre le malade dans le circuit économique normal.

Cas de l'alcoolisme ; l'abus chronique des besoins alcoolique provoque divers trouble fonctionnel ou organique (polynévrite, inflammation), déchéance intellectuelle, mentale, psychique, caractérielle et morale.

L'alcoolisme a des effets sociaux car l'alcoolique s'expose à perdre son emploi. L'argent qu'ils dépensent manque à son ménage. Il perd le respect, l'estime et l'affection de sa famille. A ce titre, l'alcoolisme est responsable d'un grand nombre de divorce, facteur de l'indulgence et eaux de suicide dans les tiers des cas.

Action sociale :

Prévention de l'alcoolisme

Réadaptation des alcooliques

Cas de l'avortement

L'avortement n'est pas une maladie mais un phénomène de biologie sociale importante

Action sociale : l'attitude du service social face à la demande d'avortement est l'action d'expliquer les conséquences.

Le travailleur social doit faire tout ce qu'il peut pour la femme enceinte à surmonter ses craintes d'avoir un enfant. S'il s'agit d'une célibataire, il faut préparer sa famille à pardonner la faute et accueillir l'enfant.

Cas des maladies mentales

Ce sont des maladies honteuses et terrifiantes. Elles sont des troubles neuropsychique multiforme.

Relation d'aide

Une relation d'aide s'est favorisé chez l'autre la croissance, le développement, la maturité et un meilleur fonctionnement (sens de relation) ; c'est l'appréciation de ressource l'attente interne ; c'est l'expression et meilleur usage fonctionnel de ce ressource.

Pédagogie d'inspiration analytique

La nature du monde est uniforme par la culture l'approche analytique est un mode de faire vis-à-vis des autres, c'est le début du désir, les perspectives de la culture sont mauvaises associables instinctuelles, pulsionnelles, puériles

L'objectif de cette pédagogie c'est la prise de conscience du besoin (désir de l'ordre biologique (inconscient))

Le plaisir se rejoue dans une activité raisonnable.

Méthode et inspiration analytique

Comment transmettre cette culture ?

C'est une relation duelle ; c'est vivre chaque instant les situations de transfert

-pour l'enfant ordinaire pas besoin d'un tiers car le développement de l'individu c'est la mise en place de la structure cognitive pour permettre à l'individu d'aborder une connaissance (savoir faire)

-pour l'enfant en difficulté les outils seuls ne suffisent pas car le bouleversement développe un mécanisme inconscient d'identité, mécanisme inconscient de modèle et de personnalité (les enjeux de la pensée formelle)

ANNEXE IV

QUESTIONNAIRES

A. Questions posées aux habitants de la commune :

- 1- Quels types de prestataires de services fréquentez-vous en cas de maladies ?en cas de grossesse?
- 2- Quel est le genre de maladies très fréquentes chez vous?
- 3- Quelle est votre alimentation de base?
- 4- Par quel moyen accédez-vous à l'eau?
- 5- Quelle est votre occupation quotidienne?
- 6- Combien d'enfants avez-vous?
- 7- Quel âge avez-vous?
- 8- Qu'est ce que vous entendez par propreté et la santé?
- 9- Au niveau de la santé ; quels .sont les problèmes les plus rencontrés dans votre FKT?
- 10- Est-ce que vous avez de latrine et de douche?
- 11- Est-ce que vous êtes marié?
- 12- Quelles sont vos mesures à prendre pour lutter contre les différentes maladies?
- 13- Pratiquez- vous des méthodes de contraception ? SI OUI lesquels?
- 14- Vos enfants sont-ils tous scolarisés?
- 15- Est-ce que vous pratiquez encore la médecine traditionnelle?

B Questions adressées aux professionnels de santé(CSB)

1. Quelles sont les maladies fréquentes dans la Commune ?
2. Quel est le nombre de femmes en âge de procréer qui viennent consulter ?
3. Avez-vous noté une augmentation ou une diminution ? Pourquoi ?
4. Faites-vous des sensibilisations aux femmes de 15 à 49 ans? Quelle est votre approche ?
5. Combien de femmes adoptent-elles l'allaitement maternel exclusif ?
6. Quelles conduites adoptez-vous pour réduire la malnutrition dans la Commune ?
7. Quels seraient les facteurs favorisant de cette maladie ?
8. Quelles mesures devriez-vous prendre pour atténuer ses conséquences ?
9. Que conseillez-vous aux femmes ? à leur époux ? à la famille ?

10. Quelles démarches feriez-vous pour être suivis par la femme et son enfant ?
11. Comment fonctionnent les Centres de Récupération Nutritionnelle ?
12. Qui en sont les bénéficiaires ? Qui en sont exclus ? Pourquoi ?
13. Faites-vous des visites à domicile pour la sensibilisation ? Pour le suivi de vos activités ?
14. Quelle est la stratégie que vous avez adoptée pour lutter contre la MPE ?
15. Quels en sont les forces et les faiblesses ?
16. Quelles rectifications aviez-vous apporté ? Pour quels résultats ?
17. Comment aviez-vous fait pour vaincre les résistances ?
18. A quelles fréquences faites-vous les consultations des nourrissons sains ?
19. Quels problèmes vous avez rencontré ? Quelles sont les remédiations ?
20. Faites-vous régulièrement des démonstrations culinaires ? Quels résultats ?
21. Qui assure le suivi nutritionnel des enfants de moins un an ?
22. Comment vous organisez-vous ?
23. Le centre de planification familiale est-il opérationnel ? Quel est le nombre de femmes qui font la PF dans la Commune ?
24. A quoi attribuez-vous la fluctuation du nombre de ces femmes ?
25. Quelles sont les maladies fréquentes des enfants dans la Commune ?
26. A quoi attribuez-vous les causes de ces maladies ?
27. Quels conseils donnez-vous aux parents ?
28. Comment faites-vous pour être sûr qu'ils suivent vraiment ces conseils ?
29. Qui consultent-ils en premier quand leurs enfants sont malades ? Pourquoi ?

CURRICULUM VITAE (C.V)

Nom : ABDALLAH

Prénoms : Rishima Angela

Age : 20 ans

Etudiante au Formation Professionnalisant en Travail social et Développement ou

FPTSD

Adresse : lot 201 cité Ambodin'Isotry

Téléphone : 032 62 702 72

Stages de Formation:

En première année:

- Stage au sein du FOYER DE VIE Andrainarivo
- Stage au sein de CENHOSOA (Centre Hospitalier de Soavinandriana)
- Stage communal : au sein de la commune rurale de Tanjombato

En deuxième année

- Stage au sein de CDA ou Centre de Développement d'Andohatopenaka
- Au niveau de l'ECODISM ou Eco- Développement Initiative de Madagascar (au site PNNC de Malaho)
- Stage communal : au sein de la commune rurale d'Ambatomanga

Langues : Français, Malagasy

Informatique : (Word, Excel, recherche sur le web)

Activités extraprofessionnelles

Faire des recherches sur ordinateur

Faire du sport

Lire

Nombre de pages: 72

Nombre de figures: 7

Nombre de tableaux: 13

Nombre d'annexes : 5

Nombres de références bibliographiques : 38

Rubrique épistémologique : Sociologie de la santé

RESUME

La santé est primordiale pour chaque individu, pour pouvoir espérer une bonne santé, il faut respecter toutes les précautions, c'est-à-dire faire attention à tous les faux pas qu'on fait dans nos vies habituelles. La propreté, la nourriture, les différents phénomènes qui arrivent dans nos vies entraînent des troubles au niveau de la santé, que ce soit des troubles physiques; psychiques ou mentales.

Heureusement que les Travailleurs sociaux, ainsi que les Agents de santé essaient d'apporter leur aide en employant des méthodes adéquates. Ces deux acteurs essaient d'analyser les problèmes et les besoins de la population en leur donnant leur aide dans le cadre de l'accompagnement médico-sanitaire.

Mots clés: auxiliaire, complémentaire, aide, accompagnement, sensibilisation.

Encadreur : Dr RAKOTOSON Philippe Victorien

Le numero 1 mondial du memoires

www.rapport-gratuit.com

clubmemoire@gmail.com

